



Praxishandbuch zur

Öffnung der Altenhilfe- Einrichtungen für LSBTIQ*

Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ*

Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfe- Einrichtungen für LSBTIQ*



Bundesverband e.V.

Dr. Ralf Lottmann
Vertretungsprofessur Gesundheitspolitik
Hochschule Magdeburg-Stendal
FB Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien
Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg
www.hs-magdeburg.de

Katrin Drevin, Goska Soluch, Melike Berfê Çınar,
Projektleitung: Dr. Christiane Luderer, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Leitung: Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale)
www.medizin.uni-halle.de

Esther Mader, Stefan Reuyß
SowiTra – Institut für sozialwissenschaftlichen Transfer
Mahlowerstr. 24, 12049 Berlin
www.sowitra.de

Impressum

AWO Bundesverband e. V.
Blücherstr. 62/63
10961 Berlin

Telefon: (+49) 30 – 263 09 – 0
Telefax: (+49) 30 – 263 09 – 325 99
E-Mail: info@awo.org
Internet: awo.org

Verantwortlich

apl. Prof. Dr. jur. habil. Jens M. Schubert, Vorsitzender des Vorstandes

Redaktion/Ansprechpartner*in

Lothar Andréa, Projektleitung „Queer im Alter – Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen
für die Zielgruppe LSBTIQ*“

Umschlaggestaltung

Matthieu De Schepper – matthieudeschepper.be

Innenkonzept/Satz

Julia Walch – juliawalch.de

Bildquellen

S. 6: Thomas Köhler_Photothek S. 7, 37: AWO Bundesverband e. V., Berlin,
S. 21: Schwules Museum, Berlin, S. 22: Schwules Museum, Berlin © Rüdiger Trautsch,
S. 27, 31, 34, 41: iStock by Getty Images, Deutschland GmbH

© AWO Bundesverband e. V., Berlin
Das Copyright für Texte und Bilder liegt, soweit nicht anders vermerkt,
beim AWO Bundesverband e. V.

Abdruck, auch in Auszügen, nur mit ausdrücklicher vorheriger Zustimmung
des AWO Bundesverband e. V.

Alle Rechte vorbehalten.

Dezember 2021

Gefördert vom:



Inhaltsverzeichnis

Grußwort 6

Christine Lambrecht, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Vorwort 7

Brigitte Döcker, Vorstand AWO Bundesverband e. V.

Einleitung 8

Lothar André, Leitung Modellprojekt „Queer im Alter“

„VielfALT“ – Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen

Leitfaden und Instrumente für die Praxis 11

Dr. Ralf Lottmann, Hochschule Magdeburg-Stendal

Fortbildungspaket mit Coaching-Konzept zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für die Zielgruppe LSBTIQ* 55

Katrin Drevin, Goska Soluch, Melike Berfê Çınar,

Projektleitung: Dr. Christiane Luderer, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Leitung: Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer)

Teil 1 Modulhandbuch 57

Teil 2 Methodensammlung und Arbeitsmaterial 85

Praxistipps aus der qualitativen Evaluation des Modellprojekts Queer im Alter – Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO für die Zielgruppe LSBTIQ* 241

Esther Mader, Stefan Reuyß, SowiTra – Institut für sozialwissenschaftlichen Transfer

Autor*innen 258

Grußwort



Liebe Leserinnen und Leser,

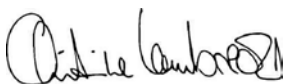
wir leben in einer älter werdenden Gesellschaft. Die Zahl der Menschen steigt, die auf pflegerische Hilfe angewiesen ist – ob zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst oder in einer Pflegeeinrichtung. Das gilt auch für ältere Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans-, intergeschlechtliche und queere Menschen (LSBTIQ*). Dabei ist zu beachten, dass viele ältere LSBTIQ* wegen ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Vielfalt Ausgrenzung, Diskriminierung oder gar körperliche Gewalt erfahren haben. Zudem wurden viele in der Vergangenheit strafrechtlich verfolgt. Daher haben etliche von ihnen Angst, erneut abgelehnt zu werden, wenn sie sich gegenüber ihrer Pflegekraft oder der Gemeinschaft in ihrer Pflegeeinrichtung zu erkennen geben.

Für uns im Bundesseniorenministerium ist klar: Sie haben das gleiche Recht auf eine zugewandte, menschenwürdige Pflege wie alle anderen Menschen in unserer Gesellschaft. Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass gesellschaftliche Vielfalt auch in der Altenhilfe und Altenpflege gelebt wird. Wenn Sie sich jetzt fragen, wie das konkret funktioniert, gibt Ihnen dieses „Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ*“ Antworten. In seiner zweiten, aktualisierten Auflage zeigt es eindrucksvoll, wie es zusammen mit Pflegefachkräften und weiteren Beschäftigten gelingen kann, LSBTIQ*-freundliche Strukturen in der Altenhilfe zu schaffen.

Ich danke der AWO für ihren wertvollen Einsatz.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich eine interessante Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen



Christine Lambrecht, MdB
Bundesministerin für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Vorwort



2019 feierte die Arbeiterwohlfahrt ihr 100-jähriges Bestehen, als ein Verband, der durch sein in die Zukunft gerichtetes Denken und Handeln die Wohlfahrtspflege in Deutschland nachhaltig verändert und geprägt hat. Von Frauen gegründet und aufgebaut – in einer Zeit, in der dies alles andere als selbstverständlich war – liegt der Arbeiterwohlfahrt die Inklusion und Gleichbehandlung aller Menschen unabhängig von Herkunft, sozialer Schicht, Geschlecht und sexueller Lebens- und Bindungsformen nicht nur am Herzen, sie ist Kern ihrer Identität.

Umso erfreulicher, dass wir in der Arbeiterwohlfahrt im Jubiläumsjahr ein Modellprojekt zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und queere Menschen (LSBTIQ*) ins Leben rufen und mit Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend starten konnten, das die innovative Tradition einmal mehr fortsetzt. Innovativ deshalb, weil LSBTIQ* als Zielgruppe in den Konzepten und Angeboten der Altenhilfe bisher systematisch kaum bis gar nicht bedacht wurden.

Die im Rahmen des Modellprojektes entwickelten Materialien schließen diese Lücke und werden in Form des vorliegenden Praxishandbuchs einer breiten Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Ihre Entwicklung erfolgte von Beginn an in enger Abstimmung sowohl mit Leitungskräften und Mitarbeitenden aus stationären und ambulanten Altenhilfeeinrichtungen der AWO als auch mit den bundesweiten Selbstvertretungsverbänden der queeren Communities. Denn insbesondere durch die enge Einbeziehung der Zielgruppe, um die es geht, sind die folgenden Materialien in ihrer Ausrichtung ebenso vielfältig wie unsere Gesellschaft und die AWO selbst.

Was das Projekt bewirken will, wird sehr deutlich in folgendem Zitat eines Mitglieds des Projektbeirates:

„Ich arbeite an diesem Projekt mit, weil ich, falls ich mal eine Altenhilfeeinrichtung brauche, auf keinen Fall den Mitarbeitenden meine Körperlichkeit erklären will oder schon wieder erklären soll wer und was ich bin.“

Berlin, im Dezember 2021

Brigitte Döcker
Mitglied des Vorstands
AWO Bundesverband e. V.

Einleitung

Lothar André, Leitung Modellprojekt „Queer im Alter“

Über den Entstehungsprozess des Praxishandbuchs

Dieses Praxishandbuch richtet sich an Einrichtungen der institutionellen Altenhilfe, Entscheidungsträger*innen von Verbänden und Politik sowie an Trainer*innen und Anbieter*innen der beruflichen Erwachsenenbildung und wird diesen zur freien Nutzung und Anwendung zur Verfügung gestellt.

Es entstand im Rahmen des Modellprojekts „Queer im Alter – Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO für die Zielgruppe LSBTIQ*“. Das Projekt wurde im Zeitraum von Januar 2019 bis Februar 2021 vom Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. koordiniert und gemeinsam mit sechs Modellstandorten der AWO umgesetzt – gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Zielgruppe des Öffnungsprozesses ist eine Generation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und queeren Menschen, die einerseits mit Ablehnung, Ausgrenzung und Gewalterfahrung aufgewachsen ist, andererseits in den letzten Jahrzehnten zunehmend selbstbewusster für ihre Rechte eingetreten ist. Wichtige Meilensteine und Erfolge waren für sie u.a. die Aussetzung der Strafverfolgung von gleichgeschlechtlichem Sex unter Männern, nach § 175 im Jahr 1969, dessen Streichung 1994 und die Einführung der „Ehe für Alle“ 2017. Trans*-Aktivist*innen klagten erfolgreich gegen die Bedingung der Ehescheidung und die unfreiwillige Unfruchtbarkeit (2009) sowie intergeschlechtliche Menschen für ihre rechtliche Anerkennung (2013 und 2019). Trotzdem sehen sich Trans*, Inter* und queere Menschen auch heute noch weit entfernt von geschlechtlicher Selbstbestimmung und kämpfen weiterhin für gesetzliche Reformen, gesellschaftliche Teilhabe und um die körperliche Unversehrtheit und Anerkennung ihrer Identitäten.

Zwischen diesen Teilerfolgen lagen Jahre und Jahrzehnte, dies zeigt, wie langwierig und oft mühsam der Weg zu gesellschaftlicher Gleichbe-

handlung für die heutigen LSBTIQ*-Senior*innen war und teilweise noch ist. Aktuell sind sie mit einer nicht weniger wichtigen Frage konfrontiert: Wie ist ein selbstbestimmtes Leben im Alter möglich? Insbesondere dann, wenn man auf Hilfe von außen angewiesen ist. Der Blick fällt dabei schnell auf die Einrichtungen der institutionellen Altenhilfe. Sind Pflegeheime oder ambulante Dienste auf LSBTIQ* als Zielgruppe vorbereitet?

Vor diesem Hintergrund bildeten sich in den letzten Jahren sowohl ein wissenschaftlicher Diskurs und erste Publikationen zum Themenbereich LSBTIQ*, Alter und Pflege als auch vereinzelte spezifische Angebote für pflegebedürftige LSBTIQ* heraus. Deren Entstehung und Ausrichtung wird u. a. in dem nachfolgenden Leitfaden beschrieben. Eine flächendeckende Öffnung der über 28.000 ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen in Deutschland für LSBTIQ* stand jedoch weiter aus.

An dieser Stelle setzte die AWO als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit ihrem Modellprojekt an. Es ging darum, Wissen und praktisches Know-how zur Öffnung von Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ* zu generieren, damit die Vielfalt geschlechtlicher und sexueller Identitäten auch im Alter überall frei von Ängsten und Befürchtungen vor erneuter Diskriminierung gelebt werden kann.

Das Modellprojekt wurde von Beginn an intensiv begleitet durch einen beratenden Projektbeirat, in dem neben Personen aus der Politik, dem BMFSFJ, der Wissenschaft, der Pflege und der AWO nicht zuletzt folgende bundesweite Selbstvertretungsverbände der queeren Communities beteiligt waren:

- Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V.
- Dachverband Lesben und Alter e.V.
- Intergeschlechtliche Menschen e.V. Bundesverband
- Bundesverband Trans* e.V.
- BiNe – Bisexuelles Netzwerk e.V.

Durch ihr ehrenamtliches Engagement und mit ihrer fachlichen Expertise haben diese Verbände entscheidend zum Erfolg des Projekts beigetragen. Über zwei Beiratssitzungen hinaus standen die beteiligten Personen in engem Austausch mit der Projektstelle beim Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt in Berlin.

Nach einem internen Interessenbekundungsverfahren innerhalb der AWO konnten zudem zwei ambulante und vier vollstationäre Altenhilfeeinrichtungen der AWO als bundesweite Modellstandorte zur Öffnung der Altenhilfe für queere Senior*innen gewonnen werden:

- Mönchengladbach (NRW): AWO-Pflegedienst gGmbH
- Neubrandenburg (Mecklenburg-Vorpommern): AWO Pflege- und Betreuungs gGmbH
- Bernau (Brandenburg): Altenpflegeheim Wohnen „Am Weinberg“
- Köln (NRW): Seniorenzentrum Arnold-Overzier-Haus
- Dortmund (NRW): Seniorenwohnstätte Eving
- Neu-Ulm (Bayern): AWO-Seniorenzentrum Neu-Ulm

Pro Modellstandort wurden von den Einrichtungen jeweils zwei Multiplikator*innen benannt, unter ihnen waren Pfleger*innen und Bereichs- und Einrichtungsleitungen. Sie haben im Verlauf des Projekts nicht nur die Umsetzung der Projektziele in ihren Einrichtungen vertreten, sondern waren, gemeinsam mit den queeren Interessenverbänden, auch aktiv an der Entstehung der Materialien des vorliegenden Handbuchs beteiligt.

Dessen Hauptteil beginnt mit einem Leitfaden, welcher unter dem Titel „VielfALT“ – Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen von dem Gerontologen Dr. Ralf Lottmann verfasst wurde. Als einer der wenigen Experten, die zum Thema LSBTIQ* und Alter im deutschsprachigen Bereich in den vergangenen Jahren wissenschaftlich geforscht und veröffentlicht haben, entwickelt er darin u. a. Handlungserfordernisse und Empfehlungen zur Umsetzung der Öffnung von Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ*. Darüber hinaus beinhaltet der Leitfaden Instrumente für die Praxis, wie einen VielfALT-Scan für Angebote der Altenhilfe.

Auf Grundlage des Leitfadens entstand durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter Leitung von Prof. Dr. Gabriele Meyer ein modulares Fortbildungspaket mit Coaching-Konzept zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für die Zielgruppe LSBTIQ*. An dessen Entstehung war ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Politikwissenschaft, Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaft und angewandter Erwachsenenbildung beteiligt.

Das Fortbildungspaket ist in zwei Themenbereiche unterteilt: Themenbereich I: „Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Lebensweisen und Identitäten“ und Themenbereich II: „Relevanz geschlechtlicher Diversität und sexueller Orientierung für die Altenpflege und Altenhilfe“. Daneben enthält es auch ein Kapitel zum didaktischen Vorgehen und der Auswahl der Themen/Methoden sowie zu jedem Modul konkrete Methodenleitungen inklusive einer umfassenden Materialiensammlung. Die insgesamt 13 Module zur Fortbildung von Mitarbeitenden der professionellen Altenhilfe können sowohl einzeln als auch aufeinander aufbauend verwendet werden. Alle zugehörigen Anleitungen und Materialien eines Moduls sind in dem Fortbildungspaket durch jeweils eine Farbe verbunden und markiert. In dem eigenständigen Kapitel „Coaching-Konzept – Instrumente zur Prozessbegleitung“ werden darüber hinaus Verfahren zur Prozessbegleitung der Umsetzung eines Öffnungsprozesses für LSBTIQ* in den Einrichtungen der Altenhilfe beschrieben.

Während eintägiger Austauschtreffen in Berlin konnten die Autor*innen des Leitfadens und des Fortbildungspakets ihre ersten Entwürfe zusammen mit den Multiplikator*innen der Modellstandorte und Vertreter*innen der im Projektbeirat beteiligten queeren Interessenverbände beraten und weiterentwickeln. Die Einbeziehung der pflegerischen Praxis einerseits und der Zielgruppe LSBTIQ* andererseits trägt in hohem Maße zur praktischen Anwendbarkeit der entwickelten Materialien bei.

Dies bestätigte sich auch während zweier Fortbildungen für die Multiplikator*innen der sechs Modellstandorte. Die erste Fortbildung fand Anfang März 2020 in Berlin statt und beinhaltete Themenbereich I des Fortbildungspakets. Themenbereich II wurde anschließend aufgrund der SARS-CoV-2 bedingten Pandemie-Situation in Online-

Einleitung

Modulen vermittelt. Die Module beider Themenbereiche erwiesen sich für die Teilnehmenden als nützlich für die pflegerische Praxis und abwechslungsreich bezüglich ihrer didaktischen und methodischen Konzeption. Auch die Übertragung einzelner Module auf ein E-Learning-Format ließ sich einfach durchführen und stieß auf positive Resonanz.

Damit der Transfer der Fortbildungsinhalte in die Einrichtungen besser und nachhaltiger gelingt, wurden die Modellstandorte durch eine professionelle Prozessbegleitung unterstützt. Ebenso fand eine Begleitung durch Mitglieder der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (BISS e.V.) stellvertretend für die Zielgruppe statt. Sie vermittelten u.a. Kontakte zwischen den regionalen Communities und den Pflegeeinrichtungen, da queere Senior*innen eines Sozialraums zunächst einmal davon erfahren müssen, dass es in ihrer Nähe Pflegeheime oder ambulante Dienste gibt, die sie ausdrücklich willkommen heißen und auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen.

Das Modellprojekt wurde von März bis Ende 2021 weiterentwickelt, auch unter neuer Mitwirkung des „Dachverband Lesben und Alter e.V.“ zur Begleitung der Modellstandorte. In der neuen Laufzeit waren folgende Einrichtungen der AWO beteiligt:

- Dortmund (NRW): Seniorenwohnstätte Eving
- Herborn (Hessen): AWO-Pflegeheim Marie-Juchacz-Haus
- Köln (NRW): Seniorenzentrum Arnold-Overzier-Haus
- Mönchengladbach (NRW): AWO-Pflegedienst gGmbH
- Neu-Ulm (Bayern): AWO-Seniorenzentrum Neu-Ulm

Gleichzeitig entstand eine neue Koordinierungsstelle mit eigener Homepage: www.queer-im-alter.de. Sie beantwortet Fragen, zeigt Hintergründe auf und informiert trägerübergreifend über Angebote und Materialien zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ*.

Schließlich wurde das Modellprojekt durch das Berliner Institut für sozialwissenschaftlichen Transfer (SowiTra) evaluiert. Deren zentrale Evaluationsergebnisse mit Praxistipps und Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige und flächen-

deckende Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen schließen dieses Handbuch ab.

Wir leben in einer vielfältigen Gesellschaft. Das vorliegende Praxishandbuch liefert die Instrumente dafür, dass sich diese Vielfalt auf die Angebote der Altenhilfe überträgt und ein Leben unter dem Regenbogen im Alter zu einer realistischen Zukunftsperspektive für alle queeren Menschen wird.

Abschließend gilt unser besonderer Dank allen am Projekt beteiligten Personen und Institutionen, ohne deren Engagement und Unterstützung die Entwicklung des Handbuchs nicht möglich gewesen wäre.

„VielfALT“ – Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen

Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der Altenhilfe

Dr. Ralf Lottmann
Hochschule Magdeburg-Stendal

Leitfaden und Instrumente für die Praxis



Inhaltsverzeichnis

1	Einführung – oder warum „jetzt auch noch LSBTIQ* in der Altenhilfe“?	16
1.1	Begrifflichkeiten – oder „was ist LSBTIQ*?“ und „wer sind LSBTIQ*?“	17
1.2	Zahlen und Fakten: Demografie und soziale Netzwerke	19
1.3	Historische, gesellschaftspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen	20
1.4	Inklusion und Menschenrechte	23
	Exkurs: „Intersektionale Perspektive“ – was ist das?	25
2	LSBTIQ* und Altenhilfe	26
2.1	Regeldienste versus Individualität – warum LSBTIQ* die Altenhilfe herausfordern	26
2.2	Lebenslagen, Ressourcen und Potenziale von LSBTIQ*-Senior*innen	27
2.3	Pflege für LSBTIQ*-Senior*innen – Pflege für alle	29
2.3.1	Neue Wege in Europa und Deutschland: LSBTIQ*-freundliche Initiativen und Projekte	32
2.3.2	Alternative Angebote für die Pflege: Zertifizierungen & Siegel	32
2.4	Ziele des AWO-Modellprojekts in Kürze	32
3	Instrumente zur Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen	33
3.1	Der „VielfALT-Scan“ (alternativ: „Diversity-Scan“)	33
3.1.1	Sichtbarkeit – Leitbilder – Betriebspolitik	34
3.1.2	Personalpolitik	34
3.1.3	„Geschützter Raum und Umgang mit Diskriminierung“	35
3.1.4	Lebenswelten und Angehörigenarbeit	35
3.1.5	Gute Pflegequalität für LSBTIQ* (bei Pflegeeinrichtungen)	36
3.1.6	Kooperationen und Aktivitäten vor Ort – Arbeit mit Ehrenamtlichen	36
3.2	Fort- und Weiterbildung	37
3.3	Botschafter*innen-Modul: Checkliste und Informationsmaterialien	39
3.4	Kooperation vor Ort und Öffentlichkeitsarbeit	39
4	Transfer in die verschiedenen Einrichtungen und Serviceformen der Altenhilfe	40
4.1	„VielfALT“ in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe	40
4.2	„VielfALT“ in der offenen Altenhilfe, der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Beratung	40
5	Sterbebegleitung und Abschiedskultur	41
6	Impulse für Nachhaltigkeit und Verstetigung	42
7	Fazit: Vielfalt als Chance für eine gute Pflege für alle	43
	Quellen	44
	Weiterführende Literatur	45
	Anhang	46
	Instrument „VielfALT-Scan“	46
	Checkliste Botschafter*innen	49
	Checkliste Kooperationsarbeit – Öffnung der Altenhilfeeinrichtung	50
	Muster-Pressemitteilung	51
	Glossar	52
	Besuchsdienste für LSBTIQ*-Senior*innen	53
	Adressen und Organisationen im Internet	53
	Materialien und Links zu Projekten	53

1 Einführung – oder warum „jetzt auch noch LSBTIQ* in der Altenhilfe“?

Die Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans*, intergeschlechtlichen und queeren Senior*innen (LSBTIQ*) hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verbessert und auch an Relevanz und Öffentlichkeit erfahren. Wurden LSBTIQ*-Personen bis in die 1990er Jahre noch kriminalisiert und offen pathologisiert, so gibt es heute nicht nur immer mehr Menschen, die sich selbstverständlich als LSBTIQ* outen, sondern auch gesetzliche Regelungen und Antidiskriminierungsgesetze, die vor Diskriminierung schützen sollen und mehr Sichtbarkeit schaffen. Trotz aller – berechtigter – Kritik, die noch an rechtlichen Regelungen zu den Lebenswelten von LSBTIQ* bestehen, kann gesagt werden, dass sich enorm viel „getan hat“. Warum braucht es denn nun noch eine Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*?

Zum einen wollen wir den Anspruch einer inklusiven Gesellschaft einlösen, die nicht ausgrenzen will, gesundheitliche wie soziale Menschenrechte achtet und die in der Lage ist, auf die individuellen Bedürfnisse der Einzelnen einzugehen – egal ob homo oder hetero, cisgender, trans*, inter*, arm oder reich, jüdisch oder atheistisch, um nur einige Beispiele zu nennen. Jede Person identifiziert sich anders, jede*r legt andere Schwerpunkte in Bezug auf seine*ihre Identität. Kein Mensch lässt sich mit einem oder zwei Wörtern als Person beschreiben. Wir wollen daher auch am Beispiel der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt deutlich machen, wie wichtig es ist, genauer hinzuschauen, Bisheriges in Frage zu stellen, sich irritieren zu lassen, sich Vorurteile bewusst zu machen, zu verstehen und in Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege für Lebensgeschichten und Individualität zu sensibilisieren.

Zum anderen ist bei allen Erfolgen der letzten Jahrzehnte vieles noch unerreicht. Bedürfnisse von LSBTIQ*-Senior*innen werden in der Praxis der Altenhilfe negiert, Bedarfe übersehen und Risiken und Potenziale ignoriert (siehe Kap. 1 bis 3).

Sowohl die Alters- und Pflegeforschung als auch die Praxis der Altenhilfe gilt noch als „heteronormativ“. Das heißt, die Forschung, aber auch Einrichtungen der Altenhilfe sind ausgerichtet auf die Bedarfe und die Perspektiven von eindeutig als weiblich oder männlich erkennbaren Heterosexuellen (siehe Kap. 1.1). Warum das für das Alter(n) und insbesondere für die Pflege von LSBTIQ*-Senior*innen nicht unproblematisch ist und ein biografischer Blick auf die Pflege von Bedeutung ist, soll dieser Leitfaden verdeutlichen.

Wir reagieren mit diesem Öffnungsprozess auf Erkenntnisse von Studien, die uns sagen, dass LSBTIQ*-Senior*innen Ängste und Vorbehalte gegenüber traditionellen Angeboten der Altenhilfe haben. Unter anderem aufgrund von schlechten Erfahrungen bei Trans* und Inter* mit dem Gesundheitssystem oder aufgrund der früheren Kriminalisierung von Homosexualität haben viele LSBTIQ*-Senior*innen Angst, im Alter oder in der Pflege wieder „in den Schrank der Unsichtbarkeit“ zurück zu müssen oder in eine Situation der Hilflosigkeit und Ohnmacht zu geraten. LSBTIQ*-Senior*innen haben die Befürchtung, dass sie in Einrichtungen der Altenhilfe nicht so sein können, wie sie sind oder sich in der Pflege (immer neu) erklären zu müssen, obwohl sie es vielleicht nicht mehr wollen oder können. Denn auch wenn Paragraphen abgeschafft wurden und die offizielle Kriminalisierung aufhört, so bestehen Vorurteile im Kopf leider oft noch weiter.

Wir wollen mit diesem Öffnungsprozess auch neuartig machen. Wir wollen auf die Vielfalt in der Altenhilfe schauen – bei Klient*innen und beim Personal. Dabei ist ein Leitgedanke, dass ein „Mehr“ an Vielfalt und Diversität nicht nur für sog. „Minderheiten“ oder „Randgruppen“ mehr Lebenszufriedenheit bringt, sondern auch in der Pflege und Versorgung für alle Menschen eine bessere Lebens- und Pflegequalität bedeuten kann, weil der Mensch mit seiner Biografie im Mit-

telpunkt steht. Um hierfür Verbesserungen zu erreichen, brauchen wir Sie, die in der Altenhilfe beschäftigt oder ehrenamtlich tätig sind.

Mit dem Thema LSBTIQ* und Altenhilfe befinden wir uns schnell in einem Dilemma: Die schwierigen Rahmenbedingungen von Altenhilfe und pflegerischer Versorgung (etwa aufgrund von Fachkräftemangel und zu wenig Zeit des Personals) treffen auf das Recht einer bedarfsgerechten und personenzentrierten Pflege und Betreuung. Das Ziel einer gleichwürdigen Betreuung und Behandlung von allen Hilfe- und Betreuungsbedürftigen erfordert Verbesserungen bei den Rahmenbedingungen. Daher gilt es, die Kapazitäten und die Mittel in der offenen wie ambulanten und stationären Altenhilfe so zu erhöhen, dass es auch einen spür- und messbaren Effekt in der Praxis gibt. Und auch wenn Rahmenbedingungen nur langsam verändert werden können, so bedarf es im Alltag manchmal nur wenig, um zumindest im Kleinen einen Unterschied zu machen – weil wir sensibilisiert sind für Dinge, die wir vorher nicht gesehen haben. Unsere Ausbildungen, unsere Qualifikationen und unsere Fachkompetenzen helfen uns dabei zu reflektieren und Praxen zu überprüfen. Die Fort- und Weiterbildungen, die dieser Leitfaden als eine zentrale Komponente beinhaltet, und die anderen Instrumente für die Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen sollen trotz der problematischen Rahmenbedingungen von Altenhilfe hierbei einen Beitrag leisten.

Das Kapitel 1 erklärt Begrifflichkeiten, grundlegende Zahlen und Fakten sowie den Inklusionsgedanken, der auch in dieser Konzeption zum Tragen kommt. Kapitel 2 beschreibt das Verhältnis von LSBTIQ*-Personen zur Altenhilfe. Kapitel 3 stellt die Instrumente des Öffnungsprozesses konkret vor und Kapitel 4 geht auf die jeweiligen Einrichtungs- und Serviceformen in der Altenhilfe ein. Kapitel 5 fokussiert die Sterbebegleitung und Kapitel 6 die Möglichkeiten der Verstetigung. Kapitel 7 schließt diese Konzeption mit einem Fazit ab, das über das Thema LSBTIQ* sowie die Altenhilfe hinausgeht und neue Wege für die Altenhilfe auf-

zeigt. Der Anhang enthält vielfältiges Material, das in der Altenhilfepraxis die Umsetzung der Ziele erleichtern soll.

Diese Konzeption ist unter Mitwirkung von Erfahrungs- und Selbstvertretungsexpert*innen diskutiert und entwickelt worden.¹ Auch wenn es ein Konzept ist, so begreifen wir es als „lernendes“ Dokument. Es soll nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Das gilt auch für die Begrifflichkeiten, auf die nachfolgend eingegangen wird.

1.1 Begrifflichkeiten – oder „was ist LSBTIQ*?“ und „wer sind LSBTIQ*?“

LSBTIQ* steht für lesbische (L), schwule (S) oder bisexuelle (B) und für trans* (T), intergeschlechtliche (I) und queere (Q) Menschen. Das Sternchen (*) soll auch weitere, bisher nicht genannte, sexuelle und geschlechtliche Identitäten und Selbstbeschreibungen mit einbeziehen und auf diese hinweisen (siehe Glossar).

Der Regenbogen, der ein Symbol der LSBTIQ*-Community (Gemeinschaft) darstellt, hat viele Farben, und noch vielfältiger ist die Bevölkerungsgruppe, die mit dem Begriff „LSBTIQ*“ gemeint ist. Jede Person, die sich dieser Bevölkerungsgruppe zugehörig fühlt, hat einen persönlichen Zugang zu der Buchstabensammlung LSBTIQ* und ggf. auch zu dem jeweiligen Buchstaben. Jede Person identifiziert sich anders, jede*r legt andere Schwerpunkte in Bezug auf seine*ihre Identität. Und eine Kategorie reicht nicht aus, um einen Menschen zu beschreiben oder das, was einen Menschen ausmacht. Zentral ist, dass es sich um Selbstdefinitionen handelt, und entscheidend für Alltag und Handeln ist, wie sich die jeweilige Person selbst sieht und bezeichnet.

Sexuelle und geschlechtliche „Vielfalt“ eröffnet die Heterogenität der o. g. Gruppe, die mehr ist als nur ein Begriff. Sexuelle Vielfalt umfasst die sexuellen Identitätskategorien lesbisch, schwul und bisexuell. Es gibt weitere Begriffe wie asexuell oder pansexuell, die sexuelle Orientierungen be-

1 An der Erarbeitung des Leitfadens wurde unter anderem der Beirat des Modellprojekts „Queer im Alter“ beteiligt. Ferner haben an dem Leitfaden der Verein Intergeschlechtliche Menschen e.V., Dr. Arn Sauer (TransInterQueer e.V./ Bundesverband Trans* e.V.) und Felicitas Drubba (Landeshauptstadt München, Sozialreferat) mitgearbeitet.

schreiben (siehe Glossar). Nicht alle, die gleichgeschlechtlich lieben oder sexuelle Beziehungen mit dem gleichen Geschlecht haben, können aber mit diesen Begriffen etwas anfangen, insbesondere nicht alle älteren Menschen. Sie lehnen diese Begrifflichkeiten mitunter sogar ab. Für viele ist lesbisch, schwul oder bisexuell auch mehr als nur eine sexuelle Orientierung, sondern Teil ihrer Lebensformen und Teil ihrer Identitäten (siehe Kap. Lebenswelten 3.1.4).

*Was ist „Heteronormativität“? Heteronormativität ist dann zu beobachten, wenn eine Institution (z. B. ein Pflegeheim) oder eine Person (z. B. ein*e Pflegedienstleiter*in) von vornherein davon ausgeht/annimmt, dass alle Menschen heterosexuell wären. Es werden also Zuschreibungen genutzt, die für „normal“ gehalten werden, weil es die Zuschreibungen einer Mehrheitsgesellschaft sind. In der Regel geht diese Annahme auch damit einher, dass weitere klassische Zuschreibungen in Bezug auf Sexualität und Geschlecht vorgenommen werden: Es werden eine bestimmte geschlechtsspezifische Sozialisation, eine auf Dauer angelegte Partnerschaft oder Elternschaft unterstellt. Die „KruX“ ist, dass uns Normen nur dann auffallen, wenn wir diesen nicht entsprechen. Hierfür soll der Begriff „Heteronormativität“ ein Bewusstsein schaffen.*

„Geschlechtliche Vielfalt“ umfasst die Begriffe Trans* und Inter*, die sich der Logik eines Zweigeschlechter-Systems entziehen. Mit Geschlechtsidentität wird das Zugehörigkeitsgefühl zu einem Geschlecht beschrieben. Als trans* bezeichnen sich Menschen, wenn deren Geschlechtsidentität von dem Geschlecht abweicht, dem sie bei der Geburt zugeordnet wurden. Trans* ist ebenso ein Oberbegriff für verschiedene Trans*-Identitäten und -Lebensweisen (transgender, transident, transsexuell etc.). Darunter werden auch solche Menschen gezählt, die sich jenseits der klassischen Geschlechterrollen einordnen, z. B. als nicht-binär (siehe Glossar).

Was ist „Cis-Normativität“? Um diesen Begriff zu erklären, muss zunächst „Cisgender“ erklärt werden. Dieser Begriff bezieht sich auf das lateinische Wort „cis“ für „diesseits“ im Kontrast zu „trans“ (lat.), womit „jenseits“ oder „über hinaus“ gemeint ist. Cisgender

bezeichnet demzufolge Menschen, die sich mit dem Geschlecht identifizieren, dem sie bei Geburt zugeordnet wurden. Cis-Normativität besteht dann, wenn eine Institution oder eine Person von vornherein davon ausgeht/annimmt, dass alle Menschen cisgender wären, also trans oder transgender nicht als Möglichkeit (mit-)gedacht wird.*

Inter* steht für intergeschlechtliche oder intersexuelle Menschen, die mit Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren werden. Inter* betrifft also die Beschaffenheit des jeweiligen Körpers, das Körperbild, die Organe und Hormone. Dies kann auch eine Entwicklung des Körpers im Laufe des Lebens beinhalten, die scheinbar außergewöhnlich verläuft oder nicht wie erwartet. Die geschlechtliche Zuweisung ist bei Inter* bei Geburt nicht eindeutig möglich, sie werden aber bis heute oft nach einem binären Verständnis von Geschlechterkategorien (Mann oder Frau) in normierender Weise von der Medizin kategorisiert (siehe Kap. 1.3 und 2).

Die sexuelle Orientierung oder Identität ist bei Trans* und Inter* so vielfältig wie in der restlichen Bevölkerung. Von der geschlechtlichen Identität kann kein Rückschluss auf ein sexuelles Begehren oder eine bestimmte sexuelle Identität gezogen werden.

„Queer“ bedeutete ursprünglich „seltsam“ oder „komisch“. Seit einigen Jahrzehnten wird der Begriff als Selbstbezeichnung benutzt, die Identitätskonzepte und vermeintlich starre Kategorien hinterfragt. Queer ist ein dynamischer Begriff und kann als Haltung verstanden werden. Für viele ist es ein Synonym für LSBTIQ*, aber es ist nicht damit gleichzusetzen. Queer umfasst auch nicht-binäre, pan- und asexuelle Lebensweisen.

Die Ansprache von LSBTIQ*-Senior*innen im Alltag und in der professionellen Altenhilfe sollte dem Grundsatz folgen, dass es entscheidend ist, wie sich die jeweilige Person selbst bezeichnet. Die Frage „Wie dürfen wir Sie ansprechen“ zeigt im Zweifel nach Angaben von Selbstvertretungsorganisationen einen hohen Grad der Reflexion und signalisiert einen guten Willen des respektvollen Umgangs. Diese Frage trägt zur Sicherheit bei den Beteiligten bei und leistet einen Beitrag des Vertrauens.

In der Literatur, aber auch in der Praxis in sozialen Berufen, werden Trans*- und Inter*-Identitäten oftmals unter LSBTIQ* zusammengefasst. Doch muss beachtet werden, dass das, was für die lesbisch-schwul-bisexuelle (LSB)-Community möglicherweise gilt (und auch hier gibt es keine Homogenität), für Trans* und Inter* noch lange nicht gelten muss. Einfache Zusammenfassungen unter dem Begriff LSBTIQ* suggerieren vorschnell eine Homogenität, die so einfach nicht gegeben ist. Dennoch gibt es Lebensphasen, die diese Gruppe oftmals teilt und ähnlich erfährt: Ängste vor Zurückweisung und Ablehnung aufgrund des Andersseins oder Coming-out-Erfahrungen (aufgrund des sexuellen Begehrens, der geschlechtlichen Identität, durch Partnerschaften, als Regenbogenfamilie, mit einer Transition oder mit nicht-normativen Körpern).

Daher müssen wir genauer hinschauen (siehe Kap. 2.1). Auch die sozioökonomische Situation und Lebensrealitäten von LSBTIQ* unterscheiden sich in vielfältiger Weise. So wollen wir für geschlechtsspezifische Sozialisierungen zwischen schwulen Männern und lesbischen Frauen sowie zwischen hetero- und cis-normativen Praktiken sensibilisieren. Bedarfsgerechte Unterschiede, die im pflegerischen und sozialarbeiterischen Handeln berücksichtigt werden sollen, machen eine sog. intersektionale Perspektive notwendig, die in einem Exkurs erklärt wird. Siehe Kapitel 1.2 und Exkurs intersektionale Perspektive.

1.2 Zahlen und Fakten: Demografie und soziale Netzwerke

Bevor Angaben zu den in Deutschland lebenden LSBTIQ*-Senior*innen gemacht werden, sei darauf hingewiesen, dass die Anzahl von Menschen in einer Bevölkerungsgruppe nicht ausschlaggebend sein darf, ob Maßnahmen oder Aktivitäten in der Altenhilfe ergriffen werden oder nicht. Es zählt jeder einzelne Mensch. Nur *eine* Vernachlässigung oder gar Diskriminierung in der Praxis der Altenhilfe ist eine Diskriminierung zu viel.

Die tatsächliche Zahl von LSBTIQ*-Senior*innen in Deutschland ist schwer zu schätzen. Empirische Studien dazu sind uneinheitlich, je nach Art der Frage und den genutzten Methoden. Dies liegt auch an der Problematik, dass viele Menschen sich

mit den in quantitativen Studien angebotenen Begriffen und Kategorien nicht identifizieren. Interessant ist eine Studie von van Kampen et al. (2017), die 22 Studien zu sexueller Identität im Vereinigten Königreich für eine modellierte Schätzung herangezogen hat. Die Studien ergaben Werte zwischen 0,9 bis 5,52 Prozent der Bevölkerung, die sich als schwul, lesbisch, bisexuell oder anders (aber nicht-heterosexuell) bezeichnet haben. Für Großbritannien kommen diese Forscher*innen auf einen geschätzten Mittelwert von 2,5 Prozent. Wenn wir diese Zahl auch für Deutschland zugrunde legen, sind 2.075.000 Menschen lesbisch, schwul oder bisexuell. Bei 3,4 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland sind 85.000 homo- oder bisexuell. Von diesen pflegebedürftigen LSB-Senior*innen leben ca. 20.450 in einem Pflegeheim. Wir können jedoch davon ausgehen, dass die Zahl an LSB-Senior*innen höher ist als sie in dieser Studie geschätzt wurde, da sich am Telefon oder per Fragebogen nicht alle Menschen outen und zwischen Begehren, Wünschen, Verhalten und Identifikation große Unterschiede bestehen – auch in Hinsicht auf das Alter der LSBTIQ*-Personen. So ergab eine aktuelle europaweite Studie, dass sechs Prozent der Bevölkerung in Europa sich LSBTIQ* identifiziert. Dabei wurden deutliche Unterschiede in den jeweiligen Ländern und bezüglich des Alters festgestellt.

Differenziert werden müssen auch die regionalen Unterschiede. So leben in Städten und vor allem in Metropolen wesentlich mehr LSB-Senior*innen als auf dem Land. Die besagte britische Studie geht von knapp zwei Prozent in ländlichen Regionen und von 4,3 Prozent in Großstädten aus. In Berlin lebten demnach derzeit mindestens 1.500 LSB-Senior*innen bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung – eine höhere Anzahl ist hier aber wahrscheinlich, da Städte wie Berlin, Köln, Hamburg oder München eine große Attraktivität für LSBTIQ* ausstrahlen.

Trans* und inter* Senior*innen waren in den o. g. Zahlen noch nicht enthalten. Zu trans* Senior*innen gibt es lediglich grobe Schätzungen und noch weniger Studien. Aktuelle Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum geben an, dass die Zahl derer, die sich als Trans* identifizieren zwischen 0,5 und 1,2 Prozent der Gesamtbevölkerung liegt. In einer belgischen Studie lagen diese Werte bei durchschnittlich 0,6 Prozent.

Auch über die Anzahl intergeschlechtlicher Menschen liegen kaum wissenschaftlich gesicherte Zahlen vor. Es gibt Studien, die von 0,2 Prozent der Bevölkerung ausgehen und solche, die von 1,7 Prozent der Bevölkerung sprechen. Die Mehrheit der intergeschlechtlich geborenen Menschen nach zugewiesenen Behandlungen leben im weiblichen Personenstand. Der Verein Intersexuelle Menschen Landesverband Niedersachsen e.V. geht davon aus, dass allein in Niedersachsen ca. 5.000 intergeschlechtliche Menschen leben.

Mit Blick auf die potenzielle Unterstützung im Alter gibt es bei LSBTIQ*-Senior*innen Unterschiede zu Heterosexuellen. Werden bei älteren Heterosexuellen Kinder und Partner*innen als die wichtigsten Kontakt- und Betreuungspersonen genannt, die Unterstützung im Alter und im Pflegefall leisten, so sind es bei älteren Homosexuellen – und vermutlich auch bei Trans* und Inter* – i. d. R. Freund*innen und – falls vorhanden – natürlich auch die Partner*innen. Bei LSBTIQ*-Senior*innen können freundschaftliche Netzwerke als Rückgrat der sozialen Unterstützung verstanden werden. Haben Heterosexuelle im Alter von 50 und mehr Jahren zu circa 85 Prozent mindestens ein Kind, so sind LSB-Senior*innen häufig kinderlos. In einer Studie zu lesbischen Frauen im Alter gaben 14,7 Prozent der Befragten zwischen 50 und 73 Jahren an, mindestens ein Kind zu haben. Die Werte für ältere schwule Männer liegen meist darunter.

Auch für LSBTIQ*-Senior*innen sind Partner*innen die Hauptunterstützungsressource für die pflegerische Versorgung. Doch muss man an dieser Stelle beispielsweise auf den hohen Anteil an Singles vor allem bei schwulen Männern verweisen. In einer US-Studie, die Homo- und Heterosexuelle vergleichend untersuchte, lebten homosexuelle Männer in einem Alter von 50 bis 70 Jahren zu 51 Prozent allein, im Gegensatz zu 13 Prozent der heterosexuellen Männer gleichen Alters. Lesbische Frauen in diesem Alter waren ebenso zu einem höheren Anteil, aber zu einem geringeren Verhältnis im Vergleich zu den schwulen Männern, alleinlebend (28 Prozent im Vergleich zu 19 Prozent bei heterosexuellen Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren).

Diese Ergebnisse machen klar, dass LSBTIQ*-Senior*innen eine höhere Abhängigkeit von Pflegeleistungen und Beratungsangeboten im Alter

haben. Damit kommt den Einrichtungen der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen eine besondere Bedeutung zu. Leider trifft diese besondere Abhängigkeit auf die Problematik, dass LSBTIQ* befürchten, in Altenhilfeeinrichtungen Diskriminierung und Ängsten ausgesetzt zu sein (siehe Kap. 2.1).

1.3 Historische, gesellschaftspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen

Ältere Menschen mit LSBTIQ*-Biografie in Deutschland tragen Lasten, die aus der politischen Geschichte unseres Landes herrühren. Noch in der frühen Bundesrepublik blieb der §175 StGB in der von den Nationalsozialisten verschärften Form bis 1969 in Kraft; die Zahl der strafrechtlich Verfolgten zwischen 1949 und 1969 entspricht der zwischen 1933 und 1945. Mehrere zehntausende homosexuelle Männer wurden verurteilt. Erst 1994 verschwand die rechtliche Diskriminierung endgültig aus dem Strafgesetzbuch. Nicht allein die Angst vor einer Verurteilung, sondern auch die Erpressbarkeit hat die Generation der heutigen schwulen Senioren unaufhebbar geprägt. In der DDR wurden zwar mildere Strafmaße verhängt, doch erfasste der 1968 eingeführte Paragraph 151 StGB auch lesbische Kontakte, und die Staatssicherheit unterband konsequent alle Möglichkeiten der Selbstorganisation. Das Leben als lesbische Frau war seit jeher starker Restriktion unterworfen, das betrifft auch heute noch selbst jüngere Frauen. Auch die lesbische Liebe galt als „asozial“ und „widernatürlich“. Und auch wenn weibliche Sexualität in geringerem Maße als bei schwulen Männern kriminalisiert wurde, so lebten lesbische Frauen dennoch in großer Angst und sie waren starken Repressionen ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund von Verfolgung und Diskriminierung ist älteren Homosexuellen ein hohes Maß an sozialer Isolation und Ausgrenzung lebensgeschichtlich eingeschrieben. Stigmatisierung und Kriminalisierung der Homosexualität haben besonders auf die ältere Generation von LSBTIQ* einen negativen Einfluss. Sie haben zu Brüchen und Traumatisierungen geführt, die individuell und kollektiv wirksam sind.

Diese Erfahrungen wirken bis in das hohe Alter hinein und treiben die Senior*innen in Einrichtungen der Altenhilfe nicht selten erneut in Zwänge



Bundesweite Plakataktion 1973 zur Streichung des § 175

des Verschweigens und der unerwünschten Anpassung. Für bisexuelle Senior*innen und vormals verheiratete Homo- und Bisexuelle gilt Ähnliches, und zwar auch dann, wenn sie ihr Begehren unterdrückt und auf eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft verzichtet haben.

Die Kriminalisierung von Homosexualität wurde in Deutschland 1969 weitgehend beendet, doch galt Homosexualität noch lange als Krankheit. Erst 1991 wurde Homosexualität auch aus dem ICD-10, der internationalen Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation gestrichen. Aber auch wenn Paragraphen oder medizinische/pathologisierende Zuweisungen gestrichen werden, so bleiben Vorurteile von Menschen nicht selten bestehen. Die sehr aktuelle Debatte zum Verbot von sog. „Konversionstherapien“, womit eine Methode der Psychotherapie gemeint ist, die aus Homosexuellen Heterosexuelle machen soll, zeigt beispielhaft, dass einige Menschen dem Verständnis von Homosexualität als Krankheit auch in Deutschland immer noch nachhängen. Dramatischer wird zudem der Blick ins Ausland: In 72 Ländern ist Homosexualität bis heute illegal, in 13 Ländern droht hierfür gar die Todesstrafe.

Bei trans- und intergeschlechtlichen Senior*innen zeigen sich ebenso erhebliche Belastungsfaktoren. Ein Unsichtbarmachen, Diskriminierungen bis hin zu Gewalt in Gesundheitseinrichtungen waren (und sind noch immer) zu beobachten. Zwar kamen trans* Menschen kurzzeitig über das geschlechtliche Zwischenstufenmodell von Magnus Hirschfeld in den Blick, aber mit dem Nazi-Regime war dieser Prozess rasch beendet. Auch ist seit 1981 eine Veränderung der Geschlechtszugehörigkeit mit dem Transsexuellengesetz (TSG) möglich, doch nur ins sog. „Gegengeschlecht“, wofür ein oft als entwürdigend empfundener Begutachtungsprozess nötig ist. Früher war ihnen gar ein Scheidungsgebot und eine erzwungene Unfruchtbarmachung durch das TSG auferlegt. Diese Bestimmungen wurden als menschenrechtswidrig durch das Bundesverfassungsgericht außer Kraft gesetzt. Die Reform des veralteten TSG ist angekündigt, jedoch noch nicht umgesetzt.

Auch inter* Personen wurden lange Zeit pathologisiert und in der Medizin bzw. bei medizinischen Eingriffen wurden die Bedürfnisse von intergeschlechtlichen Menschen negiert. Bis heute werden noch Eingriffe, die klar als Menschenrechtsverletzung zu werten sind, an Säuglingen und Kindern vorgenommen. Irreversible medizinische Maßnahmen zur Geschlechtszuordnung bei Menschen stellen einen starken Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Wahrung der geschlechtlichen und sexuellen Identität dar. Studien berichten von einem erheblichen Einfluss auf das spätere Leben und dem Vertrauen gegenüber Versorgungseinrichtungen (siehe Stellungnahme Deutscher Ethikrat im Anhang).

Seit 2017 haben gleichgeschlechtlich liebende Menschen wie Heterosexuelle das Recht, eine Ehe einzugehen. Der amtliche Eintrag „divers“ ermöglicht erstmals eine Bezeichnung jenseits der binären Geschlechterformen „männlich“/„weiblich“. Und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verbietet die Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder des Geschlechts oder eben der sexuellen Identität. Es bietet also auch LSBTIQ*-Senior*innen Schutz vor Diskriminierung.

Nach dem Personenstandsgesetz kann der Personenstand von Neugeborenen außer als „weib-



Demonstration
anlässlich der
Pflingstaktion,
West-Berlin, 1973

lich“, „männlich“ oder „ohne Angabe“ auch mit der Angabe „divers“ in das Geburtsregister eingetragen werden. Zudem können Personen mit Varianten der Geschlechtentwicklung ihren Eintrag entsprechend ändern oder streichen lassen. Diese neuen Regelungen führen auch zu Neuerungen in Regelungen, die die Altenhilfe betreffen. So wird seit dem 1. Oktober 2019 auf der elektronischen Gesundheitskarte „divers“ ergänzt. In diesem Bereich wird es auch zukünftig Änderungen und Reformen geben, die auch die Altenhilfe betreffen werden.

Aktuelle altenhilfespezifische Regelungen

Neue rechtliche Aspekte, die LSBTIQ*-Personen betreffen, gibt es auch im Bereich der Altenpflege. Im Rahmen der Pflegeberufereform, die eine generalisierte Ausbildung der Pflegeberufe verfolgt, sind Rahmenpläne erarbeitet worden, die die Lebenswelt der zu Pflegenden systematisch ein-

bezieht (siehe Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG). So sollen nach „CE 09“ des Rahmenlehrplans „Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert [unterstützt werden]“ (S. 181, 192). Auszubildende der Pflege sollen „in ihr Pflegehandeln lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen [integrieren]“ (S. 42). Mit diesem Lebensweltansatz sollen „Familien oder soziale Netzwerke mit z.T. divergierenden sozialen Perspektiven“ (S. 16) im dritten Ausbildungsteil behandelt werden. Unter den genannten Beispielen werden ein schwules Paar und ein HIV-Positiver in Bezug auf Pflegeberatung genannt. Auf lesbisches Leben, Inter* und Trans* geht der Rahmenplan leider nicht ein. Die Veränderungen im Rahmen der Pflegeberufereform zeigen, dass auch in der professionellen Ausbildung des Pflegepersonals gesellschaftliche Realitäten anerkannt und Neuausrichtungen anvisiert werden. Es werden in der Altenhilfepraxis neue Wege gegangen, die geeignet sind, die Lebens- und Pflegequalität von LSBTIQ*-Senior*in-

nen aktiv zu fördern und eine bedarfsgerechte sowie menschenrechtsorientierte Altenhilfe, auch für LSBTIQ*-Senior*innen, zu fokussieren.

Seit dem 1. Januar 2017 wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff angewendet. Der frühere engere Begriff der Pflegebedürftigkeit war stark somatisch ausgerichtet und hat für Menschen wesentliche Aspekte wie Kommunikation und soziale Teilhabe ausgeblendet. Auch für LSBTIQ*-Pflegebedürftige ist die Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von großer Bedeutung. Im Geiste dieses neuen Ansatzes, der die allgemeine Betreuung, soziale Teilhabe und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz fokussiert, soll auch eine Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen hierzu einen Beitrag leisten.

Auch das SGB XI und die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend greifen die individuellen Rechte eines jeden Menschen auf und weisen beispielsweise auf die „kultursensible Pflege“ in Bezug auf „kulturelle, weltanschauliche und religiöse Werte“ (Art. 7) hin. Daraus kann eine bedarfsgerechte Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen nur indirekt abgeleitet werden, da beispielsweise eine intersektionale Perspektive meist unterbleibt. Generell besteht weiterhin die Aufgabe, auch im rechtlichen Bereich und bei grundlegenden Konzepten für die Altenhilfe für Weiterentwicklungen einzutreten.

1.4 Inklusion und Menschenrechte

Inklusion ist ein Leitprinzip, das eine Gesellschaft anstrebt, in der jeder Mensch in allen gesellschaftlichen Bereichen teilhaben kann. Zu diesen Bereichen gehören Freizeit, Bildung, Politik und auch die Gesundheitsversorgung. Die Teilhabe darf dabei nicht aufgrund von stereotypen Merkmalen ver- oder behindert werden – weder durch bestimmte Regeln, Abläufe, noch durch Strukturen oder Gesetze. Zu diesen Stereotypen gehören auch solche, die die sexuelle oder geschlechtliche Identität eines Menschen betreffen. Teilhabe erfordert insbesondere für gesellschaftliche Minderheiten wie LSBTIQ*-Senior*innen eine Sichtbarkeit – auch in Altenhilfeeinrichtungen wie Pflegeheimen oder Pflegediensten.

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte stellt klar, dass „jeder Mensch Anspruch auf eine Lebenshaltung [hat], die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände“. Ob diese erfüllt werden kann und das Menschenrecht auf dem „höchsten erreichbaren Stand an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (UN-Sozialpakt 1966, Art. 12) gewährleistet wird, ist häufig abhängig vom praktischen Handeln der Akteure z. B. in Einrichtungen der Altenhilfe.

Mit Bezug zu den Menschenrechten und dem Anspruch auf eine inklusive Altenhilfe gehen wir von der Gleichwertigkeit aller Menschen aus, die jegliches Handeln in der Praxis der Altenhilfe – egal ob in der stationären oder ambulanten Versorgung oder in der Betreuung von Senior*innen in der offenen Altenhilfe – zur Grundlage hat. Daraus leitet sich der Anspruch für eine gute Pflege- und Lebensqualität im Alter für jeden Menschen – also auch für LSBTIQ*-Senior*innen – ab. Die UN-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Menschenrechte Älterer (Open Ended Working Group on Ageing, OEWG-A) formuliert in diesem Sinne die Universalität von Menschenrechten, insbesondere für ältere Menschen.

Um Sichtbarkeit und eine tatsächliche Teilhabe in der Gesundheitsversorgung und in der Altenhilfe auch für LSBTIQ*-Senior*innen sicherzustellen, ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit der beteiligten Berufe und Organisationen in der Altenhilfe unerlässlich. Das Pflegepersonal ist aufgefordert, mit Sozialarbeiter*innen, nicht-pflegerischem Personal und einschlägigen Fachberatungsstellen wie LSBTIQ*-Organisationen sowie LSBTIQ*-Personen (z. B. Ehrenamtliche) systematisch und verlässlich zusammenzuarbeiten, um eine inklusive und bedarfsgerechte Versorgung mit den Betroffenen zu erzielen. Verfahren wie Care und Case Management in der Pflege sind hierfür im besonderen Maße hilfreich.

Diversity Management und verbandspolitische Positionierungen

Die Sicherung von Arbeitskräften ist und bleibt bis auf Weiteres für die Altenhilfe und Pflege eine große Herausforderung. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels wird das Diversity Management, ein Konzept aus der Personalführung, als Chance und Maßnahme zur Fachkräftesicherung in der Altenpflege diskutiert. Ein verbreitetes Diversity Modell umfasst sechs „Kerndimensionen“, die auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) kennt: Geschlecht, sexuelle Vielfalt, Alter, physische Fähigkeiten, kulturelle Vielfalt und Religion oder Weltanschauung (Charta der Vielfalt). Oft steht „Diversity“ zwar in Leitbildern von Altenhilfeeinrichtungen, doch in der Praxis werden nur einzelne „Diversity-Dimensionen“ berücksichtigt, wobei die Dimensionen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt (nicht Geschlecht im binären Sinne) oft unberücksichtigt bleiben.

Jüngste wissenschaftliche Studien sagen uns, dass Führungskräfte in der Pflege dem Themenbereich LSBTIQ* zwar meistens offen gegenüberstehen, doch in konkreten Situationen, in denen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt bei Personal oder Klient*innen/Bewohner*innen zum Thema oder Gegenstand von Auseinandersetzungen werden, rasch überfordert sind und Schwierigkeiten haben, angemessen bzw. professionell zu reagieren. An betrieblichen Standards kann sich das Pflegepersonal oftmals nicht orientieren, da es diese zu diesem Thema oft nicht gibt. Ferner wird in Studien oft ein fehlendes Wissen zur sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt festgestellt – insbesondere bei heterosexuellem Personal hinsichtlich der Kenntnisse zu Lebenswelten von LSBTIQ*. Mitarbeitende, die selbst LSBTIQ* sind und über differenziertes Wissen über Lebenswelten von LSBTIQ* verfügen, werden noch zu selten als Ressource für den Betrieb betrachtet.

Aus diesem Grund sind verbandspolitische Positionierung und Leitbilder für die Altenhilfeeinrichtungen von Bedeutung. Diese sollten in Hinsicht auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt überprüft werden (siehe Kap. 3.1). Auch Fortbildungen und eine diversity-sensible Personalpolitik sind von zentraler Bedeutung für eine bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung von LSBTIQ*-Senior*innen (siehe Kap. 3.1.2 und 3.2).

Exkurs: „Intersektionale Perspektive“ – was ist das?

Damit das Personal von Altenhilfeeinrichtungen adäquat auf die Bedürfnisse von Individuen eingehen kann, muss für eine individuelle bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung in der Praxis sensibilisiert werden. Die sogenannte intersektionale Perspektive erlaubt es, auf die Kategorien „LSBTIQ*“ und die verschiedenen Situationen und Kontexte eingehen zu können sowie zwischen Diskriminierungserfahrungen aufgrund von sexueller und geschlechtlicher Identität und jenen aufgrund von anderen Faktoren wie der sozialen Lage zu differenzieren.

Die intersektionale Perspektive kennzeichnet die Berücksichtigung von Ereignissen, die aus der Überschneidung bzw. Intersektion von Kategorien entstehen. Dabei sind neben geschlechtlicher und sexueller Identität weitere Kategorien wie Alter, Behinderung, Klasse oder Migrationserfahrungen von Bedeutung. So wird die Einkommenssituation eines Menschen (z. B. die von Altersarmut stärker betroffenen Frauen) dann entscheidend, wenn diese die Teilhabe an einem kostenpflichtigen Angebot einer offenen Altenhilfe verhindert. Auch besondere Lebenslagen von HIV-positiven schwulen Männern, psychisch kranken Menschen oder wohnungslosen Menschen werden durch diese Differenzierungsmöglichkeiten mitunter deutlicher erkennbar. Von zentraler Bedeutung ist hierbei zudem die Sensibilisierung für Kontexte und Situationen, da die genannten Kategorien nicht statisch und lebenslang in gleicher Weise erfahren werden.

Nach der intersektionalen Perspektive ist das Setting relevant, also ob jemand sich z. B. im privaten Raum, an öffentlichen Orten wie Cafés oder dem Nachbarschaftstreff, in einer Einrichtung der offenen Altenhilfe oder eines Pflegeheims befindet. Wie wir solche Settings erleben oder wie wir uns in diesen Situationen und Kontexten verhalten, ist individuell verschieden und u. a. abhängig von Identitätskonstruktionen, von biografischen Erlebnissen und natürlich von strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. in Bezug auf Altersarmut oder Pflegeversicherungsgesetze).

Es geht bei der intersektionalen Perspektive darum, für Situationen und Kontexte zu sensibilisieren, und Diskriminierungserleben zu erkennen, die dadurch entstehen, dass mehrere Kategorien gleichzeitig auftreten und sich gegenseitig beeinflussen. Dabei sind nicht allein Diskriminierungen relevant, sondern auch Vorteile oder Ressourcen, die die Personen im Laufe ihres Lebens genutzt oder erfahren haben. So kann ein behinderter schwuler Mann in seiner Selbstdeutung darauf hinweisen, dass er aufgrund seiner Behinderung besser als andere auf das Altern vorbereitet sei, weil er ein Leben lang Erfahrungen mit körperlichen Einschränkungen gemacht hat. Gleichzeitig kann er deshalb wiederum in der schwulen Szene, z. B. schwulen Bars (als Kontext), erhebliche Diskriminierungen erfahren haben, die ihn bei der Inanspruchnahme von LSBTIQ*-Selbsthilfestrukturen im Alter beeinflussen.

Die intersektionale Perspektive soll ermöglichen, dass Vielfalt in der Pflege erzielt werden kann, ohne neue Ausschlüsse zu produzieren und Menschen in „Schubladen besonderer Verletzlichkeiten“ zu schieben (wie z. B. „die armen alten Schwulen“). Die große Vielfalt von Diversitätsdimensionen in der Lebenswelt von LSBTIQ*-Senior*innen macht eine diversitätssensible Pflege nötig, die mehrere Differenzierungskategorien zu berücksichtigen in der Lage ist. Die Frage für die Praxis ist, wie dies im Alltag und unter den Rahmenbedingungen von Pflege und Altenhilfe gelingen kann. Dieser Leitfaden will für die intersektionale Perspektive in der Praxis sensibilisieren (siehe Walgenbach 2012; Zeyen et al. 2020).

2 LSBTIQ* und Altenhilfe

2.1 Regeldienste vs. Individualität – warum LSBTIQ* die Altenhilfe herausfordern

In Einrichtungen der offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe wie Seniorenbegegnungsstätten fühlen sich LSBTIQ*-Senior*innen oftmals nicht wohl oder willkommen. Dafür gibt es viele Gründe: Zum Beispiel, weil sie keine Lust mehr haben, sich zu outen oder weil sie es niemals gewohnt waren, sich offen zu zeigen. Oder weil sie unangenehme Fragen fürchten oder es schlicht satt haben, sich zu erklären – ob als lesbische Seniorin, kinderloser schwuler Senior oder als hochaltrige Transfrau, die vielleicht körperlich etwas größer ist als andere Frauen. Sowohl von schwulen Männern als auch von lesbischen Frauen wurden in Studien der überwiegende Teil der Einrichtungen der Altenhilfe hinsichtlich einer Berücksichtigung von LSB-Senior*innen negativ bewertet (je nach Einrichtungsart zwischen 50 und 81,3 Prozent Ablehnung). Die Perspektive von trans* und intergeschlechtlichen Senior*innen bleibt in diesen Studien unberücksichtigt, wird aber vermutlich eher noch negativer ausfallen. Diese Ergebnisse sind geprägt von der in Kapitel 1.1 beschriebenen Hetero- und Cis-Normativität und den Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, die LSBTIQ*-Personen gemacht haben.

Eine Herausforderung entsteht dadurch, dass diese Ängste und die befürchtete Diskriminierung oder Unsichtbarkeit auf die in Kapitel 1.2 beschriebene hohe Abhängigkeit von LSBTIQ* gegenüber den Einrichtungen der Altenhilfe trifft. Dies wirft die Frage auf, wie das Vertrauen dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe zu gewinnen ist.

LSBTIQ*-Pflegebedürftige sind oftmals nicht ohne Weiteres sofort zu erkennen. In Studien wird berichtet, dass es nicht selten zu Schilderungen kommt, dass es keine schwulen, lesbischen oder trans* Pflegebedürftigen gebe, wie geschehen in einem Forschungsprojekt der Alice Salomon Hochschule Berlin („solche' Pflegebedürftigen haben wir nicht“). Das liegt meist schlicht daran, dass das Personal diese Personengruppen nicht er-

kennt, was vielfältige Gründe haben kann. So zum Beispiel, wenn Menschen LSBTIQ*-Personen nur auf der Basis von Stereotypen wahrnehmen, sie wegen ihres fehlenden Wissens nicht erkennen oder aufgrund der Heteronormativität in der jeweiligen Einrichtung einfach nicht „auf dem Schirm“ haben.

Die Parallelen von einer LSBTIQ*-sensiblen Altenhilfe zur „kultursensiblen Altenpflege“, die die Situation von Migrant*innen in der Pflege thematisiert, sind frappierend: In beiden Fällen kann eine deutliche Ausrichtung der Altenhilfe an einer imaginären „Mehrheitsgesellschaft“ beobachtet werden, die überwiegend weiß, christlich und heterosexuell ist. „Andere“ Lebensweisen werden in solchen Kontexten bzw. Einrichtungen schnell marginalisiert bzw. übersehen. Es gilt aber, LSBTIQ*-Personen nicht in eine Schublade der Verletzlichkeit zu stecken, nach dem Motto die „armen Schwulen“ oder die „armen Intersexuellen“, sondern sie als Subjekte hervorzubringen und wahrzunehmen, die ihre eigenen Wünsche und Begehren in Bezug auf das Altern artikulieren können und sollen. Dabei ist ein Willkommensein, ein angstfreies Umfeld und kompetentes Personal von grundlegender Bedeutung; Kompetenz im Sinne von Lebensweltkenntnissen (siehe Kap. 3).

Klassische Einrichtungen der offenen und stationären Altenhilfe werden durch LSBTIQ*-Senior*innen also herausgefordert, weil Abläufe, Richtlinien und die alltägliche Praxis sich an Mehrheitsgesellschaften und ihren Perspektiven ausrichten. Doch sind auch heterosexuelle Pflegebedürftige angewiesen darauf, dass ihre Lebensgeschichten einen Unterschied machen und nicht nur oberflächlich berücksichtigt werden. Daher bietet die Berücksichtigung von LSBTIQ*-Senior*innen auch eine Chance für eine stärkere biografische Ausrichtung von Altenhilfe für alle (siehe Kap. 7). Kritisch angemerkt werden muss in diesem Zusammenhang die bereits angesprochene unzureichende Ausstattung mit Personal in der Altenhilfe, die so kaum die richtigen Rahmenbedingungen hierfür bieten kann.



2.2 Lebenslagen, Ressourcen und Potenziale von LSBTIQ*-Senior*innen

Studien weisen für LSBTIQ*-Senior*innen stärkere gesundheitliche Risiken nach. Aufgrund eines über den Lebensverlauf erlebten Minderheitenstresses, wonach Angehörige gesellschaftlicher Minderheiten überproportional Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer geschlechtlichen Identität mit unterschiedlichen Folgen für ihre psychische Gesundheit erfahren (vgl. Meyer 2007), bestehen bei LSBTIQ*-Senior*innen herausfordernde Situationen in der Lebensphase Alter und bei eintretender Pflegebedürftigkeit. Weiterhin gibt es einige Aspekte, die LSBTIQ*-Senior*innen im besonderen Maße betreffen. Einige davon sollen hier genannt werden.

Altersstudien zu LSB-Senior*innen weisen darauf hin, dass **geschlechtsspezifische** soziodemografische **Unterschiede** – ebenso wie im Verhältnis heterosexueller Frauen zu heterosexuellen Männern – auch zwischen Schwulen und Lesben bestehen. Ältere lesbische Erwachsene weisen einen verspäteten Zugang bei Gesundheitsdienstleistungen auf und erhalten, verglichen mit älteren schwulen Männern, ein niedrigeres Einkommen. Dadurch ist die sozioökonomische Situation im Alter für Lesben häufig prekär. Dies führt insbesondere zu Einschränkungen bei der sozialen Teilhabe und der Versorgungsqualität im Alter. Darüber hinaus ist möglicherweise das Risiko der „Unsichtbarkeit“ höher: Die Existenz weiblicher Sexualität wurde

vor einigen Jahrzehnten nahezu vollständig negiert und sie wird auch bis heute weniger ernstgenommen als männliche Sexualität. Das gilt auch für die weibliche Homosexualität. Andererseits leben ältere lesbische Frauen jedoch häufiger in einer Partnerschaft, haben öfter Kinder, verfügen über ein größeres soziales Netzwerk und über enge Freund*innen und leben seltener allein im Vergleich zu schwulen Senioren.

Inter* und trans* Senior*innen können sich zu einem „Outing“ genötigt fühlen oder müssen sich erklären, sobald es um ihre Körperlichkeit geht – und das ist in Versorgungseinrichtungen rasch der Fall. Es ist zu beachten, dass nicht alle von ihnen sich geschlechtsangleichenden Operationen unterzogen oder ihren Personenstand in ihrem Pass ihrer Geschlechtsidentität angepasst haben. Studien zu Trans* berichten, dass aufgrund einer Vielzahl möglicher auftretender Komplikationen im Rahmen von genitalen geschlechtsangleichenden Operationen nur eine Minderheit der trans* Personen sich für entsprechende Eingriffe entscheidet. Die (z.T. persistierende) Verweigerung der Kostenübernahme durch Krankenkassen reduziert den Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen für trans* Menschen zusätzlich. Es ist wichtig, dass ein individueller und einfühlsamer Umgang mit einer Transition erfolgt – auch wenn diese bereits abgeschlossen ist. Generell sollen die Erfahrungen der betreffenden trans* oder inter* Person im Umgang mit ihrer geschlechtlichen Identität im Verlaufe des Lebens insbesondere in der pflegerischen Praxis berücksichtigt werden.

Schwule Männer und Trans* sind überproportional von **HIV/Aids** betroffen. Seit circa 20 Jahren gibt es einen kontinuierlichen Anstieg älterer HIV-positiver Menschen. Prognosen zufolge sollen bald schon mehr als die Hälfte der lebenden Menschen mit HIV 50 Jahre und älter sein. Grund hierfür sind der erfreuliche Rückgang der Morbidität und Mortalität von HIV/Aids durch die antiretroviralen Kombinationstherapien. Doch es gibt auch einen Anstieg der HIV-Infektionen in dieser Altersgruppe, jeder sechste Neuinfizierte ist 50 Jahre und älter.

Trotz der mittlerweile guten Therapierbarkeit von HIV/Aids haben ältere Menschen mit HIV ein doppelt so hohes Risiko für Bluthochdruck, Nieren- und Leberprobleme sowie Arthritis gegenüber Nicht-Infizierten in dieser Altersgruppe. Sie haben zudem häufiger ein geringes Einkommen. Viele der HIV-positiven Senior*innen fürchten, im Alter auf Grundsicherung angewiesen zu sein. Sie haben neben den allgemeinen Ängsten von LSBTIQ*-Senior*innen vor Einrichtungen der Altenhilfe (siehe 2.1) oftmals Angst davor, dass im Falle von Pflegebedürftigkeit das Personal schlecht informiert und vorurteilsbeladen gegenüber HIV-positiven Menschen ist. Die gesellschaftliche Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen ist trotz der medizinischen Erfolge kaum zurückgegangen. Noch immer gibt es Diskriminierungen und irrationale Ängste, die mit dieser Erkrankung verknüpft werden.

Im Sinne einer intersektionalen Perspektive (siehe Exkurs oben) kann es im Schnittfeld von Erkrankung (den Körper betreffend) und der sexuellen und geschlechtlichen Identität zu einer verstärkten Scham kommen (schwul *und* HIV-positiv). Wenn Senior*innen sich als HIV-positiv und schwul oder trans* und HIV-positiv outen (müssen), ist je nach Kontext und Situation ein Stigma-Management erforderlich, also ein Umgang mit Stigmatisierung, das sie vor Anfeindungen, Feindseligkeit oder Übergriffen schützt. Im hohen bzw. pflege- oder betreuungswürdigen Alter erfordert dies vom Personal in Einrichtungen der Altenhilfe entsprechende Kenntnisse und Sensibilität (siehe Kap. 2.1.3).

Bei **bisexuellen Senior*innen** soll darauf hingewiesen werden, dass nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch innerhalb der LSBTIQ*-Community

eine geringe Sichtbarkeit der Bisexualität als eine eigenständige sexuelle Identität bzw. von Bisexuellen beobachtbar ist. Auch hier sollte zwischen (bisexueller) Identifikation, (bisexuellem) Verhalten und (bisexueller) Anziehung unterschieden werden. In einer Gesellschaft, in der langlebige Paarbeziehungen die Norm sind, kommt es bei bisexuellen Älteren häufig zu Unverständnis darüber, dass sie Partner*innen verschiedenen Geschlechts haben können – mitunter gleichzeitig (polyamore Beziehungsgeflechte). Die sozialen Netzwerkstrukturen von Bisexuellen sind daher häufig komplex. Diese sozialen Netzwerke – die wichtig sind für eine gute Angehörigenarbeit und soziale Unterstützung im Alter – können im Falle von Betreuung im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit unbekannt bleiben oder übersehen werden.

Studien zu **Trans* und Inter*** zeigen, dass trans* Personen häufig Diskriminierungsereignisse über den Lebensverlauf erleben, die Einfluss nehmen auf das Alter(n) und das Erleben, insbesondere von Gesundheitsversorgung. Diskriminierungen aufgrund der geschlechtlichen Identität, ein belastendes Umfeld schon in der Schule und bei der Erwerbsarbeit, finanzielle Sorgen, soziale Ausgrenzung und mangelnde medizinische Versorgung können in einem großen Ausmaß zu psychischem und körperlichem Stress führen. Trans* und inter* Senior*innen können gar eine Ferne zu medizinisch-psychologischer Versorgung bevorzugen, da viele von ihnen in der Vergangenheit diskriminierende bis hin zu traumatisierende Erlebnisse im Gesundheitsbereich gemacht haben. Daher besteht bei trans* und inter* Senior*innen noch häufiger als bei LSB-Senior*innen eine Gefahr von Re-Traumatisierungen in der Altenhilfe, insbesondere in der Altenpflege.

Ressourcen und Potenziale

Bei allen Unterschieden, die es zwischen LSBTIQ*-Senior*innen gibt und beispielhaft bei den Begrifflichkeiten und den besonderen Lebenslagen bereits thematisiert wurden, so sind auch in Hinsicht auf Ressourcen und Potenziale im Alter Parallelen feststellbar. Aufgrund teilweise ähnlicher Erfahrungen durch erfahrene Diskriminierungen über den Lebensverlauf, die durch Ängste vor Zurückweisung aufgrund des Andersseins gemacht wurden, entwickeln LSBTIQ*-Personen Strategien, Wi-

derstandskräfte und Ressourcen, die ihnen im Alter ebenfalls zur Verfügung stehen und von ihnen für eine gute Lebensqualität genutzt werden. Das Erleben, das Lernen und die Formbarkeit von Erleben und Verhalten über den Lebensverlauf ermöglichen die aktive Gestaltung der Lebensphase Alter und die Bewältigung von Belastungen und Herausforderungen im Alter.

Die in Kapitel 1.3 beschriebene rechtliche und historische Situation hat insbesondere die älteren LSBTIQ*-Personen dem Einfluss negativer Stressoren ausgesetzt, die zu Brüchen und Traumatisierungen geführt haben. Menschen mit solchen biografischen Erlebnissen oder Einbrüchen entwickeln mitunter (durchaus auch raffinierte) Strategien, die ihnen Freiräume und Ressourcen geben, um auch mit negativen Erlebnissen zurechtzukommen. Das kann auch einen Rückzug in eine eigene Welt bedeuten, der in der Altenhilfe manchmal nicht einmal auffällt oder in pflegerischen Praxen zu Irritationen führen kann. LSBTIQ*-Personen entwickeln aufgrund der sexuellen oder geschlechtlichen Identität spezifische Copingstrategien, die eine Anpassung an die „Normalversorgung“ mehr oder weniger erschweren kann.

Eine Resilienz aufgrund überstandener Lebenskrisen und der positiven Erfahrungen über Selbstwirksamkeit in den eigenen sozialen Netzwerken wird bei LSBTIQ*-Senior*innen in der zweiten Lebenshälfte beobachtet. Pflegebedürftige LSBTIQ*-Senior*innen gestalten insbesondere durch das Ausmaß an biografischen Erfahrungen mit ihrer sexuellen und geschlechtlichen Identität selbstbestimmt ihr Leben.

Eingeübte Strategien und Unterstützungsressourcen im Alter sind von biografischen Ereignissen geprägt, beeinflussen das Erleben von Altenhilfeeinrichtungen und das Gefühl von Isolation und Einsamkeit im Alter. Daher ist ein ressourcenorientierter Blick auf die Handlungspraxis in der Altenhilfe von großer Bedeutung, um Potenziale und Ressourcen von LSBTIQ*-Senior*innen zu stärken. Dabei sind insbesondere die Biografiearbeit, die Lebensweltorientierung und die Relevanz der Wahlfamilie (siehe Kap. 3.1.4) und die in Kapitel 3.2 erläuterten Inhalte der Fort- und Weiterbildung zu beachten.

2.3 Pflege für LSBTIQ*-Senior*innen – Pflege für alle

„Wir pflegen jeden gleich und nehmen alle Menschen ganzheitlich und als individuelle Personen wahr“ – so oder so ähnlich ist es oft zu hören, wenn wir auf das Thema LSBTIQ* und Pflege zu sprechen kommen. Das entspricht auch den Maßgaben der pflegerischen Ausbildung und ist grundsätzlich wunderbar. Jedoch erleben Menschen wie LSBTIQ*-Senior*innen Ungleichbehandlungen in ihrem Leben, die ein genaueres Hinschauen erfordern und in der Pflegesituation nicht ignoriert werden sollten.

In Kapitel 2.1 wurde beschrieben, inwiefern LSBTIQ*-Personen die Altenhilfe in der alltäglichen Praxis herausfordern und wie wichtig das Vertrauensverhältnis zwischen dem Personal von Altenhilfeeinrichtungen zu dieser Bevölkerungsgruppe ist. Dies gilt insbesondere für die Pflege. Die ambulante und stationäre Pflege hat – im Vergleich zu Hospizen – einen relativ schlechten Ruf bei LSBTIQ*-Senior*innen: Gegenüber dem Personal werden von LSB-Senior*innen in Umfragen häufig homo- und transfeindliche Einstellungen vermutet und sie haben Angst, als LSBTIQ*-Senior*in nicht sicher zu sein. Aus diesen Gründen befürchten viele, nur eine eingeschränkt gute Pflegequalität zu erhalten. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und UN-Konventionen (siehe Kap. 1.3) stellen jedoch in Aussicht, dass alle Menschen, also auch LSBTIQ*-Senior*innen, eine individuelle und personenzentrierte Versorgung erhalten und eine inklusive Altenhilfe das Ziel eines Wohlfahrtsstaates sein sollte.

Im Grunde wollen LSBTIQ*-Pflegebedürftige – wie alle – „nur“ empathisch, individuell und kompetent gepflegt werden und darüber eine zufriedenstellende Versorgung als Pflegebedürftige erhalten. Diese Kriterien einer guten Pflege richten sich an die professionellen Haltungen und fachlichen Fähigkeiten von Pflegepersonen gegenüber Pflegebedürftigen. In der Pflege etablierte Konzepte wie die empathische Pflege (siehe Bischoff-Wanner 2002) oder der personenzentrierte Ansatz (siehe Kitwood 2000) dienen zusammen mit Verfahren des Care und Case Managements dazu, allen Klient*innengruppen eine gute Pflegequalität garantieren zu können.

Die in den Kapiteln 1 und 2 genannten Aspekte – wie die Hetero- und Cis-Normativität, die besonderen Lebenslagen und biografischen Ereignisse von LSBTIQ*-Senior*innen – sowie erhebliche Mängel in der Pflege generell (Fachkräftemangel etc.) sorgen jedoch dafür, dass ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen oftmals keine zufriedenstellende Pflege- und Lebensqualität (nicht nur) für LSBTIQ*-Senior*innen gewährleisten können.

Wie in Kapitel 2.1 erwähnt, gibt es offensichtliche Parallelen zwischen einer LSBTIQ*-sensiblen Altenhilfe zur „kultursensiblen Altenpflege“, die die Situation von Migrant*innen in der Pflege fokussiert: Oft ist eine „phantasierte Mehrheitsgesellschaft“ der Grund dafür, dass die Pflegeeinrichtungen sich auf eine eher weiße, christliche und heterosexuelle Klientel ausrichten, wodurch „andere“ Lebensweisen dann in der Praxis schnell übersehen werden. Aus diesem Grund ist ein Willkommen sein und ein für die Lebenswelt sensibilisiertes Personal von grundlegender Bedeutung (siehe Kap. 1.3 und 2.1). Um für die Bedarfe von LSBTIQ*-Pflegebedürftigen offen und sensibel zu sein, ist dieses theoretische Verständnis wichtig. Es eröffnet die Möglichkeit, einen Schritt zurückzugehen und bisherige Praxen der Arbeit in der Pflege zu hinterfragen und neu auszurichten. Hier ist die Pflegeprofession mit ihrem Blick auf den Menschen gefordert.

Damit eine Pflegeeinrichtung diversity-sensibel wird, müssen Strukturen, Leitbilder, Gremien, Dokumente und Betriebspolitiken hinterfragt werden. Daher ist ein wichtiger Schritt zur Öffnung der Pflegeeinrichtungen für LSBTIQ*-Senior*innen die Reflexion des bisherigen Handelns und der bisherigen Praxis. Das Instrument des „VielfALT-Scans“, womit ein Fragebogen zur Akzeptanz von LSBTIQ*-Personen in Einrichtungen gemeint ist, hilft hierbei, die Abläufe, Richtlinien und die alltägliche Praxis in der Pflegeeinrichtung zu reflektieren (siehe Kap. 3.1).

LSBTIQ*-Pflegepersonal (also Personal, das selbst LSBTIQ* ist) ist in pflegerischen Einrichtungen als wichtige Ressource zu betrachten – das gilt insbesondere auch im Zusammenspiel mit dem nicht-pflegerischen Personal wie Sozialarbeiter*innen oder Verwaltungsangestellte. LSBTIQ*-Personal kann oftmals die meist vorhandenen Lebenswelt-

kenntnisse von älteren LSBTIQ*-Personen für eine gute Pflege von LSBTIQ* einbringen, den Teilhabebegriff in der Pflege mit Leben füllen und als Ansprechpartner*in tätig sein. Doch gilt es zu beachten, dass diese personelle Ressource nicht z. B. über eine*n LSBTIQ*-Beauftragte*n dafür instrumentalisiert wird, dass der Betrieb als solches sich dem Thema „nicht stellen“ muss, es als „erledigt“ erklärt oder Heterosexuelle aus der Verantwortung entlassen werden. Daher soll in den Fortbildungen ein Diversity Management thematisiert werden, das nicht nur schön klingende Leitbilder diskutiert, sondern Strukturen verändert und die Pflege als solche diskutiert und jenseits geschlechtlicher und sexueller Vielfalt eine personenzentrierte Pflege verfolgt. Hierin liegt auch die Chance, im Pflegealltag selten besprochene und oftmals noch tabuisierte Themen wie den Umgang mit Sexualität im Alter und in der Pflege sowie sexuelle Gewalt in der Pflege (im Verhältnis zwischen Mitarbeitenden und Klient*innen/Bewohner*innen sowie zu biografischen Aspekten bei LSBTIQ*) zu behandeln.

Wie in Kapitel 1.3 und 2.2 bereits beschrieben, unterscheiden sich trans* und inter* Pflegebedürftige von LSB-Personen häufig aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. In Studien werden stigmatisierende Ereignisse, Pathologisierung und Diskriminierungen von trans* Personen durch Ärzt*innen und dem weiteren medizinischem Fachpersonal dargelegt, die häufig in den Abhängigkeitsverhältnissen zwischen medizinischem Personal und trans* Personen begründet liegen und eine unzureichende, nicht selten auch traumatisierende, medizinische Behandlung nach sich ziehen. Auch bei inter* Senior*innen besteht die Gefahr von Re-Traumatisierungen durch problematische Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem in früheren Lebensphasen, bis hin zu menschenrechtsverletzenden Eingriffen – häufig im Säuglings- und Kindesalter –, die massive Vertrauensbeeinträchtigungen mit gesundheitlichen Einrichtungen nach sich ziehen. Die in Kapitel 2.1 beschriebene Problematik des ständigen Erklärens als trans* oder inter* Person erfordert in der Pflegesituation, in der/die Pflegebedürftige sich mitunter nicht mehr erklären können oder abhängig von Dritten sind, fachkundiges Personal, das nicht-normative Körper und Lebenswelten von LSBTIQ*-Personen mitdenkt und mit der erforderlichen Sensibilität ein Vertrauens-



verhältnis zu den Pflegebedürftigen aufbauen kann. Für trans* und inter* Pflegebedürftige ist eine vertrauensvolle und sensible Kommunikation sowie pflegerische wie medizinische Kompetenz auch hinsichtlich der Pflege im Intimbereich, Wund-/Narbenversorgung nach Operationen, hormonellen Medikation, Langzeitfolgen von Hormonen erforderlich (siehe Kap. 2.1.1).

Ein Aspekt, der bei trans* und inter* Senior*innen, aber auch bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Senior*innen von Relevanz ist, ist die Überleitungspflege bzw. das Einzugs- und Entlassungsmanagement. Ist bei der Pflegebedürftigkeit die Fähigkeit und insbesondere im (hohen) Alter häufig nicht mehr die Bereitschaft da, sich als LSBTIQ* zu erklären, so ist die vertrauliche aber auch umfassende Weitergabe von pflegerelevanten Informationen z.B. zwischen Krankenhaus und ambulantem Pflegedienst oder beim Übergang in die stationäre Versorgung unerlässlich. Eine gute Überleitungspflege kann unangenehme und unnötige Fragen verhindern und die Gefahr von Re-Traumatisierung senken. Dazu gehören endokrinologische Behandlung bzw. hormonelle Medikation bei trans* und inter* Personen, aber auch der Umgang mit der sexuellen und geschlechtlichen Identität. Dabei ist die Einhaltung des Datenschutzes, die Vertraulichkeit und die Wahrung der Privatsphäre zu beachten. Die Interaktionen innerhalb des Personals und zwischen Pflegeeinrichtungen dürfen jedoch nicht dazu führen, dass Gespräche mit den Pflegebedürftigen

vermieden werden oder stereotypenhaft über Pflegebedürftige gesprochen wird.

Es wird an den obigen Themen deutlich, dass ein gutes Vertrauensverhältnis und eine adäquate (An-)Sprache wichtig ist für die Pflege von LSBTIQ*-Personen. Das betrifft die Ansprache in Hinsicht auf die Begrifflichkeiten („schwul“ oder „homosexuell“, „trans*“ oder „transgender“, „sie“ oder „er“ etc.), Identifikationen, Benennungspraktiken z. B. bei Genitalanpassungen und natürlich die biografischen Ereignisse und das Erleben der eigenen Biografie. Wie bereits in Kapitel 1.1 beschrieben, ist es von zentraler Bedeutung, dass die von den LSBTIQ*-Senior*innen selbst genutzten Begriffe übernommen werden. Aufnahmegespräche und die Kommunikation im Pflegealltag sowie das Üben von Gesprächen und der Gebrauch geeigneter Dokumente (z. B. zur Aufnahme biografischer Daten, sozialer Netzwerke etc.) sind sinnvoll und sollten Gegenstand von Fortbildungen sein (siehe Kap.3.2). Auch das Sprechen über aktuelles sexuelles Begehren und Wünsche nach Kuscheln, Nähe und Partnerschaft sollte Gegenstand von Fortbildungen, Praxis-Transfer-Coachings und ggf. auch Teambesprechungen sein. Das Heranziehen von Fachberatungsstellen (siehe Kap.3.1.4) ist ein wichtiger Bestandteil interprofessioneller Zusammenarbeit in der Pflege. Aktuelle medizinische Kenntnisse bei HIV/Aids und Langzeitfolgen sind ebenso relevant (siehe „BISS-Index Gute Pflege“ im Anhang).

2.3.1 Neue Wege in Europa und Deutschland: LSBTIQ*-freundliche Initiativen und Projekte

Auch wenn die Anzahl der Initiativen und Projekte für LSBTIQ* im Alter und in der Pflege noch relativ überschaubar ist, hat sich seit einigen Jahren in diesem Themenfeld viel getan. So gab es schon früh lesbische Wohnprojekte („SappHo-Stiftung“, „Beginenhof“ etc.) und später auch schwul-lesbische Wohn- und Pflegeprojekte („Lebensort Vielfalt“ in Berlin). Mit einem Stadtratsbeschluss der Stadt München in 2014 entstand das Projekt zur Öffnung der vollstationären Altenpflege für gleichgeschlechtliche Lebensweisen im „Münchenstift“, einer kommunalen Einrichtung der Altenpflege. Die Stadt München ging damit neue Wege in der kommunalen Altenhilfe und kooperiert aktiv mit den lokalen LSBTIQ*-Organisationen. In den Niederlanden, Großbritannien und Deutschland entstanden in den letzten Jahren Projekte, insbesondere im Bereich der Pflege, die auch Zertifizierungen für Pflegeeinrichtungen anbieten (siehe Kap. 2.3.2). Diese Projekte weisen eine hohe Nachfrage auf und zeigen eindrücklich, dass ein großer Bedarf besteht. Mit dieser vorliegenden Initiative „VielfALT“ – Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen nehmen wir die Erkenntnis eines grundsätzlichen Bedarfs an und erweitern die bestehenden Angebote um solche, die die Altenhilfe generell betreffen. Nicht allein pflegerische Einrichtungen sollen also erreicht werden, sondern auch die offene Altenhilfe. Zudem verstehen sich die Instrumente zur Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen (siehe Kap. 3.1) zunächst als Basisangebot für eine erstmalige Auseinandersetzung mit dem Thema der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt in der Altenhilfe.

2.3.2 Alternative Angebote für die Pflege: Zertifizierungen & Siegel

Für die Altenpflege gibt es bereits einige wenige Projekte und Initiativen, die die Pflegequalität von LSBTIQ*-Personen verbessern sollen, auf die nachfolgend verwiesen wird. So ist als erstes Projekt seiner Art, der „Pink Passkey“ (auch „Roze Loper“) zu nennen. Es ist das weltweit erste Zertifizierungsverfahren für eine LSBTIQ*-freundliche Pflege, welches in den Niederlanden von der LSB-

TIQ*-Organisation COC Nederland und der Seniorenorganisation ANBO entwickelt wurde. Mehr als 100 Pflegeheime in den Niederlanden haben das Auditverfahren bereits genutzt, das u. a. die Unternehmenspolitik und Trainings für das Pflegepersonal beinhaltet. In Deutschland haben zwei Pflegeheime des Frankfurter Verbands für Alten- und Behindertenhilfe e.V. dieses Zertifikat, das für Deutschland in „Regenbogenschlüssel“ umbenannt wurde. Das Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ der Schwulenberatung Berlin hat in Kooperation mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein ähnliches Angebot entwickelt.

Die im Kapitel 3 genannten Komponenten/Instrumente verstehen sich als Basis-Modell für einen ersten Baustein der Auseinandersetzung mit dem Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenhilfe. Zudem richten sie sich nicht allein auf die Altenpflege, sondern auf alle Einrichtungen der Altenhilfe, also auch die offene Altenhilfe und Beratungsdienstleistungen für Senior*innen. Nach der Auseinandersetzung mit dem „VielfALT-Scan“ sollten die jeweiligen Einrichtungen für sich prüfen, welche Maßnahme in Hinsicht auf die vorgestellten Komponenten (Fortbildung, Botschafter*innen oder Öffentlichkeitsarbeit) die nächste ist und ob für Pflegeeinrichtungen ggf. auch eine der o. g. Zertifizierungen oder Siegel in Frage kommt.

2.4 Ziele des AWO-Modellprojekts in Kürze

„Ziel der AWO ist es, in ihren Altenhilfeeinrichtungen ein diskriminierungsfreies Umfeld für LSBTIQ*-Personen zu schaffen, welches von Toleranz, Akzeptanz und Respekt gegenüber den jeweiligen sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten und den damit verbundenen Lebensformen und -weisen geprägt ist. Durch die Implementierung von Fortbildungen, Coachings und Praxisbegleitungen soll das Einrichtungs- und Pflegepersonal für die Zielgruppe LSBTIQ* und ihre Belange sensibilisiert und ein offenes Betreuungsklima ermöglicht werden.“

3 Instrumente zur Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen

Die Instrumente zur Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen umfassen einen „VielfALT-Scan“ (siehe Kap. 3.1), Trainingsmaterial für die Fort- und Weiterbildung des Personals (siehe Kap. 3.2), Checklisten und Informationen für die LSBTIQ*-Botschafter*innen (siehe Kap. 3.3) sowie für die Kooperation vor Ort mit der Öffentlichkeitsarbeit (siehe Kap. 3.4). Der „VielfALT-Scan“ dient der Bewusstwerdung über den derzeitigen Stand der LSBTIQ*-Akzeptanz in den jeweiligen Einrichtungen der Altenhilfe und der LSBTIQ*-relevanten Aktivitäten. Die Materialien für die Botschafter*innen und die Öffentlichkeitsarbeit stellen konkrete Hilfestellungen für die Umsetzung der vorgeschlagenen Aktivitäten in die Praxis dar. Sind weitergehende Maßnahmen von einer Pflegeeinrichtung gewünscht, finden sich unter Kapitel 2.3.2. Informationen zu Zertifizierungen und Siegel zum Thema, die insbesondere pflegerische Einrichtungen fokussieren.

Die genannten Komponenten zur Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen verfolgen einen komplementären Ansatz, der nicht allein dem Personal der Altenhilfe (Wohlfahrtsstaat) oder der*dem LSBTIQ*-Senior*in die Verantwortung

aufträgt, sondern die Ziele des Öffnungsprozesses gesellschaftlich, betrieblich, netzwerkorientiert und individuell begreift. Die Instrumente zur Öffnung der Altenhilfe sollen in diesem Sinne sensibilisieren, Strukturen öffnen bzw. weiterentwickeln und darüber das Unterstützungsnetzwerk ergänzen. Die Abbildung 1 unten soll diesen Ansatz und das Ineinandergreifen der Komponenten veranschaulichen, siehe Abb. 1.

3.1 Der „VielfALT-Scan“ (alternativ: „Diversity-Scan“)

Der „VielfALT-Scan“ sensibilisiert für die LSBTIQ*-Akzeptanz und die bereits ergriffenen Maßnahmen zum Thema und behandelt die Schulungen des Personals. Anhand von sechs Themen soll der „VielfALT-Scan“ den Beteiligten ein praktisches Verständnis ihrer „Performance“ und eine Einordnung hinsichtlich der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt in der jeweiligen Einrichtung vermitteln. Er stimuliert so bereits das Bewusstsein für eine LSBTIQ*-Willkommenskultur. Die für wichtig erachteten Kriterien dafür sind:

- Sichtbarkeit – Leitbilder – Betriebspolitik
- Personalpolitik
- „Geschützte Räume“ und Umgang mit Diskriminierung
- Lebenswelten und Angehörigenarbeit
- „Gute Pflegequalität für LSBTIQ*“ (bei Pflegeeinrichtungen)
- Kooperation und Aktivitäten vor Ort – Arbeit mit Ehrenamtlichen

Nachfolgend werden die Themen vorgestellt, um das Verständnis der jeweiligen Fragen des „VielfALT-Scans“ zu erleichtern. Der eigentliche Scan befindet sich im Anhang und kann bei Bedarf leicht herauskopiert werden. Im Mittelpunkt steht das Ziel, eine Art selbstreflexiven Test für Interessierte und das Personal von Altenhilfeeinrichtungen anzubieten. Eine Bewertung im Sinne einer zu

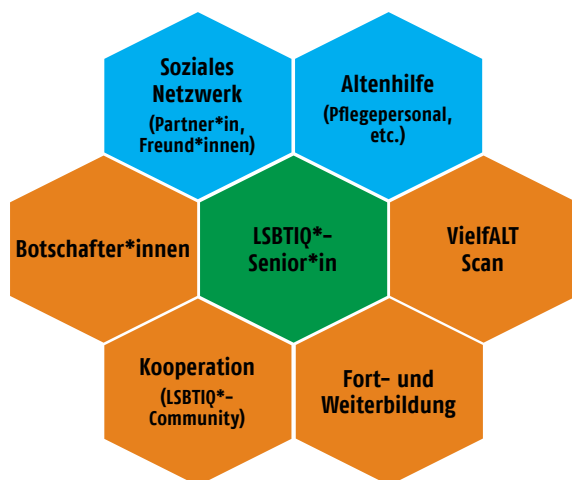


Abbildung 1: Komponenten der Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen



Im Alter nicht allein zu sein – das wünschen sich viele Senior*innen

erreichenden Punktzahl steht nicht im Fokus, sondern eine Selbsteinschätzung der aktuellen Situation und die Diskussion über die jeweiligen Maßnahmen, Aktivitäten und Inhalte (idealerweise im Team siehe Kap. 3.2).

3.1.1 Sichtbarkeit – Leitbilder – Betriebspolitik

LSBTIQ*-Senior*innen wollen – wie Heterosexuelle auch – ihre Lebensqualität im Alter erhalten und so respektiert werden, wie sie sind. Sie wollen auch respektiert werden hinsichtlich ihrer Coming-out-Entscheidungen, die sie im Leben getroffen haben und noch treffen werden. Sie wollen in Sicherheit leben und gesehen werden in ihrer ganzen Person, nicht reduziert auf sexuelle Praktiken, ein Verhalten, eine Identitätskategorie oder geschlechtliche bzw. körperliche Merkmale. Sie wollen nicht übersehen oder verschwiegen werden. Ein (ständiges) Erklären der eigenen Person hinsichtlich der sexuellen oder geschlechtlichen Identität wird von den Betroffenen als mühsam empfunden, im Alter oftmals als lästig und anstrengend. Untersuchungen zeigen uns, dass ein Übersehenwerden, das auch in Altenhilfeeinrichtungen zu beobachten ist, zu Rückzug und Einschränkungen der Lebensqualität führt.

Um eine gute Lebensqualität im Alter und auch eine gute Pflegequalität in der Pflege verfolgen und gewährleisten zu können, ist ein bewusstes Mitdenken von Lebensformen und Identitäten,

die nicht heterosexuell und cisgender sind, unerlässlich. Dazu gehören das Überprüfen von Dokumenten, Leitbildern und Betriebspolitik der jeweiligen Einrichtung (inkl. Nutzung von LSBTIQ*-Symbolen wie der Regenbogenflagge). Sichtbarkeit und eine offene Willkommenskultur sind ein erster Schritt dafür, dass LSBTIQ*-Personen sich willkommen und sicher fühlen können. Die Praxis hat zudem gezeigt, dass nicht allein LSBTIQ*-Personen von Maßnahmen für mehr Sichtbarkeit von LSBTIQ* profitieren. So berichten Pflegeheime, die bereits über eines der in Kapitel 2.3.2 genannten Zertifikate/Siegel verfügen, dass für Eltern von Kindern, die sich als LSBTIQ* identifizieren, die Sichtbarkeit als offene und diversitätssensible Altenhilfeeinrichtung ein Grund für den Einzug war. Der „VielfALT-Scan“ zur Sichtbarkeit und Betriebspolitik zielt darauf ab, diese Aspekte einer Überprüfung zu unterziehen, die bislang genutzten Dokumente und die bisherige Betriebspolitik unter dem Blickwinkel der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt zu betrachten.

3.1.2 Personalpolitik

Das Verhalten und das Engagement der Beschäftigten sind ausschlaggebend für eine erfolgreiche diversitätssensible Politik in einer Altenhilfeeinrichtung. Der „VielfALT-Scan“ greift daher die Fragen auf, ob eine aktive Personaleinstellungspolitik hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Diversität in der Belegschaft besteht. Ferner wird unter dem Aspekt Fort- und Weiterbildung das Personal explizit thematisiert.

Über eine diversity-sensible Personaleinstellungspolitik, die bei den Stellenausschreibungen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt thematisiert und ein Diversity Management, das in der Alltagspraxis und auch in Gremien und Teamsitzungen angewandt wird (siehe Kap. 1.1.4 und 3.1.6), soll in den Einrichtungen der Altenhilfe eine offene Willkommenskultur gelebt und praktiziert werden. Damit werden LSBTIQ*-Mitarbeitende mit ihren Kompetenzen und Erfahrungen als Ressource verstanden.

Eine offen gelebte Willkommenskultur sowohl für LSBTIQ*-Senior*innen als Klient*innen als auch für LSBTIQ*-Mitarbeitende eröffnet im Übrigen auch die Chance, das vermehrt Bewerbungen von LSBTIQ*-Fachpersonal eingehen (Stichwort: Corporate Identity) und eine geringere Fluktuation von Fachkräften erreicht werden kann, wie es in Pflegeeinrichtungen, die bereits über ein LSBTIQ*-Siegel oder -Zertifikat verfügen (siehe Kap. 2.3.2), beobachtet wurde.

3.1.3 „Geschützter Raum und Umgang mit Diskriminierung“

LSBTIQ*-Senior*innen wollen in Sicherheit leben und als LSBTIQ*-Personen ohne Angst vor Diskriminierung oder gar Übergriffe ihr Leben gestalten und an der Gesellschaft teilhaben. Dieses Ziel erfordert es, dass sie auch die jeweilige Einrichtung der Altenhilfe als einen „geschützten Raum“ wahrnehmen und sie dort „so sein dürfen“ wie sie sind. Die Sicherheit betrifft die individuelle Umwelt, den Umgang mit dem Personal (ggf. auch mit den Mitbewohner*innen) und die Öffentlichkeit gleichermaßen. Sie beinhaltet auch die Möglichkeit, andere LSBTIQ*-Personen zu treffen, in einer Umgebung, in der sexuelle und geschlechtliche Vielfalt akzeptiert ist („sich sicher fühlen“). Der „VielfALT-Scan“ greift diese Aspekte auf und thematisiert daher u. a. die Personalpolitik, Schulungen und Richtlinien, die zum einen zur Gewährleistung der Sicherheit und von „geschützten Räumen“ sinnvoll sind und zum anderen im Falle von Beeinträchtigungen Hilfestellungen geben, um die Betroffenen – ob Personal, Bewohner*innen oder Klient*innen – nicht allein zu lassen und ggf. Diskriminierungen abstellen zu können. Bei stationären Einrichtungen gibt es Besonderheiten, auf die der „VielfALT-Scan“ nicht eingehen

konnte, da sie für die ambulanten Dienste oder die offene Altenhilfe nicht gelten. In den stationären Einrichtungen sollten daher eigeninitiativ ggf. Hausordnungen oder Heimbeiräte in die Überprüfung der Dokumente einbezogen werden.

3.1.4 Lebenswelten und Angehörigenarbeit

Wird bei heterosexuellen Senior*innen für die soziale und pflegerische Unterstützung im Alter meist auf die Unterstützung der Pflege durch Kinder, Ehepartner*innen und andere Verwandte gesetzt, so ist dies bei LSBTIQ*-Senior*innen oftmals nicht so eindeutig. Die Forschung zu diesem Thema sagt uns, dass die Relevanz freundschaftlicher Netzwerke bei LSBTIQ*-Personen und Pflegebedürftigen eine größere Bedeutung hat. Mittels der Beziehungen zu Freund*innen und (früheren) Partner*innen gestalten LSBTIQ* ihre „Wahlfamilie“ – ein Begriff, der in Abgrenzung von der biologischen Familie zu verstehen ist.

LSB-Senior*innen sind häufiger als Heterosexuelle kinderlos, alleinlebend und Single (siehe Kap. 1.2) und sie sind im Erwerbsleben und in der Freizeit immer mal wieder z. B. „die einzige Lesbe“, oder empfinden „anders“ in Hinsicht auf das Aussehen, geschlechtliche Zuschreibungen oder geschlechtsspezifisches Verhalten. Das prägt ihr Leben und die „Wahlfamilie“ hilft insbesondere bei der Bewältigung dieses Minoritätenstresses (siehe Kap. 2.2). Die kulturelle Identität, also das Zugehörigkeitsgefühl als einzelner Mensch oder als soziale Gruppe, ist für LSBTIQ*-Senior*innen – neben Partner*innen – stark geprägt von der Wahlfamilie, den Freund*innen, die oft selbst lesbisch, schwul, bi, trans* oder inter* sind.

Was bedeutet das z. B. für die Angehörigenarbeit? Wie steht es um die Pflegequalität in pflegerischer Versorgung, wenn keine nahen Angehörigen oder Bezugspersonen da sind, die um Hilfe gebeten werden können bei einem Gang zu einer „einschlägigen“ Veranstaltung oder die mal vorbei kommen können und gucken, ob auch eine gute Pflege geleistet wird?

Die häufige Angst von LSB, im Falle von Pflege wieder in den „Schrank zu müssen“, sich wieder verstecken und den Lebensstil aufgeben zu müs-

sen, kann mit der Ressource der „Wahlfamilie“ entgegnet werden. Aber auch trans* und inter* Personen, die womöglich gar nicht erst „aus dem Schrank herausgezerrt“ werden wollen, haben vielfach eine Wahlfamilie und einen Freundeskreis, die/der über ihre Trans- bzw. Intergeschlechtlichkeit Bescheid weiß und in dem es keine „Geheimnisse“ zu wahren gilt. Es wird deutlich, dass bei diesen Fragen die Wahlfamilie eine herausgehobene Bedeutung für LSBTIQ* erlangt. Aus diesem Grund geht der „VielfALT-Scan“, aber auch die Inhalte der Fort- und Weiterbildung, das Kapitel zu Botschafter*innen und Kooperationen vor Ort, auf diesen Aspekt konkret ein. Ferner ist die Angehörigenarbeit bei LSBTIQ*-Personen von Relevanz, wenn Isolation und Einsamkeit im Alter vermieden werden sollen. Hierbei ist auch eine intergenerationale Angehörigenarbeit sinnvoll, da LSBTIQ*-Senior*innen meist – wie alle Senior*innen – über altershomogene Freundschaftsnetzwerke verfügen, das heißt, dass ihre Freund*innen oft der gleichen Generation angehören und als Unterstützungspersonen aufgrund eigener Erkrankungen ausfallen können. Die explizite Benennung einer (oder mehrerer vertrauter) Kontaktperson(en), die im Notfall erreicht werden kann/können, ist für LSBTIQ*-Senior*innen unerlässlich. Um die soziale Teilhabe in Freizeit und Gesellschaft zu fördern und zu sichern, soll auf ein möglichst vielfältiges soziales Netzwerk von Beziehungen und Kontakten geachtet werden. Am Beispiel von älteren Bisexuellen, die im Laufe ihres Lebens auch Partner*innen unterschiedlichen Geschlechts (mitunter gleichzeitig) haben/hatten, ist so eine komplexe soziale Netzwerkstruktur, die nicht so schnell z. B. in einem Aufnahmegespräch zu erfassen ist, leicht vorstellbar (siehe Kap. 2.2).

3.1.5 Gute Pflegequalität für LSBTIQ* (bei Pflegeeinrichtungen)

Seit Einführung der Pflegeversicherung und insbesondere durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (siehe Kap. 1.3.1) wird vom Personal verlangt, sich mit der Haltung der Personenzentrierung und Biografieorientierung in der Pflege und speziellen Anforderungen von Klient*innengruppen auseinanderzusetzen und passgenaue Lösungen zu entwickeln. Insofern kann das Pflegepersonal im Grunde an Erfahrungen und eingeübtes Wissen anknüpfen. Der „VielfALT-Scan“ greift die bereits

erwähnte Angehörigenarbeit sowie Inhalte der Fortbildungen auf, um die pflegerische Fachlichkeit im Umgang mit LSBTIQ*-Pflegebedürftigen weiterzuentwickeln. Auch die gendersensible Pflege ist ein wichtiger Aspekt einer guten Pflegequalität für LSBTIQ*-Senior*innen. Doch ist eine gute Pflegequalität nur im Zusammenhang mit allen Themenbereichen des „VielfALT-Scans“ zu erreichen. Die Fragen zu diesem Themenbereich Pflege beziehen sich ausschließlich auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Zu inhaltlichen Ausführungen siehe Kapitel 2.3.

3.1.6 Kooperationen und Aktivitäten vor Ort – Arbeit mit Ehrenamtlichen

„Um Kinder zu erziehen, braucht es ein ganzes Dorf“. So beschreibt ein afrikanisches Sprichwort die Komplexität der Erziehung eines Kindes. Nicht weniger komplex ist es mit der Lebens- und Pflegequalität eines Menschen, der auf eine vielfältige und ereignisreiche Biografie zurückblicken kann. Ein gutes Leben im Alter ist von vielen Faktoren abhängig und das Alter ist voller Herausforderungen – dabei sollen die Beschäftigten und Ehrenamtlichen in der Altenhilfe möglichst zielgenau Unterstützung leisten.

Um für Personengruppen wie LSBTIQ*-Senior*innen eine gute Lebensqualität im Alter zu erreichen, ist – wie bei anderen Senior*innen – mehr als nur das Personal von Altenhilfeeinrichtungen nötig. Allein ist das Personal schnell überfordert. Daher thematisiert bereits der „VielfALT-Scan“ Kooperationen und Aktivitäten vor Ort. Denn der Öffnungsprozess soll – auch über LSBTIQ*-Personen hinaus – einen Beitrag für attraktivere Einrichtungen der Altenhilfe leisten. Er soll einen Beitrag für mehr Lebendigkeit in den Einrichtungen leisten und dabei auch die Nachbarschaft einbeziehen. Außerdem soll das Personal sich helfen lassen (dürfen). Dadurch eröffnet sich die Chance, beispielsweise durch Unterschiede bei den Lebensformen, Türöffner z. B. für Diskussionen rund um Sexualität zu schaffen und Menschen zusammenzubringen – auch generationsübergreifend. Insbesondere Besuchs- und Mobilitätsdienste für LSBTIQ*-Senior*innen sind eine wichtige mögliche Unterstützung bei der sozialen Teilhabe (siehe Besuchsdienste für LSBTIQ* im Anhang). Über diese Aktivitäten und Maßnahmen, die auch die Check-



Multiplikator*innen des Modellprojekts „Queer im Alter“ der AWO während einer Fortbildung in Berlin

listen im Anhang beinhalten, sollen beispielsweise die beschriebenen Anforderungen einer guten Angehörigenarbeit für LSBTIQ*-Senior*innen adressiert werden. Daher wird die Zusammenarbeit mit Botschafter*innen außerhalb der Einrichtungen und die konkrete Kooperation mit lokalen LSBTIQ*-Organisationen aufgegriffen. Wir wollen darüber insbesondere einen Beitrag dazu leisten, dass auch fernab von LSBTIQ*-Metropolen wie Berlin oder Köln in kleineren Orten mit einer geringeren Dichte an LSBTIQ*-Organisationen und -Angeboten die Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen gelingen kann (siehe auch Kap. 3.3 und 3.4).

3.2 Fort- und Weiterbildung

Ein zentrales Element der Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen ist die Fort- und Weiterbildung des Personals. Damit ist nicht nur eine einzelne Berufsgruppe gemeint oder einzelne möglicherweise „Zuständige“. Das ganze Personal, von Geschäftsführer*in über Hauswirtschaftspersonal bis Pförtner*in, soll nach Möglichkeit mit den Themen der Fortbildungen adressiert werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei den Fort- und Weiterbildungen ist die Nachhaltigkeit des Wissenserwerbs. Es sollen nicht nur einmalige Seminare durchgeführt werden, sondern regelmäßige

Veranstaltungen, die einen Großteil des Personals der Altenhilfeeinrichtung erreichen. Auf wichtige Inhalte der Fort- und Weiterbildungen wird nachfolgend eingegangen.

Ziel der Fort- und Weiterbildungen ist es, dass das Personal für die in Kapitel 1 und 2 aufgeführten Inhalte sensibilisiert wird, um sexuelle und geschlechtliche Diversität erkennen und mögliches homo-, bi- und transfeindliches Verhalten problematisieren und ggf. abstellen zu können. Denn Unwissenheit führt zu fehlender Akzeptanz, während Wissen zu Akzeptanz und Kompetenz im Umgang (nicht nur) mit LSBTIQ*-Personen führt. Das Bewusstsein und die Weiterentwicklung von Wissen und Kompetenzen sind also zentrale Bausteine der Fortbildungsmaßnahmen. Sie sollen auch Emotionen, Intimität, Beziehungen, Kommunikationsfähigkeiten sowie Standards und Werte hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Diversität enthalten. Die Kompetenz, eigenes Handeln zu reflektieren und das Handeln in Bezug auf LSBTIQ*-Senior*innen im Alltag beobachten zu können, erfordert die Bewusstwerdung über persönliche Werte, Unsicherheiten, Ängste, Stereotype und über das eigene Wissen bzw. Nichtwissen. So ist auch das Sprechen über Körperlichkeit und Begehren häufig tabuisiert. Das Wissen über biologische individuelle Entwicklungen ist nötig, um in eine professionalisierte Haltung z. B. bei der In-

tergeschlechtlichkeit zu gelangen. Zudem sollen Trainings im Rahmen des Projekts die Selbstreflexion von Pflegenden stärken und ihre Sinne für LSBTIQ* schärfen. Erkenntnisse dazu sollten auch in der Biografiearbeit und in der Pflegeplanung übernommen werden und beispielsweise weit gefasste Begrifflichkeiten und Biografiebögen nach sich ziehen (siehe hierzu auch Gerlach & Schupp 2018).

Aspekte der vorangegangenen Kapitel wie die Ziele des Öffnungsprozesses, demografische Angaben zu LSBTIQ*-Senior*innen, die historischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen sowie der Sinn einer inklusiven Altenhilfe sollen gemeinsam erlernt, diskutiert und reflektiert werden. Dazu gehört die Überprüfung der eigenen Leitbilder der Einrichtung. Die Begrifflichkeiten zu LSBTIQ* bis hin zur erläuterten Hetero- und Cis-Normativität sollen in den Fortbildungen thematisiert werden – inklusive der dazu notwendigen Reflexion hierzu in Hinsicht auf die eigenen betrieblichen Standards und die erlebte Alltagspraxis in der Altenhilfe. Auch das Verhältnis von LSBTIQ*-Senior*innen zur Altenhilfe, besondere Lebenslagen und die Ressourcen und Strategien von alten und hochaltrigen LSBTIQ*-Erwachsenen sind Gegenstand der Fortbildungen.

Hinsichtlich der Fachlichkeit im pflegerischen Bereich wird auf Kapitel 2.3 hingewiesen sowie auf den „BISS-Index – gute Pflege“ für homosexuelle Pflegebedürftige und HIV-positive Menschen (siehe Link im Anhang). Dieser Index identifiziert wichtige Diversity-Merkmale wie die subjektorientierte Pflege, die Schulung von Mitarbeitenden der Pflege, die Sichtbarkeit und Willkommenskultur in Pflegeeinrichtungen und die Berücksichtigung genderspezifischer Bedürfnisse.

Die weiteren Komponenten des Öffnungsprozesses, der „VielfALT-Scan“ (siehe Kap. 3.1), das Botschafter*innen-Modul (siehe Kap. 3.3) und die Kooperationsarbeit vor Ort (siehe Kap. 3.4), sind mögliche Inhalte, die Anlass zur Auseinandersetzung mit dem Thema geben können. So ist der „VielfALT-Scan“ ein Instrument, das Verantwortliche in der Einrichtung der Altenhilfe stellvertretend für den Betrieb ausfüllen können. Die Ergebnisse des Scans und die Übersetzung der Fragen auf die eigene Einrichtung sind geeignet, um im Team darüber zu diskutieren und weitere Maß-

nahmen gemeinsam zu beratschlagen. Sozialarbeiterische oder pflegerische Aspekte der Fachlichkeit zum Thema können beispielsweise im Team erarbeitet werden. Für ein gelingendes Lernen und eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit den Themen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ist eine vertrauliche Atmosphäre im Team eine Voraussetzung.

Die Sensibilität für die Sichtbarkeit sowie die Ressourcen und Bedarfe von LSBTIQ*-Personen sollte möglichst gemeinsam in Teams erzielt werden. Hierbei ist das Personal, das sich selbst als LSBTIQ* identifiziert, als Ressource zu betrachten, da es im Allgemeinen einen relativ hohen Kenntnisstand zur Lebenswelt von LSBTIQ*-Personen mitbringt und über vielfältige Erfahrungen mit diesem Thema verfügt. Ein Zwangsoouting oder eine Zwangsrekrutierung von Mitarbeitenden ist hierbei in jedem Falle zu vermeiden. Die Auseinandersetzung sollte möglichst im gesamten Team erfolgen. Das Führen von sensiblen und zielführenden Gesprächen zwischen Personal und Klient*in – ob bei der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung, in der alltäglichen Kommunikation und der Biografiearbeit – ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildungen sowie der Praxis-Transfer-Coachings (siehe Kap. 2.1.3).

Insbesondere in pflegerischen Einrichtungen der Altenhilfe ist die Fluktuation des Personals ein Grundproblem und Ursache für wiederkehrende Beschwerden von Klient*innen von Pflegediensten und Bewohner*innen in stationären Einrichtungen. Aus diesem Grund sind die oben erwähnte Regelmäßigkeit von Fort- und Weiterbildung, das Erreichen auch von eher bildungsfernen sowie nicht-pflegerischem Personal und Auffrischungsseminare notwendig. Die in Kapitel 3.3 genannten Botschafter*innen und die in Kapitel 3.4 genannten Aktivitäten und Kooperationen vor Ort sind Komponenten, die für eine wiederkehrende Auseinandersetzung mit den Themen hilfreich sind. Das Qualitätsmanagement im Betrieb ist hierbei zu integrieren. Die Nachpflege der Fortbildungsinstrumente, die fortwährende Pflege von Lehrmaterialien und deren Aktualisierung auf der Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und rechtlicher Regelungen ist erforderlich, um eine Verstetigung des Lernerfolgs und den Öffnungsprozess insgesamt nicht zu gefährden (siehe Kap. 6). Auf spezifische Konzepte der Bildungsar-

beit zu LSBTIQ* und zur Aufklärung und Beratung zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt sollte zurückgegriffen werden (siehe Schmauch 2016 und Czollek et al. 2009).

3.3 Botschafter*innen-Modul: Checkliste und Informationsmaterialien

Das Botschafter*innen-Modul ist für den lebensweltorientierten Ansatz zur Öffnung der Altenhilfe von zentraler Bedeutung. Denn die LSBTIQ*-Botschafter*innen sollen in Kooperation mit den lokalen LSBTIQ*-Organisationen Aktivitäten anstoßen und zusammen mit der Einrichtung einen aktiven Bezug zu Lebenswelten von LSBTIQ*-Senior*innen herstellen. Sie sollen darüber Sichtbarkeit von geschlechtlicher und sexueller Vielfalt schaffen, Diskussionen initiieren und den Kontakt der Altenhilfeeinrichtung mit lokalen LSBTIQ*-Organisationen herstellen und verstetigen. Darüber soll eine Lebendigkeit und eine höhere Offenheit der jeweiligen Einrichtungen gefördert werden und ggf. auch für das Quartier attraktive Angebote für die Altenhilfe und für nicht pflege- oder betreuungsbedürftige ältere LSBTIQ* entstehen. Jede Einrichtung, die an dem Öffnungsprozess teilnimmt, soll in Zusammenarbeit mit LSBTIQ*-Vereinen vor Ort oder entsprechenden Verbänden im Bundesgebiet mindestens eine*n Botschafter*in gewinnen und darüber Hilfestellung für den Umgang mit LSBTIQ* erhalten (die Botschafter*innen sollten idealerweise Interesse am Thema Altern haben oder selbst Senior*innen sein). Die „Botschafter*innen“-Checkliste im Anhang soll den Botschafter*innen dabei helfen, ihren Beitrag zur Öffnung der Altenhilfe zu leisten. Das Personal ist angehalten, mittels der Materialien den Kontakt zu LSBTIQ*-Organisationen vor Ort und zu LSBTIQ*-Personen zu suchen. Sofern dieser Kontakt noch nicht besteht oder Angebote (wie z. B. ein LSBTIQ*-Besuchsdienst) noch nicht in Angriff genommen wurden, sollte mit entsprechenden bundesweiten Verbänden Kontakt aufgenommen werden (siehe Kap. 3.4 und Liste der Organisationen im Anhang). Privatpersonen oder LSBTIQ*-Verbände sind ausdrücklich eingeladen, an die Altenhilfeeinrichtungen heranzutreten, um eine Zusammenarbeit zu initiieren.

Die Idee der Botschafter*innen kommt aus den Niederlanden. Die dort ansässigen Organisator*innen

des „Pink Passkeys“ (siehe Kap. 2.3.2) haben vielfältige Erfahrungen mit Botschafter*innen („Ambassadors“) gemacht. Für die deutschen Einrichtungen regen wir deshalb an, dass sich die Einrichtungen zu ihren Erfahrungen mit dem Botschafter*innen-Modul zur Öffnung der Altenhilfe austauschen. So sind zum Beispiel Expert*innen-workshops mit Beteiligten und Interessierten vor Ort denkbar oder ein Austausch zwischen Einrichtungen in Deutschland. Gegenseitige Information über erfolgreiche oder weniger erfolgreiche Initiativen und Aktivitäten dienen der Qualität des Instruments und sollten mit dem jeweiligen Verband ausgetauscht und nachvollzogen werden.

3.4 Kooperation vor Ort und Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffnung der Altenhilfe bzw. ihrer Einrichtungen kann nur gelingen, wenn auch die Öffentlichkeit von den (neuen) Aktivitäten erfährt. Zum einen sollen über die Aktivitäten zur sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt LSBTIQ*-Senior*innen vor Ort von dem Angebot informiert werden und auch ggf. als Klient*innen geworben werden. Zum anderen sollen darüber die Anbindung der Altenhilfeeinrichtung im Quartier gefördert und weitere Unterstützungsquellen geschaffen werden, die die Isolation und Einsamkeit (nicht nur) von LSBTIQ*-Senior*innen mindern und die soziale Teilhabe fördern helfen. Auch hierfür ist im Anhang eine Checkliste für vielfältige Kooperationsmaßnahmen und Aktivitäten entwickelt worden, die Ideen für geeignete Aktivitäten unterbreitet (siehe Checkliste „Kooperation vor Ort“). Diese Checkliste ist im Team und ggf. mit Botschafter*innen oder den LSBTIQ*-Vereinen vor Ort zu nutzen.

Ein Entwurf einer Pressemitteilung für die örtliche Presse soll die Öffentlichkeitsarbeit hierzu erleichtern. Das Instrument der Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit ist insbesondere auch für kleinere Städte und den eher ländlichen Räumen geeignet, um eine Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen zu wagen (siehe Kap. 3.1.6 und 3.3). Sollten keine LSBTIQ*-Vereine oder Organisationen vor Ort verfügbar sein, können bundesweite LSBTIQ*-Verbände und Fachberatungsstellen kontaktiert werden (siehe Links und Organisationen).

4 Transfer in die verschiedenen Einrichtungen und Serviceformen der Altenhilfe

Bei der Versorgung und Betreuung von LSBTIQ*-Senior*innen sind einrichtungsbezogene Unterschiede der jeweiligen Einrichtungen, insbesondere ambulante und stationäre Pflege sowie offene Altenhilfe und Beratung zu beachten. Betreffen die in Kapitel 2.3.2 beschriebenen Siegel und Zertifikate nur pflegerische Einrichtungen, so ist das Ziel dieses Projekts, die Instrumente für alle Altenhilfeeinrichtungen anbieten zu können. So ist der „VielfALT-Scan“, der in Kapitel 3.1 beschrieben wird, nicht nur für pflegerische Einrichtungen geeignet, sondern auch für Beratungsstellen oder „Seniorenbegegnungsstätten“. Auf einrichtungsbezogene Unterschiede soll nachfolgend kurz eingegangen werden.

4.1 „VielfALT“ in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe

Aufgrund der Maßgaben des SGB XI und V sowie der in Kapitel 1.3.1 beschriebenen altenhilfespezifischen Regelungen besteht eine gesetzliche Verantwortung des Wohlfahrtsstaates zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Es handelt sich hierbei um professionelle Settings mit rechtlichem Versorgungsanspruch seitens der Pflegebedürftigen. Aus diesem Grund sind ambulante wie stationäre Pflegeeinrichtungen ein zentrales Feld der Altenhilfe. Die in Kapitel 3 genannten Instrumente zielen auf diese Einrichtungen ab und mit Kapitel 3.1.5 und einem Themenblock Pflege im „VielfALT-Scan“ gibt es Inhalte, die nur auf Pflegeeinrichtungen abzielen. Sie werden mit der besonderen Verantwortung und Abhängigkeitssituation sowie den Bedarfen von LSBTIQ*-Senior*innen illustriert (siehe Kap. 2.1.3).

4.2 „VielfALT“ in der offenen Altenhilfe, der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Beratung

Im Gegensatz zur pflegerischen Versorgung oder der Kinder- und Jugendhilfe, die im Sozialgesetzbuch geregelt ist, sind die Verantwortlichkeiten in der offenen Altenhilfe oder daraus ableitbare Ansprüche für Senior*innen kaum geregelt. Die offene Altenhilfe ist ein relativ junger Zweig der deutschen Fürsorgegeschichte, erfährt kaum Koordination in Bund und Ländern und gilt meist als freiwillige Aufgabe der Kommunen – womit die offene Altenhilfe sehr abhängig von der Finanzkraft der jeweiligen Kommune ist. Die Mittel hierfür sind insgesamt übersichtlich. Typische kommunale Einrichtungen oder Aktivitäten sind soziokulturelle Angebote, Beratung, Hilfevermittlung und Wohnraumversorgung. Der Öffnungsprozess für LSBTIQ*-Senior*innen und die in Kapitel 3 genannten Instrumente beziehen sich insbesondere auf die Seniorenbegegnungsstätten und die Wohn- und Pflegeberatung (inkl. Pflegestützpunkte). Die o. g. Instrumente und Fragen, die allein pflegerische Einrichtungen thematisieren, können daher ignoriert werden. Alle anderen in Kapitel 3 aufgeführten Komponenten können und sollen genutzt werden, um auch eine Öffnung der offenen Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen zu erreichen. Das in Kapitel 3.3 beschriebene Botschafter*innen-Modul sollte abhängig von der Ausrichtung der Einrichtung eingesetzt werden.

5 Sterbebegleitung und Abschiedskultur

Stationäre und ambulante Hospize bzw. die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sind mittlerweile ein gut entwickelter Bereich der Altenhilfe, der ebenso für LSBTIQ*-Senior*innen offenstehen soll. Die Selbstbestimmung am Ende des Lebens ist auch für LSBTIQ*-Personen von großer Bedeutung. Untersuchungen zeigen interessanterweise, dass Hospize im Vergleich zur ambulanten wie stationären Pflege für schwule Männer eher auf die Bedürfnisse von LSBTIQ*-Senior*innen vorbereitet sind. Diese antizipierten Annahmen sind vermutlich darin begründet, dass Hospize stärker als Pflegeheime und ambulante Pflegedienste einem individuellen Ansatz im pflegerischen Alltag gerecht werden können.

Auch in Konzepten zu Sterbebegleitung und in Leitbildern von Hospizen werden Themen wie sexuelle und geschlechtliche Vielfalt nur selten aufgegriffen. Daher ist der „VielfALT-Scan“ für diese Einrichtungen und die Reflexion darüber auch bei der Sterbebegleitung und Abschiedskultur sinnvoll.

Einige wenige Studien zu dem Thema zeigen, dass die Sichtbarkeiten von LSBTIQ*-Klient*innen in der ambulanten wie in der stationären Versorgung am Lebensende auch hier von Bedeutung sind. Es zeigten sich eine spezifische Vulnerabilität sterbender LSBTIQ*-Klient*innen und die Relevanz der sexuellen und geschlechtlichen Identität in der pflegerischen Praxis und im Umgang mit den Angehörigen. Oftmals werden Themen wie Religiosität, Spiritualität, Erbschaftsfragen, Beerdigung tabuisiert. Sie werden nicht selten Gegenstand von Konflikten zwischen Herkunfts- und Wahlfamilien. Verwandte und Personal in Altenhilfeeinrichtungen bevorzugen – mitunter vor dem Hintergrund rechtlich unklarer Situationen – traditionelle Vorgehensweisen bei der Abschiedskultur, die die Lebenswelten und Beziehungsstrukturen von LSBTIQ* nicht adäquat abbilden. Hierzu sei daher auf die Problematik von Hetero- und Cis-Normativität sowie auf die Bedarfe und Ausführungen zu Lebenswelten und Angehörigenarbeit von LSBTIQ*-Senior*innen in Kapitel 2 und 3 verwiesen.



6 Impulse für Nachhaltigkeit und Verstetigung

Die bisherigen Kontakte in die Politik und zu den Fachverbänden sind für die Etablierung des Prozesses zur „Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*“ von zentraler Bedeutung – denn eine Modellruine hilft niemandem. Mit den Instrumenten und dem veröffentlichten Material soll erreicht werden, dass die beteiligten Wohlfahrtsverbände, Fachverbände und LSBTIQ*-Organisationen das Konzept und die dazugehörigen Instrumente zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen bundesweit einsetzen und diese darüber flächendeckend implementiert werden. Ferner sollen Maßnahmen zur Verstetigung des Modellprojekts „Queer im Alter“ und zur Qualitätssicherung von den jeweiligen Mitgliedsverbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. ergriffen werden.

Als konkreten Beitrag für eine Verstetigung des Öffnungsprozesses sind die Instrumente zu betrachten, die über eine fortwährende Fort- und Weiterbildung sowie eine Reflexion von Strukturen in der Altenhilfe, den jeweiligen Einrichtungen und der Leitbilder auf eine Weiterentwicklung von Altenhilfe abzielen (siehe Kap. 3.1 und 3.2). Dies hängt jedoch von den Akteur*innen auf nationaler und kommunaler Ebene ab und bedarf des Engagements aller.

Zu verweisen ist auf neue Lehrbücher, Artikel und Schulungs- und Lehrmaterialien aus der Wissenschaft und von senior*innenspezifischen Fachverbänden wie BISS und Dachverband Lesben und Alter, die die Umsetzung auch in der Zukunft unterstützen (siehe Quellen, weiterführende Literatur, Links und Materialien sowie Adressen im Anhang). Mit der konzeptionellen Ausrichtung, dass diese Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ* nicht allein für LSBTIQ* von Interesse ist, sondern eine personenzentrierte Pflege fördern kann, soll es auch Diskussionen zu einer besseren Pflegequalität in Deutschland anstoßen.

7 Fazit: Vielfalt als Chance für eine gute Pflege für alle

Das Beispiel von LSBTIQ*-Senior*innen verdeutlicht die Notwendigkeit, eine personenzentrierte Pflege nicht nur für LSBTIQ*, sondern für alle gewährleisten zu können. Hierin liegt vor dem Hintergrund veränderter Lebens- und Familienformen und häufigeren Alleinlebens auch das Potenzial für die Weiterentwicklung bisheriger Pflegekonzepte und -angebote. So kann ein Öffnungsprozess in Altenhilfeeinrichtungen für die Zielgruppe LSBTIQ* als Chance für die Pflege in Deutschland verstanden werden.

Positive Effekte einer offenen gelebten Willkommenskultur für LSBTIQ*-Personen und das Personal von Altenhilfeeinrichtungen sind vielfältig und betreffen u. a. die höhere Lebens- und Pflegequalität von LSBTIQ*-Senior*innen oder die nachgewiesene geringere Abwanderung und Fluktuation von Fachkräften in der Pflege. Die Umsetzung der Instrumente in die Praxis ist ein aktiv gesteuerter mittelfristiger Prozess, der ein gleichwürdiges Miteinander und eine inklusive, offene, ambulante und stationäre Altenhilfe zum Ziel hat.

Insbesondere für vulnerable Personengruppen, also Menschen, die Sorge haben, keine gute Versorgung oder Betreuung zu bekommen, und Angst haben, auf Vorurteile und Diskriminierung zu stoßen, sind diversity-sensible Altenhilfeeinrichtungen eine Option. Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen, die sich als LSBTIQ*-sensibel zu erkennen geben, machen einen Unterschied – für die Betroffenen und die Altenhilfe insgesamt. Frei nach einer australischen Broschüre für LSBTIQ*-freundliche Einrichtungen kann es folgendermaßen zusammengefasst werden: *Sie müssen uns nicht sagen, dass sie lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter* oder queer sind, aber sie können!* Hierin zeigt sich eine Willkommenskultur, die sich idealerweise nicht nur in Dokumenten und Broschüren der Einrichtung zeigt, sondern auch in den Aktivitäten in und um Altenhilfeeinrichtungen und nicht zuletzt in der Kompetenz des Personals.

Denn Pflegeeinrichtungen können erst dann von sich behaupten, eine ethische und mithin gute Pflege für alle zu gewährleisten, wenn es ihnen gelingt, auch besonders verletzlichem sozialen Gruppen das Gefühl zu vermitteln, auf ihre Bedarfe werde eingegangen, sie seien geschützt und müssten sich nicht ausgeliefert fühlen.

Quellen

- Almack, Kathryn; Crossland, John (2018): Erfahrungen von LSBTI*-Patient_innen am Ende ihres Lebens. Die Situation Sterbender in England und Erkenntnisse der Studie „The Last Outing“. In: *Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, 23(3), 245–261
- Appenroth, Max Nicolai; Castro Varela, María do Mar (Hg.) (2019): *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: Transcript
- Bischoff-Wanner, Claudia (2002): *Empathie in der Pflege: Begriffserklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells*. Bern: Huber
- Bochow, Michael (2005): *Ich bin doch schwul und will das immer bleiben. Männerschwarm*. Hamburg
- Bochow, M.; Lenuweit, S.; Sekuler, T.; Schmidt, A.J. (2012): *Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten*. Deutsche Aidshilfe, Berlin
- Braukmann, Stefanie; Schmauch, Ulrike (2007): *Lesbische Frauen im Alter – ihre Lebenssituation und ihre spezifischen Bedürfnisse für ein altengerechtes Leben. Forschungsbericht des gFFZ*, Frankfurt a. M.
- Castro Varela, María do Mar (2016): *Altern Andere anders? Queere Reflexionen*. In: Lottmann, R.; Lautmann, R.; Castro Varela, M. d. M. (Hg.): *Homosexualität_en und Alter(n)*. Wiesbaden: Springer VS, 51–67
- Cook-Daniels, Loree (2016): *Understanding Transgender Elders*. In: Harley, D.; Teaster, P. (Hg.): *Handbook of LGBT Elders – An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies*. Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing
- FRA (2014): *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. European Union Agency for Fundamental Rights
- Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2018): *Homosexualitäten in der Langzeitpflege. Eine Theorie der Anerkennung*. Berlin: Peter Lang
- Gerlach, Heiko; Szilant, Christian (2017): *Schwule im Alter. Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg*. Wiesbaden: Springer VS
- Hänsch, Ulrike (2003): *Individuelle Freiheiten – heterosexuelle Normen in Lebensgeschichten lesbischer Frauen*. Opladen: VS
- 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(3), 211–228
- Kitwood, Tom (2000): *Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber
- Krell, Claudia (2014): *Alter und Altern bei Homosexuellen*. Weinheim: Beltz Juventa
- Lautmann, Rüdiger (2016): *Die soziokulturelle Lebensqualität von Lesben und Schwulen im Alter*. In: Lottmann, R.; Lautmann, R.; Castro Varela, M. d. M. (Hg.): *Homosexualität_en und Alter(n)*. Wiesbaden: VS Verlag, 15–50
- Lautmann, Rüdiger (2012): *Eine Lebenswelt im Schatten der Kriminalisierung – der Homosexuellenparagraph als Kollektivschädigung*. In: LADS (Hg.): *§ 175 StGB – Rehabilitation der nach 1945 verurteilten homosexuellen Männer*. Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Berlin, 71–93
- Linschoten, Manon; Lottmann, Ralf; Lauscher, Frédéric (2016): *„The Pink Passkey“*. Ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBTI*-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen. In: Lottmann, R.; Lautmann, R.; Castro Varela, M. d. M. (Hg.): *Homosexualität_en und Alter(n)*. Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Wiesbaden: Springer VS, 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*, 23(3), 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(1), 53–63
- Mahler, Claudia (2018): *Rechte älterer Menschen: Langzeit- und Palliativpflege, Autonomie und Selbstbestimmung: die Gruppe Älterer; Definitionsmöglichkeiten: Fachgespräche zur Vorbereitung der 9. Sitzung der UN Open Ended Working Group on Ageing (OEWG-A) 2018*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoa-61505-9>
- Meyer, Ilan H. (2007): *Prejudice and Discrimination as Social Stressors*. In: I. H. Meyer/M. E.
- Northridge, Mary E. (Hg.): *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. Boston: Springer, 242–267
- Hammerschmidt, Peter (2010): *Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial(hilfe)politik*. In: Auer, K.; Karl, U. (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden: VS Verlag, 19–31
- 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*. Forschungszentrum Demografischer Wandel (FZDW) der Fachhochschule Frankfurt a. M.
- Schmauch, Ulrike (2016): *Auf dem Weg zur Regenbogenkompetenz*. In: Borchardt, I., Reinhold, H. (Hg.) (2016): *Homosexualität in der Familie. Handbuch für familienbezogenes Fachpersonal*. Köln: Familien- und Sozialverein des Lesben- und Schwulenverbandes in Deutschland, 37–45
- Schweizer, Katinka; Vogler, Fabian (Hg.) (2018): *Die Schönheiten des Geschlechts. Intersex im Dialog*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag
- Stummer, Gabi (2014): *Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule. Informationen für die Professionelle Altenpflege*. Köln: Schriftenreihe des Rubicon e.V.: Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule in NRW
- van Caenegem, E.; Wierckx, K.; Elaut, E.; Buysse, A.; Dewaele, A.; Van Nieuwerburgh, F.; De Cuypere, G.; T'Sjoen, G. (2015): *Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium*. *Arch Sex Behav*, 44(5):1281–7
- van Kampen, Sanne Christine; Lee, William; Fornasiero, Mauro; Husk, Kerry (2017): *The proportion of the population of England that self-identifies as lesbian, gay or bisexual: producing modelled estimates based on national social surveys*. *BMC Res Notes*, 10:594
- Walgenbach, Katharina (2012): *Intersektionalität – eine Einführung*. www.portal-intersektionalitaet.de
- Zeyen, Tamara-Louise; Lottmann, Ralf; Brunnett, Regina; Kiegelmann, Mechthild (Hg.) (2020): *LSBTIQ* und Alter(n)*. Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Weiterführende Literatur

- Anders altern: sexuelle Vielfalt. Informationsdienst Altersfragen (2016), Heft 1
- Czollek, Leah Carola; Perko, Gudrun; Weinbach, Heike (2009): Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder. Weinheim und München: Juventa-Verlag
- Fredriksen-Goldsen, Karen; Kim, Hyun-Jun; Emlen, Charles; Muraco, Anna; Erosheva, Elena; Hoy-Ellis, Charles; Goldsen, Jayn; Petry, Heidi (2011): The Aging and Health Report. Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. Institute for Multigenerational Health
- Kollak, Ingrid; Schmidt, Stefan (2016): Instrumente des Care und Case Management Prozesses. Heidelberg: Springer
- Landeshauptstadt München (2004): Unterm Regenbogen Lesben und Schwule in München, Ergebnisse einer Befragung durch die Landeshauptstadt München, München. www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:c-b6a4d97-2896-4378-affb-f661602cf7db/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.
- 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>
- Plötz, Kirsten (2006): Lesbische ALTER-nativen. Alltagsleben, Erwartungen, Wünsche. Königstein i. T.: Ulrike Helmer Verlag
- Porter, Kristen; Ronneberg, Corina; Witten, Tarynn (2013): Religious affiliation and successful aging among transgender older adults: Findings from the Trans MetLife Survey. Journal of Religion, Spirituality & Aging, 25(2), 112–138
- Schäfer, Christine (2010): Zwischen Nachkriegsfrust und Aufbruchslust. Lesbisches Leben in München in den 1950er bis 1970er Jahren. Sieben Biografien. Forum Homosexualität München

Anhang

Instrument „VielfALT-Scan“

„VielfALT-Scan“ – Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen		
Themenbereiche	erfüllt (ja/nein)	inwiefern/ womit/ wodurch?
Sichtbarkeit – Leitlinien – Betriebspolitik		
Es gibt ein – öffentlich zugängliches – Leitbild oder Leitlinien der Einrichtung, das/die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt benennt/ benennen und Sichtbarkeit für LSBTIQ* herstellt/herstellen.		
In Leitbildern oder Leitlinien der Einrichtung wird explizit festgehalten, dass der Mensch in allen seinen Facetten / seiner Vielfalt / als Individuum im Mittelpunkt des Handelns steht.		
In Leitlinien und Leitbildern der Einrichtung wird LSBTIQ* als gleichwertige Lebensform anerkannt/benannt und Begriffe wie sexuelle und/oder geschlechtliche Identität genutzt.		
Es gibt für das Personal der Einrichtung Informationsmaterial und ggf. auch Fachliteratur zu LSBTIQ* bzw. zu sexueller und geschlechtlicher Identität.		
Es gibt öffentlich zugängliche Zeichen, Symbole (Regenbogenflagge etc.) oder Broschüren der Einrichtungen, die auf LSBTIQ* explizit eingehen oder mit dem Thema offensichtlich verknüpft sind.		
Es gibt in der Einrichtung öffentlich zugängliche Regeln oder Leitlinien, wie im Falle von Diskriminierungen oder Gewalt gegenüber LSBTIQ* (Klient*innen und Personal) gehandelt werden soll.		
Personalpolitik		
In Dokumenten zur Personalpolitik der Einrichtung wird die Vielfalt der Mitarbeitenden (z. B. auf ein Diversity Management) genannt und auch in Hinsicht auf LSBTIQ* erläutert.		
In Stellenausschreibungen wird auf die Vielfalt/Diversität bei Mitarbeitenden und Klient*innen/Kund*innen hingewiesen?		
Es gab in den letzten beiden Jahren konkrete Fortbildungen oder Fortbildungsangebote für das Personal zu den Themen geschlechtliche und sexuelle Vielfalt.		
Es gibt ein LSBTIQ*-Netzwerk, einen –Stammtisch oder eine –Ansprechperson in der Einrichtung, die für das eigene LSBTIQ*-Personal sichtbar ist und als Kontakt zur Verfügung steht.		

Themenbereiche	erfüllt (ja/nein)	inwiefern/ womit/ wodurch?
„Geschützte Räume“ und Umgang mit Diskriminierung		
Die Einrichtung verfügt über konkrete interne Regeln und Leitlinien im Falle von Diskriminierung und Gewalt gegenüber LSBTIQ*-Klient*innen oder -Personal.		
Klient*innen oder deren Angehörige (auch Nicht-Verwandte) und Mitarbeitende können sich im Falle von LSBTIQ*-betreffender Diskriminierung oder Gewalt an eine Vertrauens- oder Kontaktperson wenden.		
Es wird darauf Wert gelegt, dass alle Klient*innen (ggf. Bewohner*innen) ein Recht darauf haben, ihre Sexualität auszuleben, wie sie es wollen (inkl. Gewährleistung der Privatsphäre).		
Es gibt geschlechtsneutrale sanitäre Anlagen (z. B. Unisex-Toiletten).		
Lebenswelt und Angehörigenarbeit		
Es wurden in den letzten 12 Monaten Beiträge zur Lebensweltorientierung von LSBTIQ*-Senior*innen geleistet (Filmabende zu LSBTIQ*-Themen, Tanz- oder Erzählcafé von oder für LSBTIQ*-Senior*innen).		
Dokumente wie Biografiebögen oder andere Dokumente zur Ermittlung von biografischen Informationen sind auf die Lebenswelt und Angehörigenarbeit mit LSBTIQ*-Senior*innen eingestellt (expliziter Einbezug von Freund*innen und Lebenspartner*innen, Begriff „divers“ bzw. Sternchen „*“).		
Pflege – ambulant und stationär (bei Pflegeeinrichtung und palliativer Versorgung)		
Es gab in den letzten beiden Jahren mind. eine Fortbildung zum Themenbereich LSBTIQ* bzw. sexuelle und geschlechtliche Vielfalt und Pflege in der Einrichtung.		
Es gab in den letzten beiden Jahren mind. eine Fortbildung in der Einrichtung zum Themenbereich HIV/Aids oder eine pflegerelevante/medizinische Fortbildung zu Trans* und Inter*.		
Die Einrichtung kooperiert mit Gesundheitsanbietern oder steht in Kontakt mit Beratungsorganisationen, die auf das Thema LSBTIQ* und Pflege spezialisiert sind.		
Die Einrichtung steht in Kontakt zu Sexualassistent*innen, die Bedürfnisse zum sexuellen Begehren, KuscheIn, Intimität bedienen können. Diese Angebote sind offen für Senior*innen jeder sexuellen oder geschlechtlichen Identität.		
Es ist sichergestellt, dass für alle LSBTIQ*-Klient*innen/Bewohner*innen eine Person im Notfall bereitsteht, die kontaktiert werden kann und auch das Vertrauen der jeweiligen zu pflegenden Person besitzt (idealerweise auch für Sterbebegleitung und Abschiedskultur).		

Themenbereiche	erfüllt (ja/nein)	inwiefern/ womit/ wodurch?
Kooperation und Aktivitäten vor Ort – Öffnung der Einrichtung, Arbeit mit Ehrenamtlichen		
Die Einrichtung arbeitet mit LSBTIQ*-Organisationen vor Ort zusammen (für Veranstaltungen zum Themenbereich LSBTIQ*, als Ansprechpartner*in).		
Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung informiert über die Aktivitäten für LSBTIQ*-Senior*innen.		
Die Organisation hat eine*n LSBTIQ*-Botschafter*in (oder Ehrenamtliche), die*der Anregungen in die Einrichtungen bringt und als Vertrauensperson fungieren kann bzw. mit der gemeinsame Aktivitäten (z. B. gegen soziale Isolation) durchgeführt werden.		

Checkliste Botschafter*innen

- Habe ich eine Ansprechperson in der Altenhilfeeinrichtung, an die ich mich grundsätzlich und auch in Zukunft wenden kann?
- Habe ich Kontakt zu LSBTIQ*-Personal in der Altenhilfeeinrichtung und kann ich dazu beitragen, dass dieses für andere Mitarbeitende und ggf. Klient*innen sichtbar ist? (z. B. LSBTIQ*-Mitarbeiterde-Stammtisch)?
- Habe ich Kontakt zu einem LSBTIQ*-Besuchsdienst oder kann ich zu einer Gründung eines entsprechenden Angebots beitragen?
- Und habe ich die Kontaktdaten an die jeweilige Altenhilfeeinrichtung weitergegeben?
- Liegen in der Einrichtung öffentlich sichtbar Broschüren zum Thema LSBTIQ* bzw. zur geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt aus?
- Wenn keine Broschüren ausliegen oder sichtbar sind: Habe ich meiner Ansprechperson in der Einrichtung diese gegeben? (siehe Anhang der Konzeption)
- Habe ich Fort- und Weiterbildungsangebote mit den Zuständigen besprochen? (inklusive Angebot von Fort- und Weiterbildung bzw. Vermittlung von Trainer*innen, Inhalte gemäß Curricula)
- Habe ich Beiträge zur Lebensweltorientierung von LSBTIQ*-Senior*innen initiiert/organisiert/in Planung? (siehe nachfolgende Beispiele)
 - Film- oder Theaterabende zu LSBTIQ*-Themen
 - Tag der offenen Tür zu LSBTIQ*-Themen/für LSBTIQ*-Personen und Interessierte
 - Erzähl- oder Tanzcafé zu LSBTIQ*-Themen/für LSBTIQ*-Personen und Interessierte
 - Chor- oder Singveranstaltungen mit LSBTIQ*-Chören
 - Themenbezogene Mottopartys (z. B. für Jung und Alt)
 - Stadtführung oder Ausstellung in Einrichtung bzw. Besuch entsprechender Ausstellungen
 - Kooperationen mit religiösen Glaubensgemeinschaften zu LSBTIQ*-Themen und Spiritualität
 - Einrichtung eines ständigen Treffpunkts/Stammtischs/Cafés von und mit LSBTIQ*-Senior*innen und Interessierten – offen auch für die Öffentlichkeit
 - Veranstaltung und Aktivität in Zusammenarbeit mit lokalen LSBTIQ*-Vereinen oder Gruppen – z. B. einen „Abend zum anderen Ufer“ auf einer Kleinkunstabühne im Ort oder Vereinssitzungen dieser Gruppen
- Habe ich einen Kontakt zu Sexualassistent*innen hergestellt, die Bedürfnisse zum sexuellen Begehren, Kuschneln, Intimität bedienen können?
- Habe ich einen Kontakt zu einer Ansprechperson, Expert*in, Hospizen hergestellt, die in Fragen von Sterbebegleitung und Abschiedskultur von LSBTIQ*- Personen erreichbar ist/sind?
- Habe ich diesen Kontakt (zu Sterbebegleitung und Abschiedskultur) an die Einrichtung weitergegeben?
- Habe ich Mitstreiter*innen, die mich bei meiner Botschafter*innen-Tätigkeit unterstützen, falls ich mal verhindert bin, ausfalle oder weil es zu mehreren mehr Spaß macht?

Checkliste Kooperationsarbeit – Öffnung der Altenhilfeeinrichtung

- Gibt es Ansprechpersonen in der LSBTIQ*-Community vor Ort, an die ich mich grundsätzlich und auch in Zukunft wenden kann (z. B. LSBTIQ*-Gruppen, Stammtische, Vereine)?
- Haben wir Ansprechpersonen in der LSBTIQ*-Community regional oder in Deutschland, an die ich mich grundsätzlich und in Zukunft wenden kann (z. B. LSBTIQ*-Verbände, Fachstellen, Vereine, Beratungsstellen)?
- Kennen wir als Einrichtung offen lebende LSBTIQ*-Mitarbeitende, die uns in Fragen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt unterstützen können? (Achtung: kein Zwangsouting, keine Zwangsverpflichtung, keine „Entsorgung“ des Themas auf diese Personen – LSBTIQ* muss Aufgabe der gesamten Einrichtung bleiben!)
- Arbeiten wir mit einem LSBTIQ*-Besuchsdienst zusammen oder kann ich zu einer Gründung eines entsprechenden Angebots beitragen?
- Liegen in der Einrichtung öffentlich sichtbar Broschüren zum Thema LSBTIQ* bzw. zur geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt aus? (auch Angebote bei der Öffentlichkeitsarbeit wie Websites etc.)
- Wenn keine Broschüren ausliegen oder sichtbar sind, habe ich diese bestellt? (siehe Anhang der Konzeption)
- Haben wir Beiträge zur Lebensweltorientierung von LSBTIQ*- Personen in Kooperation mit LSBTIQ*-Vertreter*innen geleistet/in Planung? (siehe nachfolgende Beispiele)
 - LSBTIQ*-Verein/Verband vor Ort
 - LSBTIQ*-Verein/Verband national
 - mit LSBTIQ*-Einzelpersonen, die Aktivität freiwillig bereitstellen
 - mit örtlichem Kino (Filme zu LSBTIQ*-Themen), Museen etc.
 - Einrichtung eines ständigen Treffpunkts/Stammtischs/Cafés von und mit LSBTIQ*-Personen und Interessierten – offen auch für die Öffentlichkeit
 - mit Fachärzten/Fachpraxen, die zu Themen wie HIV/Aids, endokrinologischen Fragen oder geschlechtsangleichenden Operationen fortbilden oder Themenabende anbieten (ggf. auch Apotheken)
- Haben wir einen Kontakt zu einer Ansprechperson, Expert*in, Hospizen, die in Fragen von Sterbebegleitung und Abschiedskultur mit LSBTIQ*- Personen erreichbar ist/sind?
- Sollten wir diesen Kontakt zu Sterbebegleitung und Abschiedskultur von LSBTIQ* Personen, an die Einrichtung weitergeben?
- Haben wir einen oder mehrere LSBTIQ*-Botschafter*innen, die uns ehrenamtlich – bei den genannten Themen – unterstützen? (ggf. ergänzende Nutzung der Checkliste „Botschafter*innen“)
- Kann ein Runder Tisch „Versorgung von LSBTIQ*-Senior*innen“ vor Ort gegründet werden (z. B. in Kooperation mit LSBTIQ*-Vereinen, kommunalen Vertreter*innen, Ärzt*innen, Kultureinrichtungen, Besuchsdiensten etc.)?
- Sollten wir in der lokalen Presse, in unseren Newslettern und auf unserer Website auf unsere Aktivitäten hinweisen (siehe Muster Pressemitteilung)?
- Haben wir in der einschlägigen LSBTIQ*-Presse oder in LSBTIQ*-Magazinen auf unsere Aktivitäten (oder z. B. einem LSBTIQ*-Zertifikat) hingewiesen (siehe Muster Pressemitteilung)?
- Können wir einen Tag der offenen Tür zum Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Kooperation mit LSBTIQ*-Personen und Vereinen organisieren?

Muster-Pressmitteilung

Wir wollen mehr Vielfalt wagen! Wir wollen unsere Einrichtung für LSBTIQ* öffnen. *[Name der Einrichtung]* will das Ziel einer inklusiven Altenhilfe [Pflege, Beratung etc.] erreichen. Das bedeutet eine inklusive Altenhilfe, die nicht ausgrenzt, gesundheitliche und soziale Menschenrechte achtet und es schafft, ganzheitlich auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Menschen bedarfsgerecht einzugehen. Das heißt für uns, dass auch lesbisch, schwule, bisexuelle und trans*, intergeschlechtliche und queere Senior*innen (LSBTIQ*) mit ihren individuellen Lebensgeschichten und Bedarfen gesehen und berücksichtigt werden sollen.

Manche mögen jetzt sagen: „Spielt sexuelle und geschlechtliche Identität denn noch eine Rolle, wenn man alt und pflege- oder betreuungsbedürftig ist?“ Wir sagen ja!

Wissenschaftliche Studien berichten davon, dass LSBTIQ*-Senior*innen in der Praxis der Altenhilfe häufig übersehen werden, weil wir im Alltag z. B. oft davon ausgehen, dass alle Menschen heterosexuell sind. Das kann dazu führen, dass sich LSBTIQ*-Personen in den „normalen“ *[Pflegeheimen/ Pflegediensten/Beratungsstellen]* nicht wohlfühlen. Sie haben Angst davor, nicht gut gepflegt zu werden. Sie haben Angst davor, sich nicht zeigen zu können, wie sie sind. Einige schrecken davor zurück, Bilder von Partner*innen zu zeigen. Andere können oder wollen sich nicht immer wieder erklären müssen, weil sie alt oder gebrechlich sind. Viele haben Angst davor, Vorurteilen und Stereotypen ausgesetzt zu sein, wenn sie sich nicht mehr wehren können.

Wir wollen auf diese Ängste und Bedarfe Rücksicht nehmen und LSBTIQ*-Personen willkommen heißen! Wir haben uns hier in *[Name der Einrichtung]* mit der Thematik beschäftigt *[ggf. Fortbildungen gemacht etc.]*. Mit unserem Angebot *[Name oder Art des Angebots]* wollen wir ein Zeichen setzen: LSBTIQ*-Senior*innen sind bei uns wie alle anderen Senior*innen willkommen. Wir wollen voneinander lernen und zuhören. *[ggf. weitere Informationen zum jeweiligen Angebot z. B. Termin des Tages der offenen Tür, des Filmabends, des Starts des Erzähl- oder Tanzcafés]*. Bei diesem Angebot kooperieren wir mit *[LSBTIQ*-Einrichtung vor Ort/Verband]*.

Wir wollen mehr Vielfalt in *[Name der Einrichtung]* wagen, weil wir davon überzeugt sind, dass ein „Mehr“ an Vielfalt und Biografie nicht nur für sog. „Minderheiten“ oder frühere „Randgruppen“ mehr Lebenszufriedenheit bringen kann, sondern allen Menschen. Uns ist eine bedarfsgerechte Versorgung oder Betreuung im Alter wichtig. Unterstützen Sie uns, diesen Weg weiter zu gehen. Wenn Sie als Ehrenamtliche*r diese/s Angebot/Aktion unterstützen wollen, nehmen Sie mit uns Kontakt auf!

Glossar¹

Bisexuell

Als bisexuell bezeichnen sich Menschen, die sowohl Frauen als auch Männer lieben und/oder begehren (bi = doppelt, beide). Es ist eine Selbstbeschreibung der eigenen sexuellen Orientierung bzw. Identität.

Cis-Normativität

Cis-normativ handelt eine Institution oder Person, wenn alle Menschen als cisgender gesehen werden, also trans* oder inter* nicht als Möglichkeit (mit-)gedacht werden.

Cisgender

Cisgender bezieht sich auf das lateinische Wort „cis“ für „diesseits“ im Kontrast zu „trans“ (lat.), womit „jenseits“ oder „über hinaus“ gemeint ist. Cisgender bezeichnet demzufolge Menschen, die sich mit dem Geschlecht identifizieren, dem sie bei Geburt zugeordnet wurden.

Diversity

Der englische Begriff bedeutet Vielfalt, Vielfältigkeit, Verschiedenheit. Im Zusammenhang mit Antidiskriminierungsmaßnahmen bezeichnet Diversity ein Konzept, das Vielfalt als Potenzial begreift: Es setzt auf die Verschiedenheit und Individualität der Menschen und steht zudem für einen respektvollen und wertschätzenden Umgang untereinander. Diversity Management, das in der Wirtschaft weite Verbreitung erfuhr, bringt Vielfalt mit Unternehmenserfolg in Verbindung und fokussiert den Vorteil gemischter Teams und die Verbesserung von Chancengleichheit. Die Differenzierungsmerkmale betreffen häufig Geschlecht und Ethnie und bislang eher selten sexuelle Orientierung/Identität, Alter, Behinderung und Religion.

Coming-out

Wenn eine lesbische, schwule oder bisexuelle, trans* oder inter* Person sich dazu entschließt, ihre sexuelle oder geschlechtliche Identität nicht mehr zu verheimlichen, sondern darüber zu sprechen, wird dieser Schritt als Coming-out bezeichnet. Es wird mitunter unterschieden zwischen der inneren Coming-out-Phase, in der die eigenen Gefühle und Wünsche wahrgenommen und auch anerkannt werden, und der äußeren Coming-out-Phase, in der zunächst Freund*innen und dann weiteren Menschen das Lesbisch-, Schwul- oder Trans*sein mitgeteilt wird. Coming-out ist ein lebenslanger Prozess, weil mit jeder neuen Begegnung eines Menschen erneut die Entscheidung zu treffen ist, ob und wenn ja, wie die eigene sexuelle oder geschlechtliche Identität bekannt gemacht oder erklärt wird.

Heteronormativität

Heteronormativität besteht dann, wenn eine Institution oder eine Person so handelt, als wären alle Menschen heterosexuell. Es werden dabei Zuschreibungen vorgenommen, die in der heterosexuellen Mehrheitsgesellschaft vorherrschen. Der Begriff beschreibt und kritisiert die Zwei-Geschlechter-Ordnung und deren Normierung von Geschlecht und Sexualität.

Inter*

Inter* steht für intergeschlechtliche oder intersexuelle Menschen, die mit Variationen der Geschlechtsmerkmale gebo-

ren werden. Das Sternchen (*) steht für unterschiedliche Selbstdefinitionen und Identitäten. Inter* betrifft die Beschaffenheit des jeweiligen Körpers, das Körperbild, die Organe und Hormone, was auch die Entwicklung des Körpers im Laufe des Lebens beinhalten kann, die angeblich außergewöhnlich verläuft oder nicht wie erwartet.

Lesbisch

Als lesbisch bezeichnen sich Frauen, die Frauen lieben und/oder begehren. Lesbisch ist eine Selbstbeschreibung der eigenen sexuellen Orientierung bzw. Identität. Der Begriff „Lesbe“ wurde früher oft als Schimpfwort oder in herabwürdigender Weise verwendet und wird auch noch bis heute als Schimpfwort gebraucht. Inzwischen wird der Begriff von lesbischen Frauen selbstbewusst als Selbstbezeichnung benutzt.

Schwul

Als schwul bezeichnen sich Männer, die Männer lieben und/oder begehren. Schwul ist eine Selbstbeschreibung der eigenen sexuellen Orientierung bzw. Identität. Der Begriff „schwul“ oder „Schwuler“ wurde früher als Beleidigung oder in herabwürdigender Weise benutzt und wird auch noch bis heute als Schimpfwort verwendet. Inzwischen wird der Begriff von schwulen Männern selbstbewusst als Selbstbezeichnung benutzt.

Pansexuell (omnisexuell)

Pansexuell bezeichnen sich Menschen, die in ihrem Begehren keine Vorauswahl nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität treffen. Der Begriff Pansexualität leitet sich von der griechischen Vorsilbe „pan“ (gesamt, umfassend, alles) ab.

Queer

Queer bedeutete ursprünglich „seltsam“ oder „komisch“. Als queer bezeichnen sich Personen, die ihre sexuelle Orientierung und/oder ihre Geschlechtsidentität als quer zur vorherrschenden Norm beschreiben. Seit einigen Jahrzehnten wird der Begriff als Selbstbezeichnung benutzt, der Identitätskonzepte hinterfragt. Es ist ein dynamischer Begriff und kann als Haltung verstanden werden. Für viele ist es ein Synonym für LSBTIQ*, aber er ist nicht damit gleichzusetzen. Queer umfasst auch nicht-binäre, pan- und asexuelle Lebensweisen.

Trans* (transgender, transident, transsexuell)

Als trans* bezeichnen sich Menschen, wenn deren Geschlechtsidentität von dem Geschlecht abweicht, dem sie bei der Geburt zugeordnet wurden. Das Sternchen (*) steht dafür, sämtliche Identitätsformen, Selbstbezeichnungen und Lebensweisen einzubeziehen. Trans* ist ebenso ein Oberbegriff für mehrere Trans*-Identitäten und -Lebensweisen (transgender, transgeschlechtlich, transsexuell etc.). Darunter werden auch solche Menschen gezählt, die sich jenseits der klassischen Geschlechterrollen einordnen, z. B. als nicht-binär. Der Begriff Transsexualität (auch Transsexualismus) stammt aus dem Bereich der Medizin. Um zu verdeutlichen, dass es nicht allein um Sexualität, sondern um Identität geht, wurde der Begriff transident geprägt. Als Transgender bezeichnen sich Personen, die ihre Geschlechtsidentität jenseits der Zwei-Geschlechter-Ordnung leben. Transsexualität ist keine sexuelle Orientierung: Transmänner und Transfrauen leben und lieben heterosexuell, lesbisch, schwul oder bisexuell.

1 Das Glossar ist mit Unterstützung von Begriffsklärungen u. a. von der Magnus-Hirschfeld-Stiftung entstanden. Dort finden Sie auch weitere empfehlenswerte Glossare zum Thema (<http://hirschfeld-kongress.de/blog/glossar.html>)

Nicht-binär

Als nicht-binär bezeichnen sich Menschen, die sich jenseits der binären Geschlechternorm verorten, die sich nicht eindeutig dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugehörig empfinden oder hierzu in einem Findungsprozess sind.

Transition

Der Begriff Transition bezieht sich auf den Prozess der Geschlechtsangleichung. Dabei handelt es sich um medizinische Maßnahmen, die dazu dienen, primäre oder sekundäre Geschlechtsmerkmale an eine Norm anzugleichen.

Wahlfamilie

Mit Wahlfamilie sind freundschaftliche Netzwerke bei LSBTIQ*-Personen gemeint, die eine große Bedeutung für die soziale Unterstützung im Alter haben. Mittels der Beziehungen zu Freund*innen und (früheren) Partner*innen gestalten LSBTIQ*-Personen ihre „Wahlfamilie“ – ein Begriff, der in Abgrenzung von der biologischen Familie, „Herkunfts-familie“ oder „Kernfamilie“, zu verstehen ist.

Besuchsdienste für LSBTIQ*-Senior*innen (Stand: 2019)

Berlin

Besuchsdienst „Zeit für Dich“ für ältere frauenliebende Frauen (RuT Berlin): <https://rut-berlin.de/zeit-fuer-dich/besuchsdienst/>
Besuchsdienst für schwule und bisexuelle Senior*innen „Mobiler Salon“ der Schwulenberatung Berlin: <https://schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/alter-aelterwerden/>
Besuchsdienst für ältere trans* Menschen (im Aufbau begriffen): www.transinterqueer.org

Frankfurt a. M.

Rosa Paten – Besuchsdienst für schwule Senioren, Tel. 069-133 879 30, E-Mail: rosapaten@ag36.de

München

Das Schwule Patenprojekt! Begleit- und Besuchsdienst für schwule Senioren: https://www.subonline.org/schwul_in_muenchen/beratung/patenschaften_fuer_aeltere_schwule/

Bundesweit ggf. relevant

Freunde alter Menschen e.V. Mit Tausenden von Mitgliedern weltweit engagieren sie sich gegen Einsamkeit und Armut im Alter: <https://www.famev.de>

Adressen und Organisationen im Internet

Anders leben. Anders altern. ALTERNative Netzwerke für ältere Lesben und Schwule in Köln. rubicon e.V. www.rubicon-koeln.de
<https://www.rubicon-koeln.de/Alter.477.0.html>

BiNe – Bisexuelles Netzwerk e.V. <https://www.bine.net/>

BISS – Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. www.schwuleundalter.de

Bundesvereinigung Trans* e.V. <https://www.bv-trans.de>

Dachverband Lesben und Alter e.V. www.lesbenundalter.de
kontakt@lesbenundalter.de

Intergeschlechtliche Menschen e.V. <https://www.im-ev.de/>

GLADT e.V. Selbstorganisation von Schwarzen und People of Color Lesben, Schwulen, Bisexuellen, queeren und trans* Personen und solchen mit Migrationsgeschichte www.gladt.de

LSVD Lesben und Schwulenverband Deutschland www.lsvd.de

Netzwerk LSBTIQ Baden-Württemberg <https://netzwerk-lsbtqi.net/>

Rosa Alter www.rosa-alter.de

Roze Loper/Pink Passkey: www.rozezorg.nl

RuT – Rad und Tat – Offene Initiative Lesbischer Frauen e.V. <http://rut-berlin.de>

SAFIA e.V. Lesben gestalten ihr Alter info@safia-ev.de

SAPPhO Frauenwohnstiftung www.sappho-stiftung.de/projekte-aktivitaeten/lesben-wohnprojekte/

Schwulenberatung Berlin (2018): www.schwulenberatungberlin.de
info@schwulenberatungberlin.de
Diversitycheck: schwulenberatungberlin.de

TransInterQueer e.V. Beratung, Gruppen, Fortbildungen und Veranstaltungen von und für trans*, inter* und queer lebende Menschen und Besuchsprojekt für ältere trans*, inter* und queere Menschen www.transinterqueer.org

Materialien und Links zu Projekten

Broschüren der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V.:
BISS-Index – gute Pflege; Diversity-Merkmale einer „guten Pflege“ für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV: <http://schwuleundalter.de/download/biss-index-gute-pflege/>

Broschüren des Dachverbands Lesben und Alter e.V. <https://www.lesbenundalter.de/themen/csd-ist-fuer-alte-da/>

Broschüre zur Dokumentation der 7. Fachtagung 2017– „Wie wir wurden, was wir sind, lesbisches Leben im Alter“: <https://www.lesbenundalter.de/themen/csd-ist-fuer-alte-da/>

Broschüre zu Pflege und Unterstützung im Alter vom Netzwerk LSBTIQ Baden-Württemberg: <https://netzwerk-lsbtqi.net/themen/pflege>

Broschüren und Initiativen der Schwulenberatung Berlin: <https://schwulenberatungberlin.de>

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: <https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta/>

„VielfALT“ – Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen • Leitfaden und Instrumente für die Praxis

CSD ist für Alte da (eine Veröffentlichung von BISS und dem Dachverband Lesben und Alter e.V.):
<https://csd-ist-fuer-alte-da.de/>

Erklärfilm zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt:
<https://interventionen.dissens.de/materialien/erklaerfilm>

Film „DIE ZEIT IST REIF – Für eine selbstbestimmte Sexualität im Alter“

<https://www.sexualitaet-im-alter.de>
https://www.youtube.com/watch?v=rgraot_DGqs

Film für Schulen zu Intersexualität: <https://www.filmsortiment.de/das-dritte-geschlecht/dvd/unterrichtsfilm-lehrfilm-schulfilm/83783>

Initiative Regenbogenpflege, Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e.V., Ansprechpartner:
www.initiative-regenbogenpflege.de

Initiative Münchenstift:
<https://www.muenchenstift.de/de/projekte/lgbt/70>
https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Alter-und-Behinderung/oeffnung-altenpflege_lgbt.html

Lehrbuch „LSBTIQ* und Alter(n)“:
Zeyen, Tamara-Louise; Lottmann, Ralf; Brunnett, Regina; Kiegelmann, Mechthild (Hg.) (2020): LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/lgbtiq>

Praxisleitfaden von rubicon e.V. – Gleichgeschlechtliche Lebensweisen in der offenen Senior*innenarbeit:
https://immerdabei.net/fileadmin/user_upload/Praxisleitfaden_lesbisch-schwule_Seniorenarbeit.pdf

RuT – Rad und Tat – Offene Initiative Lesbischer Frauen e.V. in Berlin
<https://rut-berlin.de/downloads/>

Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zu intersexuellen Menschen:
<https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2012/deutscher-ethikrat-intersexuelle-menschen-erkennen-unterstuetzen-und-vor-gesellschaftlicher-diskriminierung-schuetzen/>

Video „Lesbisch.Schwul.Älter.“
https://www.youtube.com/watch?v=o9rVrp_P-KoJ^70

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Fortbildungspaket mit Coaching-Konzept zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für die Zielgruppe LSBTIQ*

Anbieterin/Projektleitung:
Prof. Dr. Gabriele Meyer

Projektteam:
Katrin Drevin, MSc GPw
Goska Soluch, Dipl. SoWi
Melike Berfê Çınar, Dipl. Pol.
Projektbegleitung: Dr. Christiane Luderer

Teil 1
Modulhandbuch
Aufbau und Hintergrund





Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	60
2	Fortbildungspaket	61
2.1	Aufbau des Fortbildungskonzeptes	61
2.2	Zielgruppe des Fortbildungspaketes	61
2.3	Ziele des Fortbildungspaketes	62
2.4	Themenbereich I	63
2.4.1	Modul I.1 – Grundlagen vermitteln zu LSBTIQ*	65
2.4.2	Modul I.2 – Geschlechtliche Identität	66
2.4.3	Modul I.3 – Intersektionalität	67
2.4.4	Modul I.4 – Historische Entwicklungen in Deutschland	68
2.4.5	Modul I.5 – Diskriminierung und Stigma verstehen	69
2.4.6	Modul I.6 – Schutz vor Diskriminierung	70
2.4.7	Modul I.7 – Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung	71
2.4.8	Modul I.8 – Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen	72
2.4.9	Modul I.9 – Identitäten	73
2.5	Themenbereich II	74
2.5.1	Modul II.1 – LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen	75
2.5.2	Modul II.2 – Demenz und LSBTIQ*	76
2.5.3	Modul II.3 – Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext	77
2.5.4	Modul II.4 – Planspiel	78
3	Coaching-Konzept – Instrumente zur Prozessbegleitung	79
3.1	Definition von Coaching und Aufbau des Coaching-Konzeptes	79
3.2	Ziele des Coaching-Konzeptes	79
3.3	Zielgruppe des Coaching-Konzeptes	80
3.4	Methoden und Wirkungszusammenhänge	80
4	Begründung des inhaltlichen und didaktischen Vorgehens	81
5	Empfehlungen für die Auswahl der Referent*innen	82
6	Literaturliste	83

1 Einführung

Das gesamte Fortbildungsangebot besteht aus dem Fortbildungspaket, das wiederum in zwei Themenbereiche unterteilt ist, und dem Coaching-Konzept. Inhaltlich ist es an den Ausführungen des Leitfadens von Dr. Ralf Lottmann angelehnt, der im Rahmen des Modellprojektes *Queer im Alter* vom Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt e.V. (AWO) konzipiert wurde.

Zunächst werden das Fortbildungspaket und das Coaching-Konzept in seinem Aufbau und mit seinen jeweiligen Zielen erläutert. Zusätzlich sind voraussetzende Module definiert und in Basis- und Vertiefungsmodulen unterteilt. Grundsätzlich sind zunächst alle Module des Themenbereichs I Basismodule, da keine weiteren Vorkenntnisse notwendig sind. Für ausgewählte Module ist eine Vertiefungseinheit bereitgestellt. Die Vertiefungseinheit richtet sich an

- alle Interessierten,
- Pflegenden mit Zusatzfunktion (z. B. LSBTIQ*-Beauftragte*r, Multiplikator*in, o. Ä.) oder
- Teams, die einen vertiefenden Bedarf wahrnehmen.

Die Basismodule sind so aufgebaut, dass sie in einrichtungsinterne Fortbildungsstrukturen eingebaut werden können. Die Methoden können als eigenständige Lehreinheiten verstanden werden und sind unabhängig voneinander durchführbar. Sie umfassen im Schnitt eine Unterrichtseinheit (UE).

In Kapitel 4 ist das didaktische Vorgehen und die Auswahl der Themen/Methoden begründet, so dass der Aufbau und der Hintergrund des gesamten Paketes nachvollzogen werden kann. In Kapitel 5 sind Empfehlungen für Referent*innen aufgeführt.

Das Arbeitsheft mit der Materialsammlung liefert ausgewähltes Handwerkszeug für die durchzuführenden Lehreinheiten. In jeder Modulbeschreibung befinden sich Inhalte und Methodenbeschreibungen mit Angaben zur einzuplanenden Zeit, zum benötigten Material sowie eine Schritt-für-Schritt-Anleitung. Die jeweiligen Methodenbeschreibungen umfassen maximal zwei Seiten (Ausnahme ist die Beschreibung des Planspiels). An ausgewählte Methodenbeschreibungen ist zusätzliches Material angehängt. Dazu zählen:

- Fallbeispiele,
- Arbeitsaufträge,
- Rollenkarten oder
- Lösungsansätze für Dozent*innen.

Literatur- und Medienvorschläge befinden sich in den jeweiligen Methodenbeschreibungen oder Inhalten. Eine Literaturliste zu verwendeten Quellen befindet sich am Ende des Dokuments.

2 Fortbildungspaket

Das Fortbildungspaket ist ein kompetenzbasiertes Bildungsangebot, bei dem die zu erwerbenden Sozial- und Handlungskompetenzen vor den vermittelten Wissensinhalten stehen. In einer zunehmend pluralisierten und durch Vielfalt gekennzeichneten Gesellschaft stehen diese Kompetenzen für einen achtsamen und wertschätzenden Umgang mit- und füreinander im Mittelpunkt.

2.1 Aufbau des Fortbildungskonzeptes

Im Themenbereich I *Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Lebensweisen und Identitäten* werden allgemeine Aspekte hinsichtlich deren Bedeutung für die Identität aller, insbesondere aber älterer Menschen, vermittelt. Es werden Basisaspekte betrachtet und Vertiefungen angeboten, um das eigene Wissen über die Vielfalt der menschlichen Identitäten zu erweitern.

Der Themenbereich I ist in neun Module untergliedert, die zum Teil aufeinander aufbauen und zum Teil eigenständig durchgeführt werden können. Welche Module aufeinander aufbauen, ist in der jeweiligen Modulbeschreibung vermerkt.

Tabelle 1: Übersicht der Module des Themenbereichs I

Modulnummer	Modulbezeichnung
I.1	Grundlagen vermitteln zu LSBTIQ*
I.2	Geschlechtliche Identität
I.3	Intersektionalität
I.4	Historische Entwicklungen in Deutschland
I.5	Diskriminierung und Stigma verstehen
I.6	Schutz vor Diskriminierung
I.7	Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung
I.8	Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen
I.9	Identitäten

Im Themenbereich II *Relevanz geschlechtlicher Diversität und sexueller Orientierung für die Alten-*

pflege und Altenhilfe werden für die Altenpflege und Altenhilfe relevante Aspekte dargestellt. Die erworbenen Kenntnisse aus dem Themenbereich I finden in Themenbereich II eine Vertiefung und pflegepraktische Anwendung, weiterhin beinhaltet der Themenbereich II ausgewählte pflegespezifische Themen wie Demenz und LSBTIQ*.

Tabelle 2: Übersicht der Module des Themenbereichs II

Modulnummer	Modulbezeichnung
II.1	LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen
II.2	Demenz und LSBTIQ*
II.3	Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext
II.4	Planspiel

2.2 Zielgruppe des Fortbildungspaketes

Die Inhalte des Fortbildungspaketes richten sich an Personen, die in Einrichtungen der Altenpflegehilfe tätig sind. Dazu zählen insbesondere Alten- und Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sowie Pflegehelfer*innen und deren Assistenzberufe. Um eine Öffnung dieser Einrichtungen auf allen vertikalen und horizontalen Ebenen und für alle beteiligten Disziplinen zu ermöglichen, sind darüber hinaus weitere Akteur*innen wie das Hauswirtschaftspersonal, Angehörige der Verwaltung, Berater*innen und nicht zuletzt die Managementebene mit ihren Entscheidungsträger*innen angesprochen.

Die allgemeinen Module des Themenbereichs I sind so konzipiert, dass keine spezifischen Vorkenntnisse, sowohl in der Pflege als auch in LSBTIQ*-verwandten Themen, erforderlich sind. Dieser Themenbereich richtet sich gleichermaßen an alle Beteiligten in der professionellen Altenpflegehilfe.

Im Themenbereich II werden spezifische Situationen und Themen der Altenpflege behandelt, so dass ein Bezug zu diesem Berufsstand empfeh-

enswert ist. Die behandelten Themen und Fälle finden in der ambulanten, stationären oder offenen Altenpflege(-hilfe) statt.

2.3 Ziele des Fortbildungspaketes

Die Teilnehmenden erfahren hinsichtlich der Vielfalt von Biografien und Lebenswelten, möglicher Erfahrungen von Diskriminierung und Stigmatisierung, aber auch Erfahrungen in Selbstermächtigung eine **Sensibilisierung**. Sie erkennen die Verantwortung ihrer eigenen Profession und Rolle in der Altenpflegehilfe und handeln erkenntnis- und bedürfnisorientiert im individuellen Fall. Darüber hinaus stärken sie ihren Berufsstand und übernehmen eine verantwortungsvolle Rolle in der Gesellschaft.

Die Teilnehmenden erlangen neues **Wissen** über die Vielfalt von Lebenswelten und reflektieren ihre Haltung gegenüber dem „Anderssein“.

Der Fokus liegt dabei auf der **Individualität** von LSBTIQ*, ohne zu verallgemeinern, zu gruppieren oder zu exotisieren und ohne andere und weitere Facetten einer Persönlichkeit auszuklammern. Die Diversität von Individuen steht stärker im Mittelpunkt des Fortbildungspaketes als die ausschließliche Wissensvermittlung zu LSBTIQ*.

2.4 Themenbereich I

Modulnummer: I	Mögliche Unterrichtsstunden (UE à 45 Min.): 23 UE und Blitzeinheiten
Modultitel: Die Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Lebensweisen und Identitäten	
Gesamtziel und Bedeutung des Moduls bezogen auf das Bildungspaket: Die Teilnehmer*innen erhalten einen einführenden und ggf. vertiefenden Einblick in die Geschichte gesellschaftspolitischer Entwicklungen in Deutschland seit dem 20. Jahrhundert bezogen auf die Zielgruppe LSBTIQ* und deren Relevanz in der Begleitung und Pflege älterer Menschen aus der Zielgruppe. Sie erlangen Kenntnisse über die psychosozialen Auswirkungen von staatlicher und gesellschaftlicher Verfolgung, Diskriminierung und Stigmatisierung. Sie können ihre Kenntnisse in den Bereich der Pflege und Betreuung übertragen und entwickeln Strategien für die eigene Praxis.	
Inhalte (Modulteilbereiche): <ul style="list-style-type: none"> – Grundlagen vermitteln zu LSBTIQ* (3 UE) – Geschlechtliche Identität (2 UE) – Intersektionalität (3 UE) – Historische Entwicklungen in Deutschland (3 UE) – Diskriminierung und Stigma verstehen (2 UE) – Schutz vor Diskriminierung (2 UE) – Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung (3 UE) – Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen (3 UE) – Identitäten (2 UE) 	Art: <ul style="list-style-type: none"> Basis Vertiefung Basis Basis Vertiefung Vertiefung Vertiefung Basis Vertiefung
Kompetenzen: Nach Abschluss des Moduls verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:	
<ul style="list-style-type: none"> – Wissen: <ul style="list-style-type: none"> – Grundwissen über den Begriff LSBTIQ* und seine Bedeutungen für die eigene Praxis – Kenntnisse psychosozialer Dimensionen von Diskriminierungs- und Abwertungserfahrungen – Kenntnisse über die gesellschaftspolitischen Entwicklungen in Bezug auf LSBTIQ* in Deutschland und den Schutz vor Diskriminierung – Kenntnisse des Ansatzes der Intersektionalität und seiner Bedeutung – Kenntnisse über Identitätskonzepte auf individueller und kollektiver Ebene – Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> – Spezifische Bedarfe der Zielgruppe LSBTIQ* kennen und erkennen können – Die eigene Berufspraxis auf die Zielgruppe hin reflektierbar halten – Diskriminierung im Arbeitsumfeld entgegenwirken können – Benachteiligende Strukturen benennen und sichtbar machen können – Spezifische Lebenslagen ernst nehmen und in die Deutung des Alltags einfließen lassen können – Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> – Unterschiede im Sozialisationsverlauf von Menschen begreifen und akzeptieren können – Eigene Anteile aus dem persönlichen Sozialisationsverlauf erkennen und reflektieren können – Respektvoll und wertschätzend kommunizieren können – Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> – Ziele für die wertschätzende Einbindung unterschiedlicher Identitäten in der eigenen Arbeit definieren können – Die eigene Haltung veränderlich halten können – Ansprechpartner*innen im eigenen Sozialraum oder in der Nähe identifizieren und kontaktieren können 	

Methoden:

Zu allen Modulteilbereichen finden sich Methoden in der Methodensammlung:

- Grundlagen vermitteln zu LSBTIQ*
- Geschlechtliche Identität
- Intersektionalität
- Historische Entwicklungen in Deutschland in Bezug auf LSBTIQ*
- Diskriminierung und Stigma verstehen
- Schutz vor Diskriminierung
- Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung
- Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen
- Identitäten

2.4.1 Modul I.1 – Grundlagen vermitteln zu LSBTIQ*

Modulteilbereichsnummer: I.1 BASIS	Unterrichtsstunden (UE): 3 UE und Blitzeinheit
Modulteilbereichstitel: Grundlagen vermitteln zu LSBTIQ*	
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung von LSBTIQ* und spezifische Lebensrealitäten (1 UE) • Zahlen, Daten und Fakten zu aktuellen Entwicklungen (1 UE) • Bedeutungen für LSBTIQ* im Alter (1 UE) 	
Kompetenzen: <p>Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse der spezifischen Lebensrealitäten der Zielgruppe • Kenntnisse über die Bedeutung von LSBTIQ* für ein Leben im hohen Alter und die Pflege • Kenntnisse über LSBTIQ* und Persönlichkeitsentwicklung • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Erkenntnisse aus dem Teilbereich an Kolleg*innen und ggf. andere Klient*innen vermitteln können • Kompetenzen und Bedarfe der Zielgruppe erkennen können • Unterschiedliche Lebensrealitäten erkennen und berücksichtigen können • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Mit Klient*innen in den Dialog über die eigene Lebenswelt treten können • Grundkenntnisse über LSBTIQ* in die eigene Arbeitspraxis einfließen lassen können • Menschen als Expert*innen für die eigene Situation anerkennen können • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Erworbenes Wissen auf konkrete Alltagssituationen im Beruf anwenden können • LSBTIQ* eine*n verlässliche*n Ansprechpartner*in bieten können 	
Lernformen: <p>Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vortrag und Austausch • Impuls • Gruppenarbeit zu eigenen Erfahrungen • Sensibilisierungs- und Empathieübungen 	

2.4.2 Modul I.2 – Geschlechtliche Identität

Modulteilbereichsnummer: I.2 VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 2 UE
Modulteilbereichstitel: Geschlechtliche Identität	
Inhalte:	
<ul style="list-style-type: none"> • Konzept der geschlechtlichen Identität (1 UE) • Erkundung der Anteile an der eigenen Identität (1 UE) 	
Kompetenzen:	
Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über die Identitätsanteile, die mit Geschlecht zu tun haben • Kenntnisse über die Abgrenzung zu sexueller Identität • Kenntnisse über die Bedeutung der geschlechtlichen Identität im Alltag älterer Menschen • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Vielfältigkeit jedes Menschen erkennen und wertschätzen können • Reflexion eigener Fremdheitserfahrung in die eigene Arbeitspraxis einfließen lassen können • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Verständnis für die Bedeutung der eigenen Identität nach Verfolgungserfahrungen • Eigene Haltung und Position in der Welt reflektieren und veränderlich halten • Menschen als Expert*innen für die eigene Situation anerkennen können • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Erworbenes Wissen auf konkrete Alltagssituationen im Beruf anwenden können • LSBTIQ* eine*n verlässliche*n Ansprechpartner*in bieten können • Komplexität menschlicher Identitäten als Grundlage des eigenen Handelns verankern können 	
Lernformen:	
Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert:	
<ul style="list-style-type: none"> • Vortrag und Austausch • Impuls • Gruppenarbeit zu eigenen Erfahrungen • Sensibilisierungs- und Empathieübungen 	

2.4.3 Modul I.3 – Intersektionalität

Modulteilbereichsnummer: I.3 BASIS	Unterrichtsstunden (UE): 3 UE
Modulteilbereichstitel: Intersektionalität	
Inhalte:	
<ul style="list-style-type: none"> – Konzept der Intersektionalität (1 UE) – Diversität als Grundlage von Identität (1 UE) – Bedeutungen für LSBTIQ* im Alter (1 UE) 	
Kompetenzen:	
Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:	
<ul style="list-style-type: none"> – Wissen: <ul style="list-style-type: none"> – Kenntnisse über die Vielfalt jeder menschlichen Identität – Kenntnisse über die LSBTIQ*-spezifischen Anteile an Intersektionalität – Kenntnisse über einander bedingende/sich verschränkende Identitätsmerkmale – Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> – Vielfältigkeit jedes Menschen erkennen und wertschätzen können – Reflexion eigener Fremdheitserfahrung in die eigene Arbeitspraxis einfließen lassen können – Aspekte des Teilbereichs in die Einrichtung weitervermitteln können – Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> – Mit Klient*innen in den Dialog über die eigene Lebenswelt treten können – Eigene Haltung und Position in der Welt reflektieren und veränderlich halten – Menschen als Expert*innen für die eigene Situation anerkennen können – Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> – Erworbenes Wissen auf konkrete Alltagssituationen im Beruf anwenden können – LSBTIQ* eine*n verlässliche*n Ansprechpartner*in bieten können – Komplexität menschlicher Identitäten als Grundlage des eigenen Handelns verankern können 	
Lernformen:	
Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert:	
<ul style="list-style-type: none"> – Vortrag und Austausch – Impuls – Gruppenarbeit zu eigenen Erfahrungen – Sensibilisierungs- und Empathieübungen 	

2.4.4 Modul 1.4 – Historische Entwicklungen in Deutschland

Modulteilbereichsnummer: I.4 BASIS	Unterrichtsstunden (UE): 3 UE
Modulteilbereichstitel: Historische Entwicklungen in Deutschland	
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Abriss rechtlicher und gesellschaftlicher Entwicklungen seit dem 19. Jahrhundert (1,5 UE) • Politische Entwicklungen in BRD und DDR (1,5 UE) • LSBTIQ* im Nationalsozialismus (Querschnitt) 	
Kompetenzen: Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über die historische Entwicklung der Lebenswelten von LSBTIQ* in Deutschland • Kenntnisse über rechtliche und gesellschaftspolitische Entwicklungen • Kenntnisse über die Bedeutung für ältere und hochaltrige LSBTIQ* • Kenntnisse über Wendepunkte und deren Auswirkungen • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zu sich ändernden Lebenswelten von LSBTIQ* bieten können • Erworbenes Wissen über historische Entwicklungen in die Einrichtung vermitteln können • Historisch und gesellschaftlich bedeutsame Ereignisse aufbereiten können • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Mit Klient*innen in den Dialog über die eigene Lebenswelt treten können • Erfahrungen von Klient*innen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext einordnen können • Ermutigenden Umgang mit Klient*innen pflegen können • Empathie im Team stärken • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Eigene Möglichkeiten zur Einordnung der Erfahrungen der Klient*innen erweitern können • Bedeutsame Ereignisse im Alltag der Einrichtung aufgreifen können • Erhöhte Sicherheit im Umgang mit LSBTIQ*-Themen im Alltag 	
Lernformen: Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert: Vortrag und Austausch <ul style="list-style-type: none"> • Impuls • Gruppenarbeit zu eigenen Erfahrungen • Sensibilisierungs- und Empathieübungen • Beispielhafte Biografien 	

2.4.5 Modul I.5 – Diskriminierung und Stigma verstehen

Modulteilbereichsnummer: I.5 VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 2 UE und Blitzeinheit
Modulteilbereichstitel: Diskriminierung und Stigma verstehen	
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> – Wesen von Diskriminierung, Stigmatisierung und gesellschaftlichem Ausschluss und die Folgen (2 UE) 	
Kompetenzen: Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> – Wissen: <ul style="list-style-type: none"> – Kenntnisse über die Definition von Diskriminierung – Grundlegende Kenntnisse über mögliche psychosoziale Folgen von Diskriminierung – Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> – Eigenes Wissen über Diskriminierung ins Team vermitteln können – Aufmerksamkeit für Ausschlüsse innerhalb der Einrichtung erhöhen können – Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> – Klient*innen ermutigend begleiten können, gegen Diskriminierung einzustehen – Eigene Aufmerksamkeit steigern und auf Ausschlüsse richten können – Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> – Diskriminierende Strukturen innerhalb der Einrichtung erkennen und benennen können – Ausschlüssen in der eigenen Arbeitspraxis entgegenwirken können 	
Lernformen: Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert: <ul style="list-style-type: none"> – Vortrag und Austausch – Impuls – Sensibilisierungs- und Empathieübungen 	

2.4.6 Modul I.6 – Schutz vor Diskriminierung

Modulteilbereichsnummer: I.6 VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 2 UE
Modulteilbereichstitel: Schutz vor Diskriminierung	
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> ● Rechtliche Grundlagen zum Schutz vor Diskriminierung (1 UE) ● Netzwerke für Beratung, Schutz und Rechtsbeistand bei Diskriminierung und deren Aktivierung (1 UE) 	
Kompetenzen: Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> ● Wissen: <ul style="list-style-type: none"> ● Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen zum Diskriminierungsschutz (AGG u. a.) ● Kenntnisse über einschlägige Anlaufstellen ● Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> ● Erworbenes Wissen in die Einrichtung vermitteln können ● Aufbau eines Netzwerks für die eigene Arbeitspraxis zum Schutz vor Diskriminierung ● Bedeutung des AGG für die eigene Arbeitspraxis kennen ● Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> ● Aktiv werden können bei diskriminierenden Vorkommnissen ● Ansprechpartner*in für Schutzbelange für LSBTIQ* sein können ● Inhalte des AGG zum Rahmen des Zusammenlebens und -arbeitens in der eigenen Praxis machen können ● Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> ● Anforderungen des Diskriminierungsschutzes in die Konzepte der Einrichtung und den Alltag einfließen lassen können ● Netzwerke aktivieren können 	
Lernformen: Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert: <ul style="list-style-type: none"> ● Vortrag und Austausch ● Impuls ● Stationsarbeit 	

2.4.7 Modul 1.7 – Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung

Modulteilbereichsnummer: I.7 VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 3 UE
Modulteilbereichstitel: Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung	
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Einführung in die Traumatheorie (1 UE) • Sub- und alternative Kulturen der LSBTIQ* (1 UE) • Soziale Bewegungen im Bereich LSBTIQ* (1 UE) 	
Kompetenzen: Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Grundlegende Kenntnisse über Ängste und mögliche Retraumatisierungen von LSBTIQ* • Kenntnisse über alternative Kulturen und deren ermutigende Bedeutung • Kenntnisse über soziale Bewegungen und deren Bedeutung • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Impulse zur sensibleren Pflegepraxis im Teams setzen können • Erworbene Kenntnisse in der eigenen Begegnung mit Klient*innen einsetzen können • Deutungsmuster für Verhalten von Klient*innen im eigenen Team erweitern können • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Eigene Sensibilität für prägende Erfahrungen erhöhen können, auch wenn sie lange zurückliegen • Mit Klient*innen kompetent in den Dialog über gemachte Erfahrungen treten können • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Eigene Erfahrungen mit Verfolgung reflektieren können • Eigenes Handeln stets überprüfen können und Annahmen in der Schwebelage halten können 	
Lernformen: Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert: <ul style="list-style-type: none"> • Vortrag und Austausch • Impuls • Empathieübungen 	

2.4.8 Modul I.8 – Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen

Modulteilbereichsnummer: I.8 BASIS	Unterrichtsstunden (UE): 3 UE
Modulteilbereichstitel: Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen	
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Lebensmodelle von Familien (1 UE) • Merkmale von Familien (1 UE) • Bedeutung der sozialen Zugehörigkeit (1 UE) 	
Kompetenzen: Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über multiple Formen des Zusammenlebens, der Verantwortungsübernahme und Sorge von Menschen • Kenntnisse über die Bedeutung subjektiven Zugehörigkeitsgefühls für Individuen • Merkmale von Familien kennen • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Erworbenes Wissen in die Einrichtung vermitteln können • Akzeptanz der gelebten und gewählten Familie von Klient*innen • Die eigene Ansprache und die der Einrichtung verändern können, um möglichst familien-inklusiv zu handeln • Soziale und rechtliche Aspekte in der Zusammenarbeit mit Zu- und Angehörigen trennen können • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Menschen identitätsfördernd begleiten können • Gefühl der Zugehörigkeit für Klient*innen pflegen können • Vielfältige Familienmodelle in Aktivitäten der Einrichtung durch Ansprache, Bildsprache und Haltung einbinden können • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Eigene Erfahrungen mit Familie reflektieren können • Die eigene Haltung veränderlich halten • Wertschätzender Umgang mit vielfältigen Familienmodellen 	
Lernformen: Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert: <ul style="list-style-type: none"> • Vortrag und Austausch • Impuls • Sensibilisierungs- und Empathieübungen 	

2.4.9 Modul I.9 – Identitäten

Modulteilbereichsnummer: I.9 VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 2 UE
Modulteilbereichstitel: Identitäten	
Inhalte:	
<ul style="list-style-type: none"> • Identitätsbildung (1 UE) • Bedeutung der individuellen Identität und deren Anerkennung für die Würde des Menschen (1 UE) 	
Kompetenzen:	
Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Grundkenntnisse über die Ausbildung menschlicher Identität • Vertiefte Kenntnisse über die Vielschichtigkeit jeder Identität • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung der Achtung aller Identitätsanteile besonders für LSBTIQ* kennen • Impulse für würdevollen Umgang mit Identitäten im Team setzen können • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung und Anerkennung aller Identitätsanteile der Klient*innen und damit Steigerung ihres Wertgefühls • Ermutigung zur Darstellung der eigenen Identität der Klient*innen • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Reflexion eigener identitätsbezogener Auf- und Abwertungserfahrungen • Erkennen notwendiger Weiterentwicklungen in der eigenen Arbeit 	
Lernformen:	
Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert:	
<ul style="list-style-type: none"> • Vortrag und Austausch • Gruppenarbeit • Sensibilisierungs- und Empathieübungen 	

2.5 Themenbereich II

Im Themenbereich II findet u. a. der Transfer der im Themenbereich I vermittelten Inhalte und geeigneten Kompetenzen in den pflegeberuflichen Alltag statt. Methoden zur Perspektivenübernahme und Fallschilderungen, die zur Reflexion der eigenen Arbeitsweise anregen, bilden den Kern.

Modulnummer: II	Mögliche Unterrichtsstunden (UE à 45 Min.): 17 UE
Modultitel: Relevanz geschlechtlicher Diversität und sexueller Orientierung für die Altenpflege und Altenhilfe	
Gesamtziel und Bedeutung des Moduls bezogen auf das Bildungspaket: Die Teilnehmenden kennen Besonderheiten und mögliche spezifische Bedarfe von älteren und alten LSBTIQ*. Diese umfassen medizinische und gesundheitsrelevante sowie psychosoziale Aspekte. Kenntnisse aus dem Modulbereich I werden mit Pflegemodellen verknüpft und angewendet. Kenntnisse über den Umgang mit demenziell veränderten Menschen werden vermittelt.	
Inhalte (Modulteilbereiche): <ul style="list-style-type: none"> • LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen (5 UE) • Demenz und LSBTIQ* (3 UE) • Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext (5 UE) • Planspiel (4 UE) 	Art: <ul style="list-style-type: none"> Basis/Vertiefung Basis/Vertiefung Basis Vertiefung
Kompetenzen: Nach Abschluss des Moduls verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:	
<ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenwissen zu trans* • Wissen über mögliche operative Maßnahmen und deren Folgen bei inter* Personen • Kenntnisse über Besonderheiten in der Betreuung von an Demenz erkrankten LSBTIQ* • Erweiterte Kenntnisse zu Bedarf/Bedürfnis • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Behandlungspflege von Menschen, deren Körper nicht der in der Ausbildung vermittelten Norm entspricht • Mögliche Bedarfe von LSBTIQ* erkennen und angemessen handeln • An- und Zugehörigen in Gesprächen angemessen begegnen und sie ggf. einbinden • Fachlich inadäquates Verhalten von Kolleg*innen erkennen und benennen • Genderaspekte identifizieren und entsprechend agieren • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Mehrere Geschlechter in der Altenpflege wahrnehmen und anerkennen • An- und Zugehörige von LSBTIQ* als wichtige Bezugspersonen wahrnehmen und akzeptieren • Unterschiede im Sozialisationsverlauf von Menschen begreifen und akzeptieren können • Eigene Anteile aus dem persönlichen Sozialisationsverlauf erkennen und reflektieren können • Respektvoll und wertschätzend kommunizieren können • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Ziele für die wertschätzende Einbindung unterschiedlicher Identitäten in der eigenen Arbeit definieren können • Die eigene Haltung veränderlich halten können • Ansprechpartner*innen im eigenen Sozialraum oder in der Nähe identifizieren und kontaktieren können 	

2.5.1 Modul II.1 – LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen

Modulteilbereichsnummer: II.1 BASIS/VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 5 UE	Modulvoraussetzungen: I.1, I.3
Modulteilbereichstitel: LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen		
Inhalte:		
<ul style="list-style-type: none"> • Unterscheidung von Bedürfnissen und Bedarfen (1 UE) • Förderung der Empathiefähigkeit (2 UE) • Auseinandersetzung mit HIV/Aids (1 UE) • Mögliche LSBTIQ*-spezifische Bedürfnisse und Bedarfe (1 UE) 		
Kompetenzen:		
Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:		
<ul style="list-style-type: none"> • Wissen (Basis): <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über Bedürfnisse und Bedarfe im Allgemeinen • Wissen über die Entstehung möglicher LSBTIQ*-spezifischer Bedürfnisse (z. B. negative Erfahrungen in der Vergangenheit; Bildung neuer sozialer Strukturen) • Wissen über die Lebenssituation von LSBTIQ*-Personen • Wissen (Vertiefung): <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über Stigmatisierung aufgrund von HIV/Aids • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse erkennen und entsprechend handeln • Wissen und Erkenntnisse in verschiedenen Pflegesettings und -bereichen anwenden • Vorurteilsfreie und öffnende Sprache auf andere Kontexte (nicht LSBTIQ*) übertragen • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse von der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung trennen • Erkennen, dass äußere (gesellschaftliche) Umstände zu bestimmten Bedarfen führten • Eigene Bedürfnisse und Bedarfe erkennen und reflektieren • Eigene Sprache und Haltung offen gestalten • Relevanz einer angemessenen Sprache erkennen und anerkennen • Vorstellungen von Familie erweitern • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Aneignen von Wissen über Wünsche, Belange und Bedarfe u. a. von unterschiedlichen Menschen • Lösungsorientiertes Handeln in Situationen von Unsicherheiten oder Unwissenheit 		
Lernformen:		
Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert:		
<ul style="list-style-type: none"> • Input Bedürfnisse und Bedarfe 1 UE • Empathieübung Zeig mir meine Geschichte 1 UE • Standbild Moment mal 1 UE • Der Fall „Altmann“ 1 UE Vertiefung • Gedankenaustausch mit Fallbeispielen 1 UE Vertiefung 		

2.5.2 Modul II.2 – Demenz und LSBTIQ*

Modulteilbereichsnummer: II.2 BASIS/VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 3 UE	Modulvoraussetzungen: II.1
Modulteilbereichstitel: Demenz und LSBTIQ*		
Inhalte:		
<ul style="list-style-type: none"> • Demenz verstehen (1 UE) • Besonderheiten bei LSBTIQ* (2 UE) 		
Kompetenzen:		
Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:		
<ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenwissen Demenz • Kenntnisse über Besonderheiten bei demenziell veränderten LSBTIQ* • Kenntnisse über den Zusammenhang einer LSBTIQ*-Biografie und den möglichen Erscheinungsformen in einer Demenz • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Interaktion mit demenziell veränderten Menschen • Respektvoller Umgang mit Informationen, die durch die Demenz geäußert werden • Mit Äußerungen einer demenziell veränderten Person achtsam umgehen • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Diskriminierungsarmen und schützenden Raum für LSBTIQ* Personen bieten • Fremdouting verstehen und vermeiden • Lebenswirklichkeit von demenziell veränderten Menschen respektieren • Wertfrei und wertschätzend mit personenbezogenen Informationen umgehen • Professionell und sicher in ungewohnten Situationen handeln • Mit Missverständnissen umgehen • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Erworbenes Wissen auf konkrete Alltagssituationen im Beruf anwenden können • Eine*n verlässliche*n Ansprechpartner*in bieten können • Bestehende Strukturen hinterfragen 		
Lernformen:		
Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert:		
<ul style="list-style-type: none"> • Methode: Realitäten 0,5 UE • Inhalte zu Demenz und LSBTIQ* 1 UE • Fälle mit Leitfragen 1 UE 		

2.5.3 Modul II.3 – Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext

Modulteilbereichsnummer: II.3 BASIS	Unterrichtsstunden (UE): 5 UE	Modulvoraussetzungen: I.1–I.9 II.1
Modulteilbereichstitel: Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext		
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> – Pflegefachliche Inhalte zu trans* (1 UE) – Grundlagenwissen zu inter* (3 UE) – Behandlungspflege und Diskussion (1 UE) 		
Kompetenzen: <p>Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wissen: <ul style="list-style-type: none"> – Kenntnis zur S2k-Leitlinie „Varianten in der Geschlechtsentwicklung“ – Kenntnisse über körperliche und psychosoziale Folgen von (kosmetischen) unfreiwilligen Angleichungsoperationen bei intergeschlechtlichen Personen – Vertiefendes Wissen gesundheitsrelevanter Aspekte – Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> – Erkennen von Bedarfen in den jeweiligen Handlungssituationen – Fachlich richtig und kommunikativ adäquat in behandlungspflegerischen Situationen umgehen – Einführung einer diversitätsgerechten Pflege – Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> – Unterschiedliche Körper akzeptieren – Körperformen reflektieren – Normierung hinterfragen – Mit den Begriffen „biologisch“, „natürlich“, „eindeutig“ kritisch umgehen – Professionell und sicher in ungewohnten Situationen handeln – Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> – Handlungsmöglichkeiten entwerfen 		
Lernformen: <p>Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pflegefachliche Inhalte zu trans* 1 UE – Kennenlernen der Leitlinie 2 UE – Erfahrungen von Inter* würdigen 1 UE – Stille Gedankenflüge 1 UE 		

2.5.4 Modul II.4 – Planspiel

Modulteilbereichsnummer: II.4 VERTIEFUNG	Unterrichtsstunden (UE): 4 UE	Modulvoraussetzungen: I.1-I.9 II.1
Modulteilbereichstitel: Planspiel		
Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> • Planspiel (4 UE) 		
Kompetenzen: Nach Abschluss des Modulteilbereichs verfügen die Teilnehmenden über folgende Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> • Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • Reaktivieren von pflegetheoretischen Grundlagen • Fertigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Bedarfen in den jeweiligen Handlungssituationen • Einführung einer diversitätsgerechten Pflege • Sozialkompetenz: <ul style="list-style-type: none"> • Diversität in einer konkreten Handlungssituation verstehen und akzeptieren • Lösungsorientiert handeln • Einfühlen in verschiedene Interessengruppen • Kennenlernen von demokratischen Strukturen • Selbstwirksamkeit kennenlernen und erfahren • Professionell und sicher in ungewohnten Situationen handeln • Selbstständigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Berufliche Vernetzung über das interdisziplinäre Team hinaus • Informationsbezug durch ortsansässige oder online präsente Vereine und Interessengruppen • Erworbenes Wissen auf konkrete Alltagssituationen im Beruf anwenden können • LSBTIQ* eine*n verlässliche*n Ansprechpartner*in bieten können • Handlungsmöglichkeiten entwerfen 		
Lernformen: Das Erlangen dieser Kompetenzen wird durch folgende Methoden und Aktivitäten gefördert: <ul style="list-style-type: none"> • Planspiel 4 UE 		

3 Coaching-Konzept – Instrumente zur Prozessbegleitung

3.1 Definition von Coaching und Aufbau des Coaching-Konzeptes

Ein Coaching ist eine strukturierte Begleitung, in der keine Lösungen vorgegeben werden, sondern eine Person oder ein Team in der eigen- und selbstständigen Lösungsfindung begleitet wird.

In diesem Coaching-Konzept ist ein zweistufiges Coaching-Verfahren vorgesehen.

Im ersten Schritt findet ein Coaching im Team statt. Dafür steht der im Kapitel 3 der Arbeitsmaterialien aufgeführte Fragebogen zur Verfügung. Das Coaching beginnt nach der ersten Fortbildung zum Thema und ist eingebettet in einen langfristigen Veränderungsprozess. Zu diesem Veränderungsprozess zählt neben den strukturellen Veränderungen auch eine Veränderung in der gelebten Unternehmenskultur. Dieses Team-Coaching ist niedrighschwellig angelegt und in den jeweiligen Schritten mit einem geringen Zeitaufwand umsetzbar. Niedrighschwellig ist es, weil es zunächst in bestehende Strukturen eingebettet ist (siehe Kap. 2.4.5, S. 11) und kurz, weil eine Coaching-Sitzung maximal 15 Minuten dauert. Der dazugehörige Fragebogen kann in länger angelegten, wenigen Sitzungen bearbeitet oder in bestehende Strukturen eingebettet werden.

Bei diesem Konzept werden die Begriffe „Team-Coaching“ und „Supervision“ nicht im gleichen Sinne verwendet.

Während das Team-Coaching im ersten Schritt vorrangig darauf abzielt, die Teams ohne Hilfe von außen ihre eigenen Strategien entwickeln zu lassen, dient die Supervision der Klärung von Konflikten, beruflichen Bedarfen und Problemen innerhalb eines Teams und wird durch eine*n Supervisor*in durchgeführt.

In einem zweiten Schritt (optional) können ausgebildete Coaches hinzugezogen werden. Werden strukturelle Aspekte im selbstständigen Team-Coaching identifiziert, die einer Veränderung bedürfen, kann diese mithilfe eines eingeleiteten und begleiteten Change-Prozesses durchgeführt werden. Dazu stehen den Einrichtungen und den Teams die Möglichkeiten des Change-Managements zur Verfügung.

3.2 Ziele des Coaching-Konzeptes

Die Einrichtungen und Teams, die ein Coaching durchlaufen, werden beim selbstreflexiven Veränderungsprozess begleitet. Das tägliche Arbeitsumfeld wird kritisch beleuchtet, Umgebungsstrukturen werden von den Beteiligten selbst erkannt, benannt und mittels des Fragebogens bewertet.

Das Coaching ist eine Kombination aus gegenseitiger Beratung, Begleitung und Unterstützung durch die Mitglieder eines Teams. Die durch das Coaching verfolgten Ziele sind, sich individuell weiterzuentwickeln sowie kollektive Lern- und Leistungsprozesse und (Team-)Strategien im Umgang mit queeren Menschen voranzubringen.

Das klassische *Bottom-up-Prinzip*¹ ermöglicht eine Steigerung der intrinsischen Motivation, Veränderungsprozesse nicht nur zuzulassen, sondern diese anzustoßen und sie aktiv mitzugestalten. Die Teammitglieder erleben eine Selbstermächtigung und fördern ihre Selbstständigkeit. Somit werden auf der Ebene des beruflichen Alltags demokratische Strukturen gefördert und ein demokratisches Grundverständnis gestärkt.

1 *Bottom-up-Prinzip*: Ein Arbeitsgrundsatz bzw. eine Strategie in der Prozessentwicklung, bei dem/der man vom Speziellen zum Allgemeinen vorgeht (vom Detail zum Gesamten).

3.3 Zielgruppe des Coaching-Konzeptes

Das Coaching-Konzept richtet sich an die **Mitarbeitenden einer Einrichtung** (operative Ebene) und an Personen des Managements (strategische Ebene). Ein Veränderungsbedarf sollte von beiden Ebenen (an-)erkannt werden. Strategisch werden alle notwendigen und hier aufgeführten Rahmenbedingungen geschaffen und von der operativen Ebene angestoßenen Veränderungsprozesse mitgetragen. Voraussetzung ist eine Zusammenarbeit beider Organisationsebenen.

Das Coaching-Konzept ist zeitlich auf 15 Minuten pro Sitzung begrenzt.

Die Zusammenarbeit zwischen Teammitgliedern und dem Management findet auf Augenhöhe statt. Für die Zusammenarbeit werden klare Spielregeln vereinbart. Dazu gehören Freiwilligkeit, Diskretion, persönliche Akzeptanz und Bereitschaft zu Selbstreflexion.

- Regelmäßige Teamsitzungen,
- Fallbesprechungen,
- Wöchentliche Briefings,
- Hausinterne Fortbildungen usw.

In diese Strukturen kann das Coaching ressourcenschonend und flexibel anlassbezogen integriert werden.

C. Professionelles Coaching

Durch das Hinzuziehen von professionellen, externen Coaches ist eine **gezielte Veränderung zugunsten der Vielfalt** von Pflegeempfänger*innen im Allgemeinen und zugunsten von queeren Menschen in der Altenpflegehilfe im Speziellen in einem zuvor selbstständig identifizierten Bereich möglich.

3.4 Methoden und Wirkungszusammenhänge

A. Team-Coaching

Der Fragebogen zum Coaching (Materialiensammlung) ist so erstellt, dass das Beantworten oder Bearbeiten einer Frage zur wiederholenden Routine innerhalb der regelmäßigen Sitzungen wird. Der personelle, organisatorische und finanzielle Aufwand eines externen angeleiteten Coachings wird vermieden und die Teammitglieder werden befähigt, sich in spezifischen Fragestellungen selbstständig zu reflektieren. Eine fortlaufende und nachhaltige Auseinandersetzung mit den Themen von queeren Lebensweisen im Speziellen und Themen der Diversität im Allgemeinen wird sichergestellt.

B. Einbettung in bestehende Strukturen durch Selbstreflexion/Team-Coaching in Gruppen

In den Pflegeeinrichtungen haben sich organisationseigene Strukturen etabliert und bewährt, die für ein eigenständiges Mikro-Coaching genutzt werden können. Dazu gehören:

4 Begründung des inhaltlichen und didaktischen Vorgehens

Mit den vorrangig handlungsorientierten Methoden wird die Kompetenz der Selbstreflexion fokussiert. In kleineren (*My Story*) oder größeren (*Planspiel*) Methoden werden die Teilnehmenden angeregt, sich aktiv zu beteiligen, neue Perspektiven einzunehmen und verschiedene Verhaltensweisen zu erproben. Ein solches „Theaterspielen“ ermöglicht den Teilnehmenden, Variationen ihrer Selbst zu erleben. Hartmut Rosa beschreibt dies im partizipativen Theater als Selbstwirksamkeitserfahrungen, die befähigen, eigenes Handeln zu ändern (Rosa, 2017).

Um der Vielfalt und Vielschichtigkeit von Individuen und sozialen Gruppen gerecht zu werden, ist die Fokussierung auf ausschließliche Queer-Kompetenzen zu kurz gegriffen. Vielmehr ist der Erwerb von Diversity-Kompetenzen in der Altenpflege relevant. Die Pflege ist eine Profession, die das Individuum in den Mittelpunkt stellt und daher von sich aus den Menschen in seiner Vielschichtigkeit wahrnimmt (vgl. Beschreibung von Diversität in der Sozialen Arbeit durch Czollek et. al., 2009, S. 60). Sowohl im Themenbereich I, wie dem Modul zur *Intersektionalität* oder dem Modul *Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen*, als auch im Themenbereich II, wie dem Modul *LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen*, werden weitere Diversitätsmerkmale aufgegriffen. So werden neben den Merkmalen Gender, geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung auch ethnische Aspekte, Religion, kulturelle Herkunft, soziale Klasse, körperliche „Behinderung“ oder Alter als Diversitätsmerkmale sichtbar und thematisiert.

Diversität bedeutet auch, ein Fortbildungspaket zu erstellen, in dem die Perspektiven unterschiedlicher Identitäten, Körper und Lebensrealitäten sichtbar werden. Einen erweiterten Raum erhalten in diesem Fortbildungspaket die Themen der Inter- und Transgeschlechtlichkeit mit dem Modul II.3. So wird neben der Wissensvermittlung gleichzeitig Sichtbarkeit geschaffen.

HIV/Aids nimmt eine unterschiedliche, aber dennoch zentrale Rolle in der Biografie vieler (älterer) schwuler Männer ein. Die Berücksichtigung dessen in diesem Fortbildungspaket ist wichtig. Im Themenbereich I (allgemein) wird das Thema im Modul *Historische Entwicklungen in Deutschland* in Form der Auseinandersetzung mit einer männlichen Biografie thematisiert. Im Themenbereich II (pflegespezifisch) wird das Thema im Modul *LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen* in Zusammenhang mit Stigmatisierung behandelt. Es ist kein explizites Modul zu LSBTIQ* und HIV/Aids konzipiert worden, um dem Vorurteil „schwul = HIV/Aids“ entgegenzuwirken und um diese „Verbindung“ nicht zu reproduzieren. Grundlagenwissen zu HIV/Aids gibt es für Pflegende von anderen Stellen und in allgemeineren Kontexten. Dazu empfehlen wir u. a. den Praxisleitfaden für stationäre und ambulante Dienste „Ich bin so, wie ich bin“ von der Schwulenberatung Berlin oder die Broschüre „Keine Angst vor HIV – Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal“ von der Deutschen Aidshilfe (siehe Literaturliste). Für das Fortbildungspaket steht die psychosoziale sowie gesellschaftliche Komponente in der Biografie und die Möglichkeit zur kritischen Auseinandersetzung und Reflexion im Vordergrund.

Das Fortbildungspaket richtet sich an Pflegende und deren Einrichtungen und bietet ihnen einen niederschweligen Einstieg in die Thematik *Queer im Alter*. Es erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und die Mehrheit der Module und Inhalte behandeln keine Details oder verschiedene Sichten eines aktuellen oder akademischen Diskurses.

Für alle Module in beiden Themenbereichen empfehlen wir ergänzend das Regenbogenportal (regenbogenportal.de) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das Portal bietet umfangreiche Informationen, Anlaufstellen und Materialien zu verschiedenen Themen im Bereich der geschlechtlichen Identität und für Referent*innen eine Möglichkeit zur Erweiterung der Fortbildung.

5 Empfehlungen für die Auswahl der Referent*innen

Die Inhalte des Fortbildungspaketes sind in der Form aufbereitet, dass die Schulungen durch einrichtungsinterne Referent*innen durchgeführt werden können. Es geht bei den Themen um Gender, geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung im Speziellen und um Diversität im Allgemeinen. Fokus ist nicht die bloße Wissensvermittlung, sondern die Entwicklung von Kompetenzen im persönlichen und sozialen Bereich. Diese sind daher auch für die Auswahl der Referent*innen ebenfalls im besonderen Maße zu empfehlen. Zu diesen Kompetenzen und Fähigkeiten zählen folgende:

- Offenheit gegenüber dem Thema
- Erfahrungen in Bildungsarbeit zu gesellschaftlichen Themen (Demokratiebildung, Antirassismus, Diversity etc.)
- Erfahrungen in der Anleitung von Gruppen
- Erfahrungen im Umgang mit Methoden des reflexiven, sensibilisierenden und selbstgesteuerten Lernens
- Kooperationsbereitschaft mit lokalen queeren Bildungsgruppen (Übersicht z. B. von Queere Bildung e. V.)
- Eigener Bezug zu LSBTIQ* (eigene Biografie, nahestehende Menschen usw.)
- Erfahrungen in der Bildungsarbeit im Pflegekontext sind von Vorteil

Der Kontakt von Teilnehmenden mit queeren Personen sollte dabei unterstützt werden, da es durch diesen direkten Kontakt mit einer marginalisierten Personengruppe zu einer signifikanten Senkung von Vorurteilen gegenüber dieser Gruppe kommt (Pettigrew & Tropp, 2006, S. 766). Der Kontakt kann entweder durch eine Lehrperson selbst erfolgen, die eine (offene) queere Lebenswelt mitbringt, oder durch die Kooperation mit örtlichen queeren Vereinen oder Gruppen oder auch Einzelpersonen, die Interesse an einer Zusammenarbeit im Bereich der Altenpflege aufzeigen.

Für die Auswahl von professionellen Coaches empfehlen wir ebenfalls die oben genannten Kompetenzen und Fähigkeiten.

6 Literaturliste

- Appenroth, Max; Lottmann, Ralf (2019): Altern trans anders? In: Appenroth, M.; Castro Varela, M. d. M. (Hg.) Trans & Care – Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: Transcript
- Brauckmann, Jannik (2002): Die Wirklichkeit transsexueller Männer. Mannwerden und heterosexuelle Partnerschaften von Frau-zu-Mann-Transsexuellen (= Beiträge zur Sexualforschung. Band 80). Gießen: Psychosozial (Inhaltsverzeichnis und Leseprobe)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): Regenbogenportal www.regenbogenportal.de
- Bundeszentrale für politische Bildung: Infografiken Homosexualität; abrufbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/gender/homosexualitaet/38843/infografiken>
- Czollek, Leah Carola; Perko, Gudrun; Weinbach, Heike (2009): Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder. Weinheim: Beltz-Juventa
- Deutsche Aidshilfe e.V. (2019): Keine Angst vor HIV – Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal. Deutsche Aidshilfe e.V. Berlin
- Deutsche Vertretung der Internationalen Vereinigung Inter-geschlechtlicher Menschen (IVIM), oiigermany.org
- Deutscher Ethikrat (2012): Intersexualität – Stellungnahme. Berlin
- Drevin, Katrin (2019): Und die andere Seite? – Pflege und Betreuung von trans Personen aus der Pflegeperspektive. In: Appenroth, M.; Castro Varela, M. d. M. (Hg.) Trans & Care – Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: Transcript
- Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2017): Homosexualitäten in der Langzeitpflege. Eine Theorie der Anerkennung. (= Pflegeforschung Band 5). Bern: Peter Lang Verlag
- Greif, Elisabeth (2005): Doing Trans/Gender. Rechtliche Dimensionen. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner
- Haag, Romy (1999): Eine Frau und mehr. Berlin: Quadriga Verlag
- Hafner, Manfred; Meier, Andreas (2005): Geriatrische Krankheitslehre. Teil I Psychiatrische und neurologische Syndrome. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S. 69
- Haunhorst, Charlotte (2016): So queer ist Deutschland wirklich. Bislang wurde die Zahl homo-, bi- und transsexueller Menschen lediglich geschätzt, nun legt eine Studie repräsentative Ergebnisse vor. <https://www.jetzt.de/lgbt/dalia-studie-zu-lgbt-anteil-in-der-bevoelkerung/>; Letzter Zugriff: 23.01.2020
- Herrn, Rainer (2005): Schnittmuster des Geschlechts. Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Hischauer, Stefan (1993): Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Hoyer, Niels (2004): Man into woman: The first sex change – a portrait of Lili Elbe. urspr.: Jarrolds 1933, Neuausgabe: Blue Boat Books, London (englisch)
- Jorgensen, Christine (2000): A personal Autobiography. San Francisco 1967, Neuauflage: Cleis Press (AutoBiografie, englisch)
- Feil, Naomi; de Klerk-Rubin, Vicki (2005): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. (= Gerontologische Reihe. Band 16). München: Ernst Reinhardt Verlag
- Frankfurter Engel: Chronik des Mahnmals Homosexuellenverfolgung, <http://www.frankfurter-engel.de/geschichte/verfolgung.html>; Letzter Zugriff: 08.12.2019
- Fröhling, Ulla (2003): Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich. Berlin: Links
- Kolbe, Angelika (2010): Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht. Eine interdisziplinäre Untersuchung. Baden-Baden: Nomos
- Klöppel Ulrike (2010): XXOXY ungelöst – Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität. Bielefeld: Transcript
- Krannich, Conrad (2016): Geschlecht als Gabe und Aufgabe. Intersexualität aus theologischer Perspektive. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Krell, Claudia u. a. (2016): Coming-out und dann? Deutsches Jugendinstitut, München
- Lang, Claudia (2006): Intersexualität – Menschen zwischen den Geschlechtern. Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Leininger, Madeleine M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Lindemann, Gesa (1993): Das paradoxe Geschlecht. Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl. Frankfurt am Main: Fischer
- Lorber, Judith (2003): Gender-Paradoxien. Opladen: Leske & Budrich
- LSVD: Rückblicke; abrufbar unter: <https://www.lsvd.de/homosexualitaet/rueckblicke/von-1949-bis-heute.html>
- Lötzerich, Suskas (2014): Hexenblut – ein Leben im Comic. Wien: Luftschacht Verlag
- Neue Gesellschaft für bildende Kunst e.V. (NGBK) (Hg.) (2005): 1-0-1 [one 'o' one] intersex. Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung. Katalog zur gleichnamigen Ausstellung vom 17. Juni bis zum 31. Juli 2005, NGBK, Berlin
- Nussberger, Erika (2014): Zwischen Tabu und Skandal. Hermaphroditen von der Antike bis heute. Wien: Böhlau Verlag
- Pettigrew, Thomas F.; Tropp, Linda R. (2006): A Meta-Analytic Test of Intergroup Contact Theory. (= Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 90, Nr. 5), 751–783
- Pfäfflin, Friedemann; Junge, Astrid (Hg.) (1992): Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart: Schattauer
- Pfäfflin, Friedemann; Junge, Astrid (Hg.) (1993): Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf. Stuttgart: Enke
- Plett, Konstanze (2002): Intersexualität aus rechtlicher Perspektive. In: Polymorph (Hg.): (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive. Berlin: Querverlag. 31–42 (Erstveröffentlichung: Recht auf ein eigenes Geschlecht. In: Gigi – Zeitschrift für sexuelle Emanzipation, Nr. 13 (Mai/Juni 2001), 24–27)

- Plett, Konstanze (2003): Intersexuelle – gefangen zwischen Recht und Medizin. In: Koher, F.; Pühl, K. (Hg.): Gewalt und Geschlecht. Konstruktionen, Positionen, Praxen. Op-laden: Leske & Budrich, 21– 41
- Polymorph (Hg.) (2002): (K)ein Geschlecht oder viele – Transgender in politischer Perspektive. Berlin: Querverlag
- Prüll, Livia (2016): Trans* im Glück. Geschlechtsangleichung als Chance. AutoBiografie, Medizinethik, Medizingeschichte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Rauchfleisch, Udo (2013): Anne wird Tom – Klaus wird Lara. Transidentität/Transsexualität verstehen. Ostfildern: Patmos
- Rauchfleisch, Udo (2014): Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Reich, Kersten (2017): Unterrichtsmethoden im konstruktivistischen und systemischen Methodenpool. http://methodenpool.uni-koeln.de/planspiel/frameset_planspiel.html; Letzter Zugriff: 27.11.2019
- Richter-Appelt, Hertha; Nieder, Timo O. (Hg.) (2014): Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health. Übersetzung der Standards of Care aus dem Englischen von Hertha Richter-Appelt und Timo O. Nieder. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Rosa, Hartmut (2017): Variationen unserer Selbst – Der Soziologe Hartmut Rosa über Theater als Resonanzraum, sein revolutionäres Potenzial und dessen Gefährdung durch die Ökonomie [im Gespräch mit Dorte Lena Eilers und Jutta Wangemann] In: Heart of the City II, Recherchen zum Stadttheater der Zukunft. Theater der Zeit Arbeitsbuch 2017. Berlin: Verlag Theater der Zeit
- Schmidt, Dieter (2019): Demenz und Sexualität im Pflegealltag aus LSBTI* Perspektive. Beitrag zur Fachtagung „Demenz und Sexualität“ von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Berlin
- Schneider, Erik; Baltes-Löhr, Christel (Hg.) (2014): Normierte Kinder – Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. Bielefeld: Transcript
- Schweizer, Katinka; Richter-Appelt, Hertha (Hg.) (2012): Intersexualität kontrovers – Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Schwulenberatung Berlin (2020): Weil ich so bin, wie ich bin – Praxisleitfaden für ambulante und stationäre Dienste. Schwulenberatung Berlin gGmbH
- Sommer, Kai (1998): Die Strafbarkeit der Homosexualität von der Kaiserzeit bis zum Nationalsozialismus: Eine Analyse der Straftatbestände im Strafgesetzbuch und in den Reformentwürfen (1871–1945), Frankfurt a. M.: Peter Lang Verlag
- Stümke, Hans-Georg (1989): Homosexuelle in Deutschland. Eine politische Geschichte. München: Beck
- Tillmanns Manuela (2015): Intergeschlechtlichkeit – Impulse für die Beratung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- TransInterQueer e. V. (2019). Begriffserklärung. <http://www.transinterqueer.org/ueber-triq/begriffserklärung>; Letzter Aufruf: 25.09.2019
- Tönsmeier, Britt (2012): Die Grenzen der elterlichen Sorge bei intersexuell geborenen Kindern. Baden-Baden: Nomos
- Voß, Heinz-Jürgen (2011): Geschlecht – Wider die Natürlichkeit. Stuttgart: Schmetterling-Verlag
- Yassin, Nadeshda (2019): Spielart Training. <http://www.spielart-training.de/methoden.html>; Letzter Zugriff: 27.11.2019
- Zehnder, Kathrin (2010): Zwitter beim Namen nennen – Intersexualität zwischen Pathologie, Selbstbestimmung und leiblicher Erfahrung. Bielefeld: Transcript
- Zinn, Alexander (2018): Aus dem Volkskörper entfernt? Frankfurt a. M.: Campus-Verlag

Teil 2

Methodensammlung und Arbeitsmaterial





Inhaltsverzeichnis

0	Vorbemerkungen	89
1	Themenbereich I	90
1.1	Modul I.1 – Methode: „Blitzinheit: Empathie – Fragen zur Identität“	90
1.2	Modul I.1 – Methode: „Filmstationen“	92
1.3	Modul I.2 – Methode: „Erklärfilm: Was ist eigentlich Geschlecht?“	94
1.4	Modul I.2 – Methode: „Erklärfilm zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt“	95
1.5	Modul I.2 – Methode: „Gender-Taboo“	96
1.5.1	Anhang A: Karten für Gender-Taboo	97
1.6	Modul I.3 – Methode: „Intersektionalität? Let’s talk about!“	98
1.7	Modul I.3 – Methode: „Zwei blaue Krokodile und die Lücke im System“	99
1.8	Modul I.4 – Methode: „My Story“	100
1.9	Modul I.4 – Methode: „So war das – ein Leben in seinem Verlauf“	102
1.9.1	Anhang A: Fragen zu den Biografien	103
1.9.2	Anhang B: Biografien	104
1.10	Modul I.4 – Methode: „Zeitstrahl“	126
1.10.1	Anhang A: Ereignisse für den Zeitstrahl	127
1.11	Modul I.5 – Methode: „Blitzinheit Diskriminierung definieren“	130
1.12	Modul I.5 – Methode: „Kaleidoskop“	131
1.12.1	Anhang A: Kaleidoskop	133
1.13	Modul I.5 – Methode: „Diskriminierung Teil 1 – Schubladendenken und Intersektionalität“	134
1.14	Modul I.5 – Methode: „Erklärfilm Homophobie begegnen“	135
1.15	Modul I.5 – Methode: „Homophobie begegnen“	136
1.15.1	Anhang A: Aussagen für die Kleingruppen	137
1.16	Modul I.5 – Methode: „Blitzinheit Empathie Diskriminierung“	138
1.16.1	Anhang A: Fallschilderung	139
1.17	Modul I.6 – Methode: „Rollenspiel im Theater ansprechen“	140
1.17.1	Anhang A: Anweisungen für das Rollenspiel	141
1.17.2	Anhang B: Reflexion des Rollenspiels	142
1.18	Modul I.6 – Methode: „Quiz Diskriminierungsschutz“	143
1.18.1	Anhang A: Quiz	144
1.18.2	Anhang B: Auflösungen und Erläuterungen für die anleitende Person	145
1.18.3	Anhang C: weiterführende Informationen, Unterstützungsangebote, Adressen	147
1.19	Modul I.7 – Methode: „Rollenspiel Johannes und Bernhard“	149
1.20	Modul I.7 – Methode: „Aus meinem eigenen Leben“	150
1.21	Modul I.8 – Methode: „Gesprächssituation Aufnahme“	151
1.21.1	Anhang A: Anweisungen für das Rollenspiel	152
1.22	Modul I.8 – Methode: „Was ist eine Familie? – Soziometrische Übung“	153
1.22.1	Anhang A: Soziometrische Übung: Konstellationen für Aufstellungen	154
1.22.2	Anhang B: Familiendefinitionen	155
1.23	Modul I.9 – Methode: „Passing-Parcours“	158
1.23.1	Anhang A: Stationen zum Passing-Parcours	159
1.24	Modul I.9 – Methode: „Film: Er, sie, they, hen: Wie wollen Trans- und Interpersonen genannt werden?“	162
1.25	Modul I.9 – Methode: „Podcast Queergefragt“	163

2	Themenbereich II	164
2.1	Modul II.1 – Methode: „Input zu Bedürfnis“	164
2.1.1	Anhang A: Inhalte zu Bedürfnis	165
2.1.2	Anhang B: mögliche Flipchartgestaltung	167
2.1.3	Anhang C: Mögliche Bedürfnisse von LSBTIQ*-Senior*innen	168
2.1.4	Anhang D: mögliche Bedürfnisse von hochaltrigen Menschen (allgemein)	169
2.2	Modul II.1 – Methode: „Zeig mir meine Geschichte“	170
2.3	Modul II.1 – Methode: „Moment mal! – ein Standbild“	171
2.3.1	Anhang A: Arbeitsblatt Fallbeschreibungen	172
2.3.2	Anhang B: Aufgabenstellungen für die jeweiligen Akteur*innen	173
2.3.3	Anhang C: Diskussionsanregungen für die Referent*innen	174
2.4	Modul II.1 – Methode: Der Fall „Altmann“ (Vertiefung zu HIV/Aids)	176
2.4.1	Anhang A: Anregungen für Referent*innen zum Fall „Altmann“ (Vertiefung zu HIV/Aids)	177
2.5	Modul II.1 – Methode: „Gedankenaustausch“	178
2.5.1	Anhang A: Handlungssituationen und Leitfragen für die Teilnehmenden	179
2.5.2	Anhang B: Handlungssituationen und Denkanstöße bzw. Auswahl der Lösungsansätze für Referent*innen	183
2.6	Modul II.2 – Methode: „Realitäten“	189
2.6.1	Anhang A: Vorlage zum Kopieren und Ausschneiden	190
2.6.2	Anhang B: Fragen zur Reflexion der Szene	191
2.7	Modul II.2 – Methode: „Inhalt zu Demenz und LSBTIQ*“	192
2.7.1	Anhang A: Inhalt zu Demenz	193
2.7.2	Anhang B: Besonderheiten bei LSBTIQ*	194
2.8	Modul II.2 – Methode: „Fälle mit Leitfragen“	196
2.8.1	Anhang A: Fälle mit Leitfragen	197
2.8.2	Anhang B: mögliche Handlungsoptionen/Ideen für Referent*innen	199
2.9	Modul II.3 – Methode: „Pflegefachliche Inhalte zu trans*“	202
2.9.1	Anhang A: Pflegerelevante Informationen zu Transgeschlechtlichkeit	203
2.9.2	Anhang B: trans* und Alter	204
2.9.3	Anhang C: Erfahrungen von Pflegenden	206
2.10	Modul II.3 – Methode: „Leitlinie kennenlernen“	207
2.10.1	Anhang A: Arbeitsaufträge	208
2.11	Modul II.3 – Methode: „Erfahrungen von Inter* würdigen“	209
2.11.1	Anhang A: Reflexionsfragen für die Erfahrungsberichte	210
2.11.2	Anhang B: Hintergrundinformationen für Referent*innen	211
2.11.3	Anhang C: Merkblatt für den pflegerischen Alltag	215
2.12	Modul II.3 – Methode: „Stille Gedankenflüge“	216
2.12.1	Anhang A: Fallbeispiel zur Diskussion	217
2.12.2	Anhang B: Handlungssituationen und Denkanstöße bzw. Auswahl der Lösungsansätze für Referent*innen	219
2.13	Modul II.4 – „Planspiel“	222
2.13.1	Anhang A: Arbeitskarten	224
2.13.2	Anhang B: Rollenkarten	226
2.13.3	Anhang C: Ereigniskarten	231
2.13.4	Anhang D: Ergebnisse für die Konferenz	233
2.13.5	Anhang E: Reflexion des Prozesses	234
3	Mikro-Coaching	236
3.1	Beispielhaftes Instrument zum selbstständigen Coaching	236
3.1.1	Anhang A: Fragebogen zum selbstständigen Coaching	237

0 Vorbemerkungen

Das vorliegende Fortbildungspaket ist für alle Personen geeignet, die im Bereich der Begleitung und Pflege älterer Menschen tätig sind. Von der Pflegedienstleitung über das Pflegefachpersonal inklusive Geschäftsführung bis hin zum Facility Management und den Köch*innen: Wir möchten Gelegenheit bieten, in wertschätzender und vielfältiger Weise die eigenen biografischen Erfahrungen zu erkunden und durch Reflexion nutzbar zu machen, Kenntnisse zu erwerben und zu vertiefen, Empathie zu entwickeln und als Ressource im beruflichen Alltag zu nutzen und so ganze Einrichtungen zu verändern, sodass möglichst vielen Menschen ein Leben in Anerkennung, Würde und Wertschätzung auch im Alter möglich ist.

Das Paket funktioniert in einem Baukastensystem. Sie finden bei jeder Methode eine Zeitangabe und können so planen, welche Methode an welcher Stelle passt. Sie möchten einfach einen Denkanstoß in einer Teamsitzung geben? Suchen Sie eine „Blitzinheit“ heraus. Sie können zu einem späteren Zeitpunkt an die Inhalte anknüpfen, eventuell mit einer längeren Einheit.

Es kann vorkommen, dass sich in den Texten Begriffe finden, die zunächst Irritationen hervorrufen. Das ist so gewollt und die Irritationsmomente sollen als willkommene Lerngelegenheiten genutzt werden. Ermuntern Sie Ihr Team, selbstständig zu recherchieren – auf dem Smartphone, als Hausaufgabe oder wie auch immer es für Sie am besten passt.

Bauen Sie für sich und Ihr Team ein passgenaues Angebot zusammen und legen Sie einfach los!

Alle Anleitungen haben den gleichen Aufbau und beinhalten Zielsetzung, Zeitumfang, benötigtes Material und eine Schritt-für-Schritt-Anleitung.

Viel Freude beim Entdecken und Lernen!

1 Themenbereich I

1.1 Modul I.1 – Methode: „Blitzinheit: Empathie – Fragen zur Identität“

Methodenname

Blitzinheit: Empathie – Fragen zur Identität

Modulbereich

I.1 Grundlagen zu LSBTIQ*

kurz erklärt

In dieser kurzen Einheit soll Sensibilität für Fragen nach der Identität gestärkt werden.

Ziele

Die Fachkräfte schärfen den Blick auf das eigene Verhalten und das anderer. Heteronormativität wird spürbar.

Zeit

15 Minuten

Material

Es wird kein Material benötigt.

Teilnehmendenzahl

mind. 6 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

Lassen Sie die Teilnehmenden entspannt im Raum spazieren gehen. Sie sollen einander begrüßen. Danach sollen sie sich in jeder Runde mit einer anderen Person in einer Zweiergruppe zusammenfinden. Bei ungerader Anzahl wird eine Dreiergruppe gebildet. In jeder Runde sollen die Teilnehmenden sich zu einer Frage austauschen:

- Seit wann wissen Sie, dass Sie heterosexuell sind?
- Drei Minuten Austausch, dann wieder spazieren und neue Gruppe bilden lassen.
- Wie haben Sie sich geoutet?
- Drei Minuten Austausch, dann wieder spazieren und neue Gruppe bilden lassen.
- Denken Sie, es gab einen Auslöser für Ihre Heterosexualität?
- Hinterher werden die Teilnehmenden kurz gefragt, wie es sich angefühlt hat, diese Fragen gestellt zu bekommen. Die Teilnehmenden werden darauf aufmerksam gemacht, dass manchen Menschen diese Fragen ständig gestellt werden und welchen Druck das erzeugt, sich für die eigene Identität zu rechtfertigen.

Darauf soll geachtet werden

Diese Übung ist für mehrheitlich heterosexuelle Gruppen gedacht. Wenn eine oder mehrere der teilnehmenden Personen homosexuell ist/sind, dürfen sie selbst entscheiden, ob sie mitmachen möchten. Die Leitung stellt dann nur die Fragen und es müssen keine Antworten gegeben werden. Das übliche Verhältnis wird also umgedreht.

Variante

- Für eine Sensibilisierung im trans* Bereich ändern Sie die Fragen entsprechend ab:
 - Seit wann wissen Sie, dass Sie cis-geschlechtlich sind?
 - Wie haben Sie sich geoutet?
 - Wie sehen Ihre Genitalien aus?
- Für eine Sensibilisierung im Inter* Bereich ändern Sie die Fragen entsprechend ab:
 - Wie fühlt es sich an, im Zweigeschlechtersystem eindeutig verortet zu sein?
 - Auf welche Toilette gehen Sie?
 - Wann haben Sie bemerkt, dass Ihr Körper der Geschlechternorm entspricht?

1.2 Modul I.1 – Methode: „Filmstationen“

Methodenname

Filmstationen

Modulbereich

I.1 Grundlagen vermitteln zu LSBTIQ*

kurz erklärt

In dieser Einheit soll Sensibilität für Fragen nach der Identität gestärkt werden.

Ziele

Die Bedeutung der Abkürzung LSBTIQ* wird erklärt.

Zeit

45 Minuten

Material

Filme, Beamer und Laptop

Teilnehmendenzahl

mind. 6 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

Das Video „Was bedeutet LSBTIQ*?“ wird zwei Mal gemeinsam geschaut.

Quelle: Tagesschau, #kurzerklärt: Was bedeutet LSBTIQ*?, YouTube, 29.06.2019, Web, in:

<https://www.youtube.com/watch?v=U7mko23eb5l>








Auswertungsfragen im Plenum:

- Welche Szene hat Sie irritiert oder verwundert?
- Wo haben Sie etwas für Ihre Praxis gelernt?
- Was ist unklar oder offen geblieben? Haben Sie noch Fragen?

Vertiefung:

Eine Auswahl an Kurzfilmen lädt zu einer Vertiefung des Themas ein.

Inter*: Audrey und Luca	Quelle: Genderdings-Dissens – Institut für Bildung und Forschung e. V. https://genderdings.de , Inter*: Audrey und Luca, YouTube, 29.10.2018, Web, in:	
HollySiz – The Light	Quelle: HollySiz, The Light, YouTube, 24.09.2014, Web, in: https://www.youtube.com/watch?v=Cf79KXBCIDg	
„Ich bin kein Mädchen“ – Die Transjugendlichen Feli und Jim	Quelle: PULS Reportage, „Ich bin kein Mädchen“ – Die Transjugendlichen Feli und Jim, YouTube, 06.07.2015, Web, in: https://www.youtube.com/watch?v=V3RbAEBiB3c	

<p>Was ist Trans ..., Inter ...?</p>	<p>Quelle: ardmediathek, Erklärvideo: Was ist Trans ..., Inter ...?, 15.07.2020 · RESPEKT · ARD-alpha, Web, Was ist Trans ..., Inter ...? https://www.ardmediathek.de/alpha/video/respekt/was-ist-trans-inter/ard-alpha/Y3JpZDovL2JyLmRlL3ZpZGVvL2FkNWE4NzgyLTE5ODctNDA5OC04ZDhIWm0MjcxOGJmZTAxMw/</p>	
<p>Tarik Tesfu: Schwul ist cool!</p>	<p>Quelle: Tarik Tesfu https://www.youtube.com/watch?v=YJAZFS-H1DU</p>	

1.3 Modul I.2 – Methode: „Erklärfilm: Was ist eigentlich Geschlecht?“

Methodenname

Erklärfilm: Was ist eigentlich Geschlecht?

Modulbereich

I.2. Geschlechtliche Identitäten

kurz erklärt

Erklärfilm wird gemeinsam geschaut und mit Hilfe unterschiedlicher Fragestellungen besprochen/reflektiert.

Quelle: Genderdings-Dissens – Institut für Bildung und Forschung e.V.

<https://genderdings.de>,

Was ist eigentlich Geschlecht?, 08.10.2018, Web, in:

<https://genderdings.de/gender/>



Ziele

- Leichter Einstieg ins Thema: das Geschlecht.
- Hintergrundwissen zum Thema Geschlecht wird erworben.

Zeit

30 Minuten

Material

Film, Beamer und Laptop mit Internetzugang

Teilnehmendenzahl

mind. 6 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

Der Film wird zwei Mal gezeigt.

Für die Auswertung des Films werden zwei Schritte empfohlen:

Schritt 1: Spontane Stellungnahmen zum Film

Die Teilnehmenden tauschen sich im Plenum aus:

- Welche Szene hat Sie irritiert oder verwundert?
- Wo haben Sie etwas für Ihre Praxis gelernt?
- Was ist unklar oder offen geblieben? Wo haben Sie noch Fragen?

Schritt 2: Biografiearbeit Film: Gender – das soziale Geschlecht

- Was sind die typischen geschlechtsspezifischen Zuschreibungen, die Sie als Junge oder Mädchen in der Kindheit mitbekommen haben?
- Welchen Traumberuf haben Sie gehabt? War der Traumberuf typisch Junge oder Mädchen?
- Welche geschlechtsspezifischen Hierarchien spielen in der heutigen Gesellschaft/in der Pflegeeinrichtung, in der Sie arbeiten, immer noch eine wichtige Rolle?

Darauf soll geachtet werden

Die Videos liefern einen ersten Ansatz zum Hintergrundwissen. Sie sind nicht dazu da, durch ihr Anschauen allein ein grundlegendes Umdenken herbeiführen zu können.

Hinweis für die Dozent*innen: Für die Strukturierung und Vertiefung der Begriffe wird folgende Seite empfohlen: <https://interventionen.dissens.de/materialien/glossar>

1.4 Modul I.2 – Methode: „Erklärfilm zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt“

Methodenname

Erklärfilm zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt

Quelle: Dissens e.V., Erklärfilm zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt, interventionen.dissens.de, Web, in:
<https://interventionen.dissens.de/materialien/erklaerfilm> (Dissens e.V.)



Modulbereich

I.2. Geschlechtliche Identitäten

kurz erklärt

Erklärfilm wird geschaut und mit Hilfe unterschiedlicher Aufgaben besprochen/reflektiert.

Ziele

Viel Inhalt niederschwellig vermitteln.

Zeit

20 Minuten

Material

Film, Beamer und Laptop mit Internetzugang

Teilnehmendenzahl

min. 3 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

1. Kleingruppenarbeit vor dem Film

Die Teilnehmenden werden gebeten, in Kleingruppen Begriffe zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt zu sammeln. Je mehr, desto besser.

2. Der Film wird zwei Mal gezeigt

Die Teilnehmenden sammeln erneut Begriffe. Diesmal jene, die im Film zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt gefallen sind.

3. Zurück in die Kleingruppe

- Die Teilnehmenden vergleichen die gesammelten Begriffe aus dem ersten und dem zweiten Schritt.
- Welche Begriffe waren bei Ihrer Sammlung nicht dabei?
- Welche Begriffe sind noch unklar?

Hinweis für die Dozent*innen: Für die Strukturierung und Vertiefung der Begriffe wird folgende Seite empfohlen: <https://interventionen.dissens.de/materialien/glossar>

1.5 Modul I.2 – Methode: „Gender-Taboo“

Methodenname

Gender Taboo

Modulbereich

I.2. Geschlechtliche Identitäten

kurz erklärt

Zwei Gruppen werden gebildet. Begriffe werden beschrieben und müssen erraten werden. Zwei Begriffe dürfen beim Beschreiben nicht genannt werden. Die Methode greift die Begriffe aus dem Erklärfilm zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt (Dissens e. V.) auf.

Ziele

Spielerische Verfestigung des Modulinhalts. Die Methode dient der spielerischen Wiederholung, Festigung und Klärung von erlernten Begriffen. Sie gibt der Seminarleitung zudem einen Einblick in den Lernstand der Teilnehmenden.

Zeit

variabel, max. 30 Minuten

Material

Stoppuhr, Methodenkarten (8–10 Stück pro Gruppe)

Teilnehmendenzahl

mind. 6 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Es werden zwei gleich große Gruppen gebildet.
- Auf den Kärtchen steht oben der Begriff, der erklärt werden soll (z. B. Lesbe) und darunter stehen No-Go-Wörter (z. B. Homosexualität und Frau). Die zwei Wörter dürfen zum Erklären nicht genutzt werden.
- Eine Person aus der ersten Gruppe beginnt, zieht ein Kärtchen und versucht, den Personen aus der eigenen Gruppe den Begriff zu erklären. Der*die Dozent*in achtet darauf, dass die erklärende Person keines der zwei Tabu-Wörter benutzt. Wird ein Tabu-Wort benutzt, muss ein neuer Begriff erklärt werden.
- Ziel ist es, möglichst viele Begriffe in 30 Sekunden zu erraten.
- Anschließend ist die Gruppe zwei dran.

Hinweise: Wenn die Person mit dem Begriff, den sie gezogen hat, nichts anfangen kann, darf ein neuer Begriff gezogen werden.

Darauf soll geachtet werden

Vorher: Die Begriffe sollten im Vorfeld alle schon mal gefallen und erklärt worden sein.

Nachher: Es ist sinnvoll, danach noch einmal Raum zur Klärung von Begriffsfragen zu geben und ggf. auch zurückgegebene oder falsch erklärte bzw. geratene Begriffe zu besprechen.

1.5.1 Anhang A – Karten für Gender-Taboo



Heterosexualität Mann Frau	Homosexualität schwul lesbisch	Bisexualität beide sexuelle Ori- entierung	Pansexualität unabhängig sexuelle Orientierung
schwul lesbisch gay	lesbisch Homosexualität Frau	Trans-Mann Frau OP wechseln	cis-geschlecht- lich trans* Gegenteil normal
Cis-Mann trans* natürlich Biologisches	Trans-Mann Frau Trans-Frau	Trans* Gegengeschlecht Geschlechter- wechsel	Gender-queer Heteronorma- tivität Kultur
Homofeindlich- keit Diskriminierung Gewalt	Intergeschlecht- lichkeit Zwitter Genitalien	Queer anders	Sexismus Frau Diskriminierung
Transfeindlich- keit Diskriminierung Gewalt Zweigeschlecht- lichkeit	Cis-Frau biologisch	Drag Queen Verkleidung	asexuell sexuelle Ori- entierung

1.6 Modul I.3 – Methode: „Intersektionalität? Let's talk about!“

Methodenname

Intersektionalität? Let's talk about!

Quelle: Rosapedia https://www.youtube.com/watch?v=Nw_M-FEzsNc



Modulbereich:

I.3 Intersektionalität

kurz erklärt

Der Kurzfilm liefert eine einfache Erklärung des Begriffs „Intersektionalität“.

Ziele

- Einstieg ins Thema Intersektionalität.
- Anregung einer offenen Diskussion.

Zeit

variabel, max. 30 Minuten

Material

Laptop, Beamer, Internetzugang

Teilnehmendenzahl

mind. 2 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

Mögliche Fragen an die Gruppe:

- Was ist Intersektionalität?
- Welche Beispiele aus Ihrem beruflichen und Ihrem privaten Leben fallen Ihnen ein?

1.7 Modul I.3 – Methode: „Zwei blaue Krokodile und die Lücke im System“

Methodenname

Zwei blaue Krokodile und die Lücke im System

Quelle: Portal Intersektionalität, Zwei blaue Krokodile und die Lücke im System, portal-intersektionalitaet.de, Web, in: <http://portal-intersektionalitaet.de/forum-praxis/methodenpool/intersektionalitaet/2012/blaue-krokodile/>



Modulbereich:

I.3 Intersektionalität

kurz erklärt

Der Kurzfilm ermöglicht eine Vertiefung des Begriffs „Intersektionalität“.

Ziele

- Vertiefung ins Thema Intersektionalität.
- Konkretisierung des Themas Mehrfachdiskriminierung.

Zeit

variabel, max. 45 Minuten

Material

Laptop, Beamer, Internetzugang

Teilnehmendenzahl

mind. 2 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

1. Schritt: Die ersten Eindrücke werden mit Hilfe von folgenden Fragen gesammelt:

- Was wollen Sie spontan zu dem Film sagen?
- Was sind Ihre Eindrücke?
- Was hat Ihnen gefallen?

2. Schritt: Frageoptionen für strukturiertes Analysieren:

- Was sind die wichtigsten Themen des Films?
- Sind die Inhalte/Themen des Films wichtig für den Arbeitsalltag in Ihrer Einrichtung?
Wenn ja, welche und warum?

1.8 Modul I.4 – Methode: „My Story“

Methodenname

My Story

Modulbereich:

I.4 Historische Entwicklungen in Deutschland

kurz erklärt

„My Story“ ist eine Methode zum biografischen Einstieg (besonders für altersgemischte Gruppen) in die Vermittlung gesellschaftspolitischer Entwicklungen und deren Relevanz, die außerdem die eigenen Deutungsfilter offenbaren hilft.

Ziele

Haltung.

Reflexion der eigenen Erziehung / die Teilnehmenden haben eine innere Reflexion über die eigenen Prägungen vorgenommen.

Veränderungen visualisieren.

Schärfung des eigenen Blicks.

Zeit

90 Minuten (2 UE)

Material

- Ausreichend Flipchartmarker (mindestens einer pro Kleingruppe)
- Flipchartpapier (mindestens ein Bogen pro Kleingruppe)
- Metaplanwand für die Ergebnisse oder Wände und Kreppband oder ausreichend Platz auf dem Boden

Teilnehmendenzahl

mind. 4 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Anleitenden erklären den Teilnehmenden, dass die Übung verdeutlichen soll, wie sich die Sichtbarkeit von LSBTIQ* im Laufe der letzten Jahrzehnte verändert hat.
- Es ist wichtig, den Teilnehmenden zu verdeutlichen, dass niemand sich selbst outen muss, sondern es vielmehr um die Entwicklung gesellschaftlicher Strukturen geht.
- Die Teilnehmenden gruppieren sich linear im Raum nach ihren Geburtsjahrgängen. Die Anleitenden bitten die Teilnehmenden, sich in Gruppen von maximal vier Personen möglichst im selben Geburtsjahrzehnt zusammenzufinden.
- Jede Gruppe bekommt ein Flipchart und ausreichend Stifte ausgehändigt.
- Für alle sichtbar werden folgende Fragen projiziert/verteilt/angeschrieben:
- Wann bin ich das erste Mal mit LSBTIQ* in Kontakt gekommen?
- Was war das für eine Situation?
- Wie ist mit mir darüber gesprochen worden? Und wo? Zu Hause? In der Schule?
- Wie habe ich LSBTIQ* in den Medien wahrgenommen?
- Die Aufgabe ist, sich mit ausreichend Zeit und in einem vertraulichen Rahmen in der Kleingruppe zu den Fragen auszutauschen. Die Gruppe soll auf dem Flipchartpapier ihre Ergebnisse stichpunktartig festhalten und das Geburtsjahrzehnt kenntlich machen.
- Es ist wichtig, dass keine Namen zu einzelnen Erfahrungen und Aussagen kenntlich gemacht werden, sondern die Gruppe in einen guten Austausch kommt. Die Erfahrungen sind oft sehr ähnlich und lassen gesellschaftliche und juristische Entwicklungen erkennen.
- Der Gruppe muss deutlich gemacht werden, dass niemand verpflichtet ist, persönliche Erfahrungen zu offenbaren, die mit der eigenen Identität zusammenhängen. Selbstverständlich ist es aber willkommen.

- Je nach Kleingruppengröße kommen die Teilnehmenden nach rund 40 Minuten wieder zusammen. Die Flipcharts werden für alle sichtbar chronologisch aufgehängt und die Gruppen stellen nacheinander vor, was sie aufgeschrieben haben und in groben Zügen, was in der Kleingruppe besprochen wurde.
- Fragen für die gemeinsame Auswertung:
- Wie hat es sich angefühlt, über die Erfahrungen zu sprechen?
- Was ist an Veränderungen aufgefallen?
- Gab es eine Person, die ganz andere Erfahrungen gemacht hat als die anderen in der Gruppe?
- Was geht den Teilnehmenden durch den Kopf, wenn sie die Plakate nebeneinander sehen?

Darauf soll geachtet werden

- Die Gruppe sollte sich mindestens in einer Kennenlerneinheit bereits aufgewärmt haben.
- Die Kleingruppen sollten vier Teilnehmende nicht überschreiten.
- Für die Auswertungsrunde sollte genügend Zeit eingeplant werden.
- Es kann vorkommen, dass Teilnehmende von eigenen oder beobachteten Gewalterfahrungen berichten. Geben Sie Raum dafür und kommentieren sensibel.
- Positionieren Sie sich selbst, falls abwertende Äußerungen getätigt werden. Diese erfolgen manchmal als Zitat. Auch dann sollten sie mit einer anders lautenden Position belegt werden.

1.9 Modul I.4 – Methode: „So war das – ein Leben in seinem Verlauf“

Methodenname

So war das – ein Leben in seinem Verlauf

Modulbereich

I.4 Historische Entwicklungen in Deutschland

kurz erklärt

Mit dieser Methode sollen beispielhafte Lebensverläufe von Menschen betrachtet werden, die heute zu der Personengruppe der älteren und alten LSBTIQ* gehören.

Ziele

Faktische Informationen zur Zielgruppe werden mit „echten“ Geschichten verknüpft und können besser abgespeichert werden. Es entsteht eine neue Empathie. Die Wichtigkeit von Biografiearbeit wird unterstrichen, ein ganzheitliches Bild des Menschen in seinen Umständen wird gestärkt.

Zeit

75 Minuten (1,5 UE)

Material

- Flipchartpapier und -stifte
- Anhang A: Fragen zu den Biografien
- Anhang B: Biografie Hannelore
- Anhang C: Biografie Johannes
- Anhang D: Biografie Jutta
- Anhang E: Biografie Klaus
- Anhang F: Biografie Mark
- Anhang G: Biografie Jessica
- Anhang H: Biografie Toni

Teilnehmendenzahl

unbegrenzt

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Je nach Anzahl der Teilnehmenden bilden Sie Gruppen von jeweils maximal vier Personen.
- Jede Gruppe bekommt eine Biografie (es können zwei Gruppen auch dieselbe Biografie erhalten).
- Geben Sie den Gruppen ausreichend Zeit (ca. 20 Minuten), die Biografien zu lesen und zu besprechen.
- Teilen Sie danach die Fragen aus und lassen Sie die Gruppen 20 Minuten lang diskutieren.
- Die Teilnehmenden sollen auf Flipchartpapier die Antworten stichpunktartig notieren und kenntlich machen, welche Biografie sie bearbeitet haben.
- Kommen Sie anschließend wieder zusammen und lassen die Gruppen die Ergebnisse der anderen in einem Rundgang anschauen (ca. 20 Minuten).
- Tauschen Sie sich in der großen Runde kurz gemeinsam aus (15 Minuten).

1.9.1 Anhang A – Fragen zu den Biografien

Was hat Sie beim Lesen und Besprechen der Biografie berührt?

Welche Ressourcen, denken Sie, bringt dieser Mensch mit?

Die Person, deren Biografie Sie vorliegen haben, kommt in Ihre Einrichtung.

Was denken Sie, benötigt diese Person speziell im Alltag?

Formulieren Sie spezifische Eigenschaften der Person, die in ihrer Geschichte begründet liegen!

Was bräuchten Sie konkret, um eine möglichst gelingende Pflege und Betreuung für diese Person gewährleisten zu können?

Natürlich können Sie auch Fragen selbst formulieren, die für Ihre Belange passend sind.

Bemerkung:

Erstellung und Recherche aller Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Die folgenden Biografien stehen jeweils stellvertretend für eine Generation und beinhalten aus didaktischen Gründen ein breites Spektrum negativer Erfahrungen. Dies bedeutet nicht, dass jede queere Person dieser Generation negative Erfahrungen in dieser Intensität gemacht haben muss.

Es geht hierbei nicht so sehr um eine individuelle, tatsächliche Geschichte, sondern darum, einen beispielhaften Querschnitt des Spektrums abzubilden.

Neben historischen Recherchen hat die Autorin mit Aktivist*innen aus den jeweiligen Bereichen gesprochen und die Biografien auf ihre Sinnhaftigkeit und Wirkung geprüft.

1.9.2 Anhang B – Biografien

Biografie intergeschlechtlicher Mensch Hannelore

Hinweis: Erstellung und Recherche der Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Diese Biografie steht stellvertretend auch für all jene Menschen, die Verfolgung, Ablehnung und Gewalt nicht überlebt haben. Noch heute ist die Rate der Suizidversuche unter Jugendlichen aus dem LSBTIQ*-Spektrum vier Mal so hoch wie bei anderen Jugendlichen (Deutsches Jugendinstitut, 2015).

*1939 in Berlin

Bereits vor Hannelores Geburt ist es durchaus üblich, dass die Genitalien intergeschlechtlicher Menschen fotografiert und öffentlich zur Schau gestellt werden. Sie gelten als „krank“ und „missgebildet“. In der Weimarer Republik gibt es kurzzeitig eine Besserung, der Begriff „Intersexualität“ wird eingeführt. Dem Stand der Forschung entsprechend werden komplizierte Operationsverfahren entwickelt, die sich aber vor allem nach dem psychosozialen Stand der Personen richten und nicht Kindern einen Körper aufzwingen wollen. Der Nationalsozialismus bedeutet einen erheblichen Rückschlag und großes Leid. 1936 fordert der Rassenhygieniker Fritz Lenz Experimente an intersexuell geborenen Kindern.

- 1939: Hannelore wird in Berlin als drittes Kind der Eheleute Hermann und Hildegard geboren. Die Familie lebt in klassisch einfachen Verhältnissen in Moabit. Die Hebamme, die Hannelores Geburt betreut, nimmt den Vater beiseite und äußert den Verdacht, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt, es sei möglicherweise ein *Hermaphrodit*. Sie rät dazu, diesen Umstand zu verstecken, um dem Kind großes Leid zu ersparen und es einfach als Mädchen aufzuziehen. „Es kommen sicher bessere Zeiten“, raunt sie dem Vater zu.
- 1940: Der Vater Hermann wird an die Front geschickt. Hildegard bleibt mit den drei Kindern in Berlin. Hannelore ist ein fröhliches Kind. Die Eltern haben sich an den Rat der Hebamme gehalten und stellen Hannelore keinem Arzt vor.
- 1944: Hannelore wird bei einem Bombenangriff mit ihrem Bruder Ernst verschüttet. Erst nach 30 Stunden werden die beiden Kinder befreit. Ernst spricht fortan nicht mehr, nachts wacht er schreiend auf. Hannelore behält ein Zucken des linken Auges zurück. Im Herbst des Jahres wird Vater Hermann an der Front getötet.
- 1945: Kriegsende. Hildegard und die drei Kinder Gerd, Ernst und Hannelore haben überlebt.
- 1948: Hildegard heiratet Otto, der ehemaliger Frontsoldat ist und mit Hermann in einer Einheit war. Ernst wird auf Ottos Geheiß in ein Krankenhaus überwiesen, das sein Schreien und seine Stummheit heilen soll. Er bleibt auf unbestimmte Zeit in der Klinik.
- 1949: Geburt der Halbschwester Irene.
- 1951: Geburt der Halbschwester Marlene.
- 1953: Otto hat von dem amerikanischen Arzt und Psychiater John Money gehört, der mit frühkindlichen Operationen an intergeschlechtlichen Kindern experimentiert. Er will, dass die 14-jährige Hannelore einem Arzt vorgestellt wird: „So wie sie ist, findet sie nie einen Mann und bleibt uns auf der Tasche liegen.“
- 1954: Hannelore beginnt eine Lehre als Kauffrau in einem Einzelhandelsgeschäft. Hildegard vereinbart einen Termin bei einem Arzt, der als fachkundig gilt. Hannelore wird nichts vom Ziel des Arztbesuchs erzählt. Ihr wird gesagt, es gehe um eine Routineuntersuchung. An Weihnachten ist Ernst zu Besuch zu Hause. Auf dem Rückweg in die Klinik springt er von einer Brücke und ertrinkt im eiskalten Wasser. Bei der Beisetzung des 17-Jährigen bricht Hannelore zusammen.

- 1955: Der 16-jährigen Hannelore wird mitgeteilt, dass sich in ihrem Bauch etwas Krankes befindet, das entfernt werden muss. Es handelt sich um innenliegende Hoden, die der Arzt entdeckt hat. Was ihr nicht gesagt wird: Ihre Klitoris wird operativ verkleinert und ihre Harnröhre operiert. Als sie aufwacht, leidet sie unter extremen Schmerzen und fühlt zwischen ihren Beinen kaum etwas, nur dicke Binden. Niemand sagt ihr, was passiert ist. Sie kann viele Tage lang nur unter Schmerzen laufen und behält Schmerzen beim Wasserlassen zurück.
- 1957: Hannelore schließt ihre Lehre mit Ach und Krach ab und wird nicht übernommen. Sie hat Schlafstörungen und wirkt schwermütig. Sie äußert immer wieder Beschwerden beim Wasserlassen. Hildegard weiß keine Erklärung dafür. Hannelore äußert massive Abneigung gegen Ärzt*innen und kann zu keinem weiteren Besuch bewegt werden.
- 1959: Hannelore verlässt die elterliche Wohnung kaum noch. Sie kümmert sich um die beiden jüngeren Schwestern, meidet aber jeden Kontakt zu ihr fremden Menschen. Hildegard ist besorgt. Auf Anraten Ottos wird Hannelore gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik vorgestellt. Sie bleibt sechs Wochen dort. Danach wirkt sie etwas lebendiger, verlässt aber nach wie vor kaum das Haus.
- 1962: Die 23-jährige Hannelore heiratet Wolfgang, den sie aus der Nachbarschaft kennt. Sie zieht mit ihm in eine kleine Wohnung in der Gegend. Er ist sehr liebevoll zu ihr und ist besorgt, dass der Geschlechtsverkehr ihr große Schmerzen bereitet. Sie weigert sich, einen Arzt aufzusuchen.
- 1964: Wolfgang findet Hannelore auf dem Boden im Wohnzimmer. Sie hat Tabletten genommen und versucht, sich das Leben zu nehmen. Sie überlebt und kommt aus dem Krankenhaus anschließend wiederum in eine psychiatrische Klinik. Dort bleibt sie mehrere Wochen und wird gegen Depressionen medikamentös behandelt.
- 1966: Hannelore leidet unter ihrer ungewollten Kinderlosigkeit und den andauernden Schmerzen im Genitalbereich und lässt sich schließlich untersuchen. Eine Ärztin sagt ihr, dass sie vermutet, sie sei als *Hermaphrodit* geboren und würde niemals Kinder bekommen können. Hildegard streitet alles ab. Die Operation, an die sich Hannelore gut erinnert, hätte in keinem Zusammenhang damit gestanden. Nach einem erneuten Suizidversuch Ende des Jahres erzählt Hildegard ihr alles. Wolfgang drängt Hannelore, einen Psychologen aufzusuchen. Schließlich beginnt sie eine Therapie.
- 1969: Hannelore liest zufällig über Hugo Höllenreiner, der als deutscher Sinto das Vernichtungslager Auschwitz überlebt hat. Er berichtet unter anderem, wie er 1943 von Lagerarzt und Kriegsverbrecher Josef Mengele bei Versuchen zur operativen Geschlechtsumwandlung als neunjähriger Junge im Genitalbereich verletzt wurde. Höllenreiners Beschreibung lässt brutale Versuche zur Schaffung einer Neo-Vagina am Kind vermuten. Sie entdeckt, dass es eine lange Geschichte intergeschlechtlicher Menschen in Deutschland gibt.
- 1970: Die 31-jährige Hannelore lässt sich alle Unterlagen des Arztes zeigen, der ihre Operation veranlasst hat. Sie bricht den Kontakt zu ihrer Mutter und dem Stiefvater vorerst ab. Ihr Bruder Gerd steht ihr sehr nahe, er besucht sie viel und pflegt die Beziehung zwischen seinen Söhnen und ihr. Zu den Halbschwestern hatte sie ein inniges Verhältnis, dieses kühlt nach dem Bruch mit den Eltern jedoch deutlich ab.
- 1971: Hannelore folgt dem Rat einer Ärztin, korrigierende Operationen im Genitalbereich und an der Harnröhre vornehmen zu lassen, damit ihre anhaltenden Schmerzen gelindert würden. Es werden im Laufe des Jahres zwei Operationen durchgeführt, da es bei der ersten zu Komplikationen kommt. Hannelore erhält Dilatatoren, um ihre Vagina zu weiten. Dies soll Schmerzen beim Geschlechtsverkehr mindern. Hannelore empfindet vieles während ihres Krankenhausaufenthaltes als demütigend. Ein Arzt sagt ihr, sie solle sich damit abfinden, unnormal zu sein, ein anderer lobt ihre ungewöhnlich schönen Brüste, viele weitere Ärzte untersuchen ihren Körper auf viele mögliche Weisen.

- 1978: Hannelore gibt dem ständigen Bitten ihrer Mutter nach und trifft Hildegard zum ersten Mal wieder. Den Kontakt zu Otto lehnt sie ab. Es entsteht ein loser Kontakt zur Mutter. Das Thema der Operation lässt sich mit Hildegard nicht ansprechen.
- 1980: Otto stirbt an einem Herzleiden. Der Mutter und den Schwestern zuliebe gehen Hannelore und Wolfgang zu seiner Beerdigung.
- 1984: Die 45-jährige Hannelore erfährt durch Zufall von einer Gruppe Menschen, die, wie sie, intergeschlechtlich geboren wurden und sich alle zwei Wochen in den Räumen eines Kirchenkreises treffen.
- 1985: Hannelore geht gemeinsam mit Wolfgang zu einem der Treffen. Sie ist erstaunt über all die Geschichten, die ihrer so sehr ähneln und beginnt, ein neues Lebensgefühl zu entwickeln. An öffentlichen Aktionen und Ähnlichem will sie nicht teilnehmen, den Austausch schätzt sie aber sehr.
- 1989: Hannelore schließt sich, zumindest schriftlich, Protesten gegen die Operation von intergeschlechtlichen Babys und Kindern an.
- 1990: Hildegard stirbt an einem Schlaganfall.
- 1994: Die 55-jährige Hannelore bekommt die Diagnose Morbus Parkinson.
- 1995: Hannelore nimmt an Protesten der Bewegung intergeschlechtlicher Menschen im öffentlichen Raum teil.
- 1997: Wolfgang stirbt an Lungenkrebs. Hannelore ist am Boden zerstört, er war ihr Halt im Leben.
- 1999: Hannelore verlässt die Wohnung nur im allernötigsten Fall. Ihre Krankheit Parkinson verschlechtert sich rapide, seitdem Wolfgang gestorben ist. Sie wird nur von ihrem Bruder Gerd und zwei Menschen aus der aktivistischen Gruppe besucht.
- 2005: Gerd stirbt. Hannelores einziger Kontakt zur Welt ist der Besuch eines Aktivisten aus der Gruppe. Er organisiert Besuche durch weitere, jüngere Aktivist*innen, die alle 14 Tage erfolgen und Hannelore bei Einkäufen behilflich sind.
- 2007: Die 68-jährige Hannelore stürzt in der Wohnung und bricht sich ein Sprunggelenk. Der Heilungsprozess verläuft schlecht, sie muss mehrmals operiert werden. Danach kann sie nicht mehr gut laufen.
- 2009: Hannelore erleidet einen Krampfanfall. Da sie allein zu Hause ist, ist unklar, wie lange er angedauert hat. Sie spricht danach verwaschen und ist auf mehr Pflege angewiesen. Sie kann ihren Alltag nur noch schlecht bewältigen.
- 2013: Das Personenstandsrecht wird dahingehend verändert, dass Kinder, deren Geschlecht bei der Geburt nicht eindeutig zugeordnet werden kann, ohne Eintrag geführt werden können.
- 2015: Die Deutsche Ärztekammer verfasst eine Stellungnahme, die sich gegen die geschlechtszuweisende Operation bei nicht zustimmungsfähigen Kindern ausspricht.
- 2018: Deutschland ermöglicht den Geschlechtseintrag „divers“.
- 2021: Deutschland verbietet genitalvereindeutigende Behandlungen an intergeschlechtlich geborenen Kindern, bis diese selbst einwilligungsfähig sind.

Biografie schwuler Mann Johannes

Hinweis: Erstellung und Recherche der Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Diese Biografie steht stellvertretend auch für all jene Menschen, die Verfolgung, Ablehnung und Gewalt nicht überlebt haben. Noch heute ist die Rate der Suizidversuche unter Jugendlichen aus dem LSBTIQ*-Spektrum vier Mal so hoch wie bei anderen Jugendlichen (Deutsches Jugendinstitut, 2015).

*1936 in Gütersloh

Seit 1935 gilt in Deutschland die von den Nationalsozialist*innen verschärfte Version des §175 des Strafgesetzbuches, der seit 1872 sexuelle Handlungen zwischen Männern unter Strafe stellt. Die Höchststrafe seit 1935 sind fünf Jahre Gefängnis. Im Laufe des Nationalsozialismus werden etwa 15.000 Männer mit dem rosa Winkel in Konzentrationslagern inhaftiert. Etwa die Hälfte von ihnen wird ermordet.

- 1936: Johannes wird nach Hedwig, Gerda und Irmtraud als viertes Kind der Eheleute Paul und Elisabeth geboren. Sein Vater ist Lehrer und Mitglied der NSDAP, seine Mutter Hausfrau.
- 1938: Geburt des Bruders Heinz, der mit einer Behinderung geboren wird, die zunächst nicht erkannt wird. Vater Paul wird ein kleiner Funktionär der NSDAP am Ort.
- 1940: Geburt der Schwester Sieglinde.
- 1941: Vater Paul wird zum Frontdienst eingezogen. Elisabeth übernimmt die Ortsgruppe des BDM.
- 1943: Johannes wird auf dem Weg zum Schuster von Nachbarsjungen mit Steinen beworfen. Sie rufen, sein Bruder sei schwachsinnig und ein nutzloser Esser. Johannes versteht nicht, was die Jungen meinen und berichtet Elisabeth davon. Die Mutter verordnet ihm Sprechverbot und geht los, um mit den Eltern der betreffenden Jungen zu sprechen.
- 1944: Johannes beobachtet verschiedene Besuche fremder Männer zu Hause. Eines Tages werden er und die Schwestern in den Flur bestellt, um sich von Heinz zu verabschieden. Sie wissen nicht, was vor sich geht. Zwei Männer nehmen den zutraulichen Heinz mit, der ihnen von der Rückbank des Autos aus lange winkt. Die Mutter weint tagelang, spricht aber nicht.
- Bei der Bombardierung von Gütersloh wird die Familie ausgebombt. Elisabeth und die fünf Kinder finden Unterschlupf bei einem Cousin des Vaters auf dem Land. Elisabeth erhält einen Brief: Heinz ist in der Heilanstalt an einer Lungenentzündung gestorben. Johannes hört, wie der Cousin des Vaters ihr mehrfach sagt, es sei „besser so“.
- 1945: Kriegsende. Vater Paul gerät in englische Kriegsgefangenschaft. Elisabeth und die Kinder, die auf dem Hof des Cousins hart gearbeitet haben, gehen zu Fuß zurück nach Gütersloh. Ende des Jahres erhalten sie zwei Zimmer in einer Wohnung in Bielefeld.
- 1946: Johannes erledigt die Tauschmarktgeschäfte für seine Familie. Durch Zufall gerät eine Zeitschrift aus den 1920er-Jahren in seine Hände, die Fotos aus dem El Dorado (schwule Szenekneipe) in Berlin enthalten. Er ist unerklärlich fasziniert und versteckt das Heft zu Hause.
- 1948: Vater Paul kehrt aus der Kriegsgefangenschaft heim. Er ist launisch, gewalttätig gegenüber der Familie und trinkt viel Alkohol. Eines Tages findet der Vater die Zeitschrift unter Johannes' Bett und verprügelt ihn. Johannes kann am nächsten Tag vor Schmerzen kaum laufen. Der Vater beschimpft ihn noch einige Tage lang aufs Übelste und droht damit, ihn umzubringen. Elisabeth ist verzweifelt und versucht, den Vater zu beruhigen.

- 1950: Johannes beobachtet, wie die Polizei Männer im Park jagt und abführt.
- 1951: Der 15-jährige Johannes kann an nichts anderes denken als an seinen Schulkameraden Wilhelm. Sie treffen sich zum Lernen bei Wilhelm zu Hause. Sie kommen sich eines Tages näher. Zwei Tage später stellt sich Wilhelms Bruder Johannes in den Weg und droht, ihn totzuschlagen, falls er ihn je wieder in Wilhelms Nähe sähe. Er boxt Johannes in den Magen.
- 1952: Geburt der Schwester Annemarie. Vater Paul grölt am selben Abend betrunken Nazilieder in der Stadt und wird verhaftet. Es folgt eine Anklage. Während seines Verhörs tätigt er immer wieder nationalsozialistische Äußerungen und beschimpft die alliierten Kräfte, sodass er zu einer Haftstrafe verurteilt wird.
- 1953: Der 17-jährige Johannes beginnt eine Lehre bei einem Metzger. Der Meister gilt als 175er und war während des Krieges im Konzentrationslager.
- 1954: Johannes leidet unter seinem Verlangen nach Männern. Die Mutter stellt ihm immer wieder junge Frauen vor, er versucht eine Beziehung mit einer, Elfriede, trifft sich aber immer wieder heimlich mit Männern. Er erfährt über Kontakte am Bielefelder Bahnhof von versteckten Orten, an denen sich schwule Männer treffen.
- 1955: Elfriede wird schwanger. Johannes und sie heiraten und beziehen eine kleine Wohnung.
- 1956: Geburt der Tochter Angelika.
Der Metzgermeister, der längst von Johannes' Identität weiß, nimmt ihn nach der Gesellenprüfung zur Seite und bittet um ein offenes Gespräch. Johannes verstrickt sich zunächst in kruden Erzählungen, bricht dann aber zusammen und offenbart seinem Meister seine Gefühlslage: Er ist froh über Elfriede und liebt das Baby, will aber mit einem Mann namens Erich zusammenleben. Der Meister rät ihm, Stillschweigen zu bewahren und hinter der geschützten Fassade sein wahres Selbst auszuleben.
- 1957: Vater Paul wird aus der Haft entlassen. Er ist schwer leberkrank und drangsaliert die Mutter und die Schwestern, die bis auf Hedwig alle zusammenleben. Johannes entwickelt eine immer stärkere Abneigung gegen den Vater, der ihn immer wieder bei Besuchen beleidigt. Als Elfriede nachfragt, wiegelt er ab.
- 1959: Geburt des Sohnes Roland.
Erich teilt Johannes mit, dass er nicht mehr mit ihm zusammen sein möchte, wenn Johannes nicht zu ihm stehen könne. Johannes versinkt in Hilflosigkeit und Kummer. Elfriede fragt misstrauisch nach, erhält aber ausweichende Antworten.
- 1960: Bei einer Razzia in einer Privatwohnung wird Johannes zusammen mit weiteren Männern verhaftet. Die Männerpartys waren durch einen Nachbarn denunziert worden. Im Gefängnis stürzt Johannes in ein bodenloses Loch, da er seinen Vater in sich zu sehen meint, der sich nicht um seine Kinder kümmerte. Johannes wird mit einer Verwarnung entlassen.
Elfriede wartet zu Hause auf ihn und ist sehr bekümmert. Sie sagt Johannes, dass sie sich scheiden lassen würde, wenn es ihr möglich wäre. Er sucht sie zu beruhigen. Am nächsten Tag steht Elisabeth vor der Tür und macht Johannes schwerwiegende Vorwürfe. Als er begreift, dass Paul vor der Haustür erschienen ist, ist es zu spät: Der betrunkene Vater verschafft sich Zutritt zur Wohnung der kleinen Familie und schlägt mit einem Stock auf den Sohn ein. Durch den Lärm alarmiert, erscheint der Hauswart und beendet die Situation. Johannes erscheint mit deutlichen Verletzungen bei seiner Arbeit und weiß nicht weiter.
- 1961: Johannes wird zum Wehrdienst eingezogen. Das Zusammensein mit vielen jungen Männern gefällt ihm.
- 1962: Paul stirbt an einer Leberzirrhose.
- 1963: Der 27-jährige Johannes erträgt die Enge seines Lebens nicht mehr und verschwindet über Nacht. Er hinterlässt einen Brief, in dem er schildert, wie es ihm das Herz bricht, es aber das Beste sei, dass er die Familie verlasse und wünscht Elfriede und seinen Kindern alles Gute. Nachmittags bringt sein Meister der Familie einen kleinen Geldbetrag, den

- Johannes ihm übergeben hat und findet Elfriede eher unbekümmert vor. Sie gibt an, sich natürlich längst anderweitig versorgt zu haben, als sie begriffen hatte, dass ihr Mann „Sodomist“ sei. Für die Scheidung sei alles vorbereitet. Johannes wiederum lässt ausrichten, er würde alles unterschreiben, um ihr den Weg zu erleichtern.
- Auch bei Elisabeth kommt der Meister vorbei und überreicht ihr einen Geldbetrag mit den besten Wünschen von Johannes.
- Johannes beginnt ein neues Leben in West-Berlin.
- 1964–1968: Johannes beteiligt sich rege an den aufkommenden Bewegungen für mehr Rechte für homosexuelle Männer. Er arbeitet tagsüber in einer Metzgerei, richtet geheime Bar-Abende für Schwule aus und pflegt verschiedene Beziehungen zu Männern. Einer weiteren Verhaftung entkommt er, so manches Mal durch Glück. Er blüht auf und schreibt seiner Mutter gelegentlich Karten, die allesamt sehr fröhlich klingen. Sie bleiben unbeantwortet.
- 1969: Gleichgeschlechtliche Beziehungen werden bei einem Schutzalter von 21 Jahren entkriminalisiert.
- 1972: Die 16 Jahre alte Angelika schreibt ihrem Vater Johannes. Die Adresse hat sie über verschlungene Wege von der Großmutter bekommen. Sie möchte ihn besuchen. Die Mutter Elfriede stimmt dem Besuch zu. Johannes ist überglücklich über den Kontakt. Roland möchte den leiblichen Vater nicht sehen, er betrachtet den zweiten Mann der Mutter als Vater. Es gibt einen jüngeren Halbbruder.
- Johannes nimmt an einer großen Schwulendemo in Münster teil. Er bleibt verumumt. Danach fährt er zu der Adresse seiner Mutter in Bielefeld. Er klingelt. Die jüngste Schwester Annemarie öffnet die Tür und hat keine Ahnung, wer vor ihr steht. Sie ruft die Mutter an die Tür, die Johannes lange anstarrt, dann sagt „Mein Gott, du siehst aus wie der Heinzl!“ und ihn hineinbittet. Als er ihr von seinem Leben in West-Berlin erzählt, greift sie sich mehrmals ans Herz und missbilligt ihn und seine Identität deutlich. Als er sich verabschiedet, bittet sie ihn, nicht wieder zu kommen.
- 1974: Nach ihrem Abitur kommt Angelika zum Studieren nach West-Berlin. Johannes und sie haben einen guten Kontakt.
- 1975: Johannes lernt Michael kennen, einen jüngeren Mann, in den er sich sehr verliebt.
- 1977: Johannes und Michael beziehen eine gemeinsame Wohnung.
- 1979: Bei einem Besuch der gemeinsamen Tochter kommt Elfriede zum Kaffee zu Johannes. Der Besuch freut ihn sehr und verläuft positiv. Johannes fühlt sich mit ihr ausgesöhnt.
- 1981: Elisabeth stirbt. Bei der Beerdigung sieht Johannes Roland wieder, der jedoch nach wie vor von ihm nichts wissen will.
- 1985: Bei Michael wird eine HIV-Infektion festgestellt. Auch Johannes ist positiv. Beide beginnen eine Behandlung.
- 1986: Michael hat einen Gehirntumor. Er stirbt noch im selben Jahr.
- Johannes begeht einen Suizidversuch. Er kann gerettet werden. Seine Tochter Angelika steht ihm eng bei.
- Roland heiratet. Johannes ist nicht eingeladen.
- 1987: Wegen verschiedener Ko-Morbiditäten verbringt Johannes den Großteil des Jahres in verschiedenen Krankenhäusern.
- Rolands Tochter wird geboren.
- 1988: Johannes erleidet einen Schlaganfall. Er wird arbeitsunfähig.
- 1989: Mauerfall, Deutschland wird wiedervereint.
- 1990: Angelika bringt Zwillinge zur Welt. Johannes freut sich sehr über seine Enkelkinder. Die Weltgesundheitsorganisation streicht Homosexualität aus ihrem Katalog der Krankheiten.
- 1991: Johannes' Gesundheitszustand scheint stabil. Er nimmt an neuen Therapieformen teil und engagiert sich in der Aufklärungsarbeit über HIV/Aids. Er findet einen neuen Partner, James, aus London.

- 1995: Johannes zieht mit James nach London.
- 1999: Roland stirbt bei einem Motorradunfall. Johannes fliegt zur Beerdigung und sieht seine 12-jährige Enkelin zum ersten Mal.
- 2005: Johannes kehrt nach Berlin zurück. James und er haben sich getrennt. Sein langjähriger guter Freund Thomas stirbt an einem Krebsleiden. Johannes begibt sich in eine psychiatrische Klinik, er kann nicht mehr. In der Klinik äußert er mehrfach Suizidgedanken und bleibt fast sechs Monate dort.
- 2006: Johannes lebt allein in einer kleinen Wohnung und hat guten Kontakt zu seiner Tochter Angelika und deren Familie. Er hätte gern Kontakt zu Rolands Familie, doch jeder Versuch der Kontaktaufnahme bleibt unbeantwortet.
- 2007: Johannes lernt Bernhard kennen. Er ist ebenfalls Senior. Sie gehen eine Beziehung ein.

Biografie lesbische Frau Jutta

Hinweis: Erstellung und Recherche der Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Diese Biografie steht stellvertretend auch für all jene Menschen, die Verfolgung, Ablehnung und Gewalt nicht überlebt haben. Noch heute ist die Rate der Suizidversuche unter Jugendlichen aus dem LSBTIQ*-Spektrum vier Mal so hoch wie bei anderen Jugendlichen (Deutsches Jugendinstitut, 2015).

*1931 in Dresden

Im Kaiserreich war weibliche Homosexualität schwer tabuisiert. Wenngleich nicht von der Kriminalisierung durch den §175 betroffen, so wurden lesbische Frauen auch im Nationalsozialismus verfolgt, entrechtet und in die Unsichtbarkeit getrieben. Lokale, die es in den 1920er-Jahren gab, wurden geschlossen und lesbische Frauen auch mit dem schwarzen Winkel als „asozial“ in die Konzentrationslager gesteckt.

- 1931: Jutta wird als erstes Kind der Eheleute August und Magdalena geboren. August ist Chirurg, Magdalena Balletttänzerin und Tochter eines Intellektuellen.
- 1932: Geburt der Schwester Gudrun.
- 1933: August gerät in eine Straßenschlacht und erleidet eine irreparable Verletzung des rechten Auges. Er kann nicht mehr operieren und eröffnet eine Praxis für innere Medizin.
- 1935: August wird wegen kommunistischer Umtriebe verhaftet und verhört. Er kommt nach drei Tagen zurück und trägt deutliche Misshandlungsspuren.
- 1936: Magdalena gibt ihre Stellung im Ballett auf und wird Hausfrau.
- 1938: August wird in der Pogromnacht zusammengeschlagen und schwer verletzt. Er hatte versucht, einen befreundeten jüdischen Kaufmann zu schützen. Jutta ist erschrocken über den Zustand des Vaters und hat Angst, auf die Straße zu gehen.
- 1939: Geburt des Bruders Fritz.
August erhält einen Einzugsbefehl und desertiert in die Niederlande, wo er Verwandte hat. Magdalena bleibt mit den drei Kindern zurück, vereinbart ist, dass sie sich unwissend gibt. Noch in derselben Woche erscheinen mehrfach Männer in der Wohnung und schreien Magdalena an, Baby Fritz weint viel, Jutta und Gudrun verstecken sich im Schrank.
- 1940: Die 9-jährige Jutta wird auf dem Schulweg von Männern abgefangen und auf eine Polizeiwache gebracht. Dort wird sie zum Verbleib des Vaters befragt, über den sie tatsächlich nichts weiß. Sie hat große Angst und schreit, endlich wieder zu Hause, die Mutter an, sie wünsche sich eine normale Familie. Die Mutter weint.
- 1941: Die Mutter ist verschwunden. Jutta bleibt mit den beiden Geschwistern allein zurück und weiß nicht, was geschehen ist. Nach zwei Tagen erscheint Tante Martha, die Schwester der Mutter, und versorgt die Kinder. Die Mutter bleibt verschwunden. Fritz weint viel, die Schwestern werden stumm.
- 1943: Jutta verdient etwas für die Familie hinzu, indem sie nach der Schule im Haushalt eines früheren Freundes des Vaters hilft. Eines Tages ertappt sie sich dabei, wie sie die Frau des Arztes anhimmelt und schämt sich vor sich selbst.
- 1944: Es kommt Post. Ein Mann bringt einen Brief der Eltern, die schreiben, dass sie niemanden gefährden wollten und sich deshalb erst jetzt melden. Sie sind in Sicherheit, weit weg und senden den Kindern liebe Grüße. Jutta ist erleichtert und enttäuscht zugleich. Sie wurden zurückgelassen. Tante Martha versorgt zwar die Kinder, ist aber kein Mutterersatz mit ihrer kalten Art.
- 1945: Kurz nach Jahresbeginn fühlt sich die 14-jährige Jutta wie im Rausch. Zwei Mal die Woche trifft sie im Wäschekeller heimlich Ursula aus dem ersten Stock. Die ist drei Jahre

älter und Juttas Schwarm und mag sie auch sehr. Es ist gefährlich, aber wunderbar. Jutta ist glücklich.

Bei den Luftangriffen wird die Familie ausgebombt. Gudrun erleidet schwere Verbrennungen am ganzen Körper und wird von der Tante ins Lazarett gebracht. Jutta wartet mit Fritz auf Entwarnung, dann geht sie zum Haus zurück, das in Trümmern liegt. In einem Leichenhaufen erkennt sie Ursulas Jacke. Und beginnt zu schreien. Ursulas Mutter ohrfeigt sie und mahnt sie, zur Besinnung zu kommen. Ursula ist tot.

Gudrun überlebt schwer verletzt und gezeichnet.

Im Herbst kehren die Eltern heim. Zusammen mit Tante Martha beziehen sie Quartier in einer Notwohnung, alle in einem Zimmer. Fritz kennt die Eltern nicht mehr und möchte bei der Tante im Bett schlafen.

1946: Jutta beginnt eine Lehre bei einer Schneiderin.

Die Tochter der Schneiderin, Margot, gefällt ihr sehr. Sie leidet unter ihrem Begehren und entwickelt Schlafstörungen. Sie magert stark ab. Ihre Mutter ist besorgt, aber sie kann nicht über ihr Inneres sprechen. Auch mit Gudrun nicht, die sie immer wieder fragt.

1948: Jutta schließt die Lehre ab. Am Tag der Abschlussprüfung lädt sie Margot zum Feiern ein. Die beiden küssen sich heimlich. Jutta fühlt sich wie im Vollrausch. Sie entwickeln ein kompliziertes System geheimer Treffen, denn Jutta wohnt mit ihrer Familie in einem Zimmer und Margot ist mit einem Mann verlobt.

1949: Die Eltern sind gern gesehen im neuen Staat DDR und schlagen politische Wege ein. Bald bezieht die Familie eine größere Wohnung. Jutta arbeitet weiterhin bei Margots Mutter. Margot äußert ihr gegenüber ihr Unglück, sie will den Verlobten nicht, sieht aber keinen Ausweg. Immerhin haben sie es leichter, sich zu treffen.

1950: Gudrun erwischt das Liebespaar in flagranti, gelobt aber Stillschweigen.

1951: Margot heiratet den Verlobten und wird schwanger. Sie ist sehr unglücklich. August und Magdalena bedrängen Jutta, sich auch einen Mann zu suchen.

1952: Margots Tochter Erika wird geboren. Die Beziehung zu Jutta bleibt bestehen.

1955: Die 24-jährige Jutta lernt bei einem geheimen Treffen Homosexueller in einer Dresdener Privatwohnung den homosexuellen Mann Günther kennen. Er steht ebenfalls unter dem Druck seiner Familie und die beiden befreunden sich. Sie beschließen, sich zu verloben und so ein leichteres Leben zu führen. Die jeweiligen Eltern sind sehr froh über die Entwicklung.

1956: Gudrun heiratet und zieht aus.

1957: Jutta und Günther heiraten und beziehen eine gemeinsame Wohnung. Sie verstehen sich noch immer gut, Jutta führt eine innige Beziehung zu Margot im Geheimen, Günther hat verschiedene lose Bekanntschaften mit Männern. Die DDR entkriminalisiert Homosexualität offiziell.

1960: Gudrun warnt Jutta, dass die beiden beobachtet werden könnten.

1961: In der Wohnung erscheint ein Mann und gibt sich als Mitarbeiter der Stadtwerke aus. Jutta hat Angst vor ihm, Günther ist nicht zu Hause. Der Mann geht durch die Wohnung und stellt viele Fragen. Am Abend kommt Günther nicht nach Hause. Jutta ist besorgt. Am nächsten Morgen erscheint die Polizei in der Schneiderei und berichtet Jutta, dass ihr Ehemann bei der Durchsuchung einer Wohnung unter unklaren Umständen vorläufig verhaftet wurde. Günther kehrt am Abend zurück, verschüchtert und erschrocken, aber unversehrt. Man muss die Wohnung verraten haben. Bei einer Befragung sagt Jutta nur Gutes über ihn aus und beschwört, dass er ein liebender Ehemann sei. Die Kinderlosigkeit habe mit einer Kriegsverletzung zu tun.

1962: Bei einem gemeinsamen Kaffee erzählt Magdalena ungewöhnlich viel über Sitte und Moral und wie sehr sie es verabscheue, wenn kranke Menschen sich nicht helfen ließen. Jutta wird misstrauisch, kann sich aber keinen Reim darauf machen, als die Mutter beim Abschied sagt: „Es tut mir wirklich leid. Lass dir doch helfen.“ Zu Hause steht Gudrun vor der Tür, ganz aufgelöst. Jemand hat sie wohl beobachtet und geplaudert, Margot sei von

- ihrem Mann vor die Tür gesetzt und angezeigt worden. Die kleine Erika würde sie wohl nie wiedersehen. Jutta bricht in der Wohnung zusammen. Es folgt eine Reihe von Befragungen, auch Günther und sie sind in den Fokus geraten, aber Margot hat nichts erzählt – zumindest passiert nichts weiter. Margot steht eines Abends unangemeldet vor der Tür, um sich zu verabschieden. Jutta ist vollkommen aufgelöst. Am nächsten Tag entführt Margot ihre Tochter Erika und taucht unter. Sie ist für Jutta unerreichbar geworden.
- 1963: Juttas und Günthers gemeinsamer Sohn Andreas wird geboren. Er scheint beiden ein guter Schutz vor dem Staat zu sein. Trotz der liberaleren Rechtslage erfahren homosexuelle Menschen in der DDR weiterhin Ausgrenzung und Gewalt.
- 1964: Jutta verliebt sich in Felicitas, die sie aus der Schneiderei als Kundin kennt. Die beiden werden ein Paar. Felicitas hat einen Sohn, Matthias, der nach einem Gerichtsentscheid in Schwedt bei seinem Vater lebt. Der Vater verweigert den Kontakt und verweist immer wieder, wie auch vor Gericht, auf den Lebenswandel der Mutter.
- 1968: Günther will die Scheidung. Ihm gefällt das Versteckspiel nicht mehr. Er will „rübermachen“.
- 1969: Günther wird an der Grenze erwischt und inhaftiert. Jutta muss eine Gesinnungsprüfung über sich ergehen lassen. Vermutlich schalten ihre Eltern sich ein, denn relativ schnell ist wieder Ruhe.
- 1970: Als Felicitas bei Jutta einzieht, reißt der Geduldsfaden der Eltern. Durch diese alarmiert erscheint das Jugendamt und prüft die Umstände für Andreas. In einem langwierigen Verfahren und gegen Juttas Willen wird entschieden, dass der Junge zu ihren Eltern kommt. Jutta ist am Boden zerstört.
- 1971: Günther erhängt sich in seiner Zelle.
- 1975: Jutta und Felicitas gründen eine Frauengruppe, die sich einmal in der Woche in wechselnden Wohnungen trifft und austauscht. Alle Frauen sind homosexuell. Was sie eint, sind Angst und Unsichtbarkeit. Sie geben einander Kraft.
- 1977: Andreas zieht wieder bei seiner Mutter ein. Er hat schulische Probleme und berichtet von der ideologischen Strenge der Großeltern.
- 1978–1990: Jutta und Felicitas meistern gemeinsam ihren Alltag. Strafrechtliche Verfolgung erleben sie nicht, wohl aber Anfeindungen und Ausgrenzung. Sie sind bemüht, ihre Liebe unentdeckt zu halten und geben vor, Cousinen zu sein. Andreas hält stets zu ihnen und zieht im November 1989 nach Niedersachsen, er will unbedingt weg von der Enge seiner Kindheit und Jugend.
- 1990: Die Weltgesundheitsorganisation streicht Homosexualität aus ihrem Katalog der Krankheiten.
- 1991: Jutta und Felicitas ziehen aufs Land in Sachsen, etwa eine Stunde von Dresden entfernt. Es ist ihr gemeinsamer Traum. Andreas kommt mit seiner Freundin oft zu Besuch. Jutta versucht, etwas über den Verbleib von Margot und Erika zu erfahren, wird aber nicht fündig. Sie findet aber heraus, dass der Ehemann von Margot bereits 1987 verstorben ist.
- 1992: Juttas Enkel Leon wird geboren.
- 1994: Juttas Enkel Luca wird geboren.
- 2004: Felicitas stirbt an einem Schlaganfall. Es folgt eine Auseinandersetzung mit ihrem Sohn Matthias, mit dem es seit langer Zeit keinen Kontakt mehr gab, der nun aber die Hälfte des Hausstandes haben will. Als er mittels eines Anwalts das Haus besichtigen lässt und feststellt, dass es nur wenige Dinge von Wert gibt, gibt er nach. Persönliche Gegenstände der Mutter interessieren ihn nicht. Jutta lebt zurückgezogen in dem gemeinsamen Haus auf dem Land und hat kaum soziale Kontakte. Andreas besucht sie regelmäßig, die Abstände zwischen den Besuchen sind aber groß.
- 2006: Juttas Enkel Leon beginnt mit regelmäßigen Besuchen bei seiner Großmutter und baut eine enge Beziehung zu ihr auf. Er besucht sie für ein Wochenende im Monat und bringt manchmal den kleinen Bruder Luca mit. Jutta genießt die Wochenenden sehr.

Biografie bisexueller Mann Klaus

Hinweis: Erstellung und Recherche der Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Diese Biografie steht stellvertretend auch für all jene Menschen, die Verfolgung, Ablehnung und Gewalt nicht überlebt haben. Noch heute ist die Rate der Suizidversuche unter Jugendlichen aus dem LSBTIQ*-Spektrum vier Mal so hoch wie bei anderen Jugendlichen (Deutsches Jugendinstitut, 2015).

*1937 in Rostock

Der §175 des deutschen Strafgesetzbuches existierte vom 1. Januar 1872 bis zum 11. Juni 1994. Er stellte sexuelle Handlungen zwischen Personen männlichen Geschlechts unter Strafe. Insgesamt wurden etwa 140.000 Männer nach den verschiedenen Fassungen des §175 verurteilt. Am 1. September 1935 verschärften die Nationalsozialisten den §175, unter anderem durch Anhebung der Höchststrafe von sechs Monaten auf fünf Jahre Gefängnis. Während des Nationalsozialismus werden etwa 15.000 Männer mit dem rosa Winkel in Konzentrationslagern inhaftiert. Etwa die Hälfte von ihnen wird ermordet.

1937: Klaus wird nach Dieter als zweites Kind der Eheleute Karl und Erna geboren. Karl ist Werftarbeiter, Erna verdient mit dem Verkauf von Handarbeiten etwas hinzu. Die Familie lebt in sehr einfachen Verhältnissen.

1938: Geburt der Schwester Ilse.

1939: Vater Karl wird zunächst vom Frontdienst freigestellt, um kriegswichtige Arbeiten in der Werft auszuführen.

1940: Geburt des Bruders Peter.

1941: Peter stirbt an einer Infektionskrankheit. Im September wird die Werft, auf der Karl arbeitet, bombardiert, er stirbt nach mehreren Tagen an den erlittenen Verletzungen.

1942: Zu Beginn der Bombardierungen der Stadt Rostock entschließt sich Erna, mit den vier, fünf und sieben Jahre alten Kindern in das Umland zu fliehen. Sie werden auf einem Gehöft aufgenommen. Erna arbeitet auf dem Hof. Die Kinder nach Kräften ebenfalls.

1943: Die Familie muss den Hof verlassen. Die eigene Not ist zu groß geworden. Es beginnt eine Wanderschaft zu Fuß, die Familie besitzt nur, was sie am Leib trägt. Ilse ist abgemagert und zeigt kaum mehr Lebensmut. Sie stirbt eines Tages auf dem Handwagen, den Mutter Erna zieht. Der 7-jährige Klaus bemerkt, dass sie nicht mehr lebt.

1944: Die Familie findet Unterschlupf auf einem Hof nahe eines großen Moores. Gegen Mithilfe bei der Arbeit erhält sie Nahrung und Schlafplätze.

1945: Kriegsende und Geburt der Schwester Ingrid. Erna kehrt nach Rostock zurück. Die Stadt ist voll von Menschen, die Unterkunft und Nahrung suchen. Ein sowjetischer Soldat hat Mitleid mit der Familie und besorgt ihr ein Zimmer in einer Notwohnung. Erna muss die beiden Jungen viel sich selbst überlassen, um das Nötigste zum Leben zu beschaffen.

1951: Der 14 Jahre alte Klaus ist ein auffallend guter Schüler und wird für die höhere Schullaufbahn vorgeschlagen. Er besucht die große Stadtschule und soll Abitur machen.

1952: Klaus verliebt sich in Ida, die Tochter der Nachbarn im Haus. Es ist ein gegenseitiges Interesse vorhanden. Mutter Erna erfährt durch Ingrid davon, die die beiden bei einem heimlichen Treffen beobachtet hat. Erna untersagt den Kontakt, da sie die beiden zu jung findet.

1955: Klaus legt das Abitur ab und beginnt ein landwirtschaftliches Studium in Rostock.

1956: Klaus und Ida heiraten.

1957: Geburt der Tochter Sabine.

- 1958: Auf einer Fete der Universität findet Klaus sich in inniger Weise mit einem Kameraden wieder. Er hat ein schlechtes Gewissen Ida gegenüber, außerdem sorgt er sich um seine eigene Identität. Sein Begehren hatte sich immer wieder mal auf Männer bezogen, seine andauernde Beziehung zu Ida aber hatte ihn stets beruhigt. Klaus weicht dem Studienkameraden fortan aus, vergisst ihn aber nicht.
- 1959: Geburt der Tochter Petra. Klaus schließt sein Studium ab und bekommt eine Stelle in einer LPG im Umland. Die kleine Familie zieht in ein Häuschen auf dem Land. Klaus trinkt regelmäßig Alkohol.
- 1960er-Jahre: Klaus arbeitet fleißig und fällt nicht negativ auf. Er hat immer wieder heimliche Rendezvous in Rostock mit Männern. Es bleibt bei einmaligen Begegnungen. Sein Alkoholkonsum wird immer intensiver, fällt jedoch außer Ida niemandem auf. Er leistet Wehersatzdienst bei der Transportpolizei.
- 1969: Klaus erfährt durch einen Kollegen, dass Ida eine Liebschaft hat. Die Mehrarbeitsstunden waren Treffen mit dem Vorgesetzten. Er gerät in Aufruhr, stellt Ida zur Rede, ist wütend und enttäuscht. Ida ist ihm sehr zugewandt und bittet um Nachsehen. Es sei nichts Ernstes. Sie gelobt, die Affäre zu beenden.
- 1971: Klaus verliebt sich über beide Ohren in einen jungen Kollegen. Sie beginnen eine heimliche Beziehung, der Kollege Werner ist verlobt.
- 1972: Werner verabredet sich mit Klaus auf einem Feld. Er erscheint angetrunken, beschimpft Klaus und droht ihm mit einer Anzeige wegen Belästigung, wenn Klaus sich nicht von ihm fernhielte. Klaus kann erkennen, wie der Mann leidet und sucht, ihn zu beruhigen. Er fürchtet um seine Arbeit und Familie, es folgt aber keine Anzeige.
- 1975: Werner, der eine kleine Tochter hat, begeht Selbstmord. Für Klaus hat das eindeutig etwas mit seiner Leidenschaft für Männer zu tun.
- 1979: Klaus, der seit einiger Zeit unter Schlafstörungen und allgemeiner Verstimmung leidet, erzählt Ida alles. Er versucht, sein Innerstes darzulegen und bittet um ihr Verständnis. Ida ist zunächst schockiert, fühlt sich betrogen und hintergangen und reagiert erschüttert. Nach ein paar Tagen sagt sie Klaus aber, dass sie zu ihm stehen will und verlangt, dass es fortan keine Männer mehr in seinem Leben geben und er sich in eine Therapie begeben soll. Klaus beginnt eine Therapie. Ihm wird geraten, seinen Alkoholkonsum zu beschränken. Es gelingt ihm zeitweise.
- 1985: Sabine flieht in den Westen. Es gelingt ihr. Sie schickt Postkarten aus Hamburg.
- 1986: In Hamburg wird Enkelin Sarah geboren.
- 1987: Petra heiratet.
- 1988: Petras Sohn Daniel wird geboren.
- 1989: Nach dem Fall der Mauer besuchen Klaus und Ida Sabine in Hamburg. Klaus ist vernarrt in Sarah. Er will in Hamburg bleiben. Ida fährt früher zurück. Klaus' Besuch dehnt sich so weit aus, dass er seine Arbeitsstelle gefährdet. Schließlich fährt er zurück, aber kann die Freiheit der Großstadt nicht vergessen, die lockere Umgebung, in der seine Tochter mit der Enkelin wohnt.
- 1992: Klaus und Ida sind arbeitslos. Klaus ist unglücklich, sie besuchen die Tochter in Hamburg häufig, aber das Geld wird immer knapper.
- 1993: Klaus bekommt eine Anstellung in einem Vertrieb landwirtschaftlicher Großgeräte in Niedersachsen angeboten. Ida und er ziehen um. Ida findet keine neue Arbeit. Heimlich pflegt Klaus mehrere Kontakte zu Männern, die er vom knappen Gehalt dafür bezahlt, dass sie intime Zeit mit ihm verbringen.
- 1999: Klaus geht in Rente. Er ist alkoholkrank und findet keinen Ausweg aus der Sucht.
- 2002: Ida hat ein schweres Herzleiden, sie wird zwei Mal operiert.
- 2005: Ida stirbt an einem Herzinfarkt.
- 2006: Klaus hat einen Schlaganfall und braucht Unterstützung im Alltag und pflegerische Hilfen.

Biografie trans* Mann Mark

Hinweis: Erstellung und Recherche der Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Diese Biografie steht stellvertretend auch für all jene Menschen, die Verfolgung, Ablehnung und Gewalt nicht überlebt haben. Noch heute ist die Rate der Suizidversuche unter Jugendlichen aus dem LSBTIQ*-Spektrum vier Mal so hoch wie bei anderen Jugendlichen (Deutsches Jugendinstitut, 2015).

*1945 in Hamburg

Die Situation transgeschlechtlicher Menschen ist von Pathologisierung und Verfolgung geprägt. In den 1910er- und 1920er-Jahren gab es kurzzeitig eine etwas bessere Lage, unter anderem durch die Forschung von Magnus Hirschfeld. Im Nachtleben der Großstädte wie Berlin fanden sich Menschen, die der Zweigeschlechternorm nicht entsprachen oder entsprechen wollten, durchaus wieder und es gab Netzwerke für sie. Während des Nationalsozialismus wurden diese zerschlagen und trans* Menschen wurden als abnorm verfolgt.

1945: Mark wird als viertes Kind seiner Mutter Käthe geboren. Er erhält einen weiblichen Vornamen und wird zweifelsfrei als Mädchen bewertet. Zwei ältere Brüder sind in den letzten Kriegsmonaten gestorben, nur die 8-jährige Schwester Martha hat überlebt. Die Situation ist schwierig, es gibt keinen Wohnraum und kaum Lebensmittel. Käthe hat große Schwierigkeiten, sich und die Kinder zu versorgen. Sie kommen in einer provisorischen Notunterkunft unter.

1947: Geburt der Schwester Monika.

1948: Durch ihre Kontakte zur britischen Armee gelingt es Käthe, für sich und die Kinder ein Zimmer zu bekommen. Sie hat Anstellung in einer Wäscherei der Briten gefunden. Die Lage bleibt hart, Hamburg ist überfüllt, die Winter sind kalt und es gibt unzureichend Lebensmittel, Kleidung und andere Alltagsgüter.

1949: Alle drei Kinder erkrankten an der Ruhr. Mark und Martha sind sehr entkräftet, die unter der Hand erfolgte Versorgung mit Fett und Zucker durch einen Soldaten rettet ihnen das Leben. Monika stirbt.

1954: Mark hat häufig Auseinandersetzungen mit Käthe über seine Kleidung. Er schneidet sich selbst die Haare kurz und äußert immer wieder starken Unwillen, die ihm zugedachten Kleider zu tragen. Käthe ist sehr streng zu ihm.

1960: Mark trägt Hosen, deren Ursprung Käthe nicht bekannt ist. Zwar verlässt er das Haus im Rock, durch Lehrer*innen und Nachbar*innen erfährt sie aber davon, dass er sich wohl danach umzieht. Mehrmals geraten sie in lautstarke Auseinandersetzungen darüber, in die Martha schlichtend eingreift. Die relativ kurzen Haare entsprechen allerdings der Mode.

1961: Mark verlässt die Realschule und beginnt eine Lehre im Verkauf. Martha gegenüber äußert er, wie unglücklich er sei und dass er immer wieder davon träume, in einem männlichen Körper zu leben. Martha sorgt sich um ihn und versucht, seine Träume in andere Richtungen zu deuten: Er vermisse vermutlich eine Vaterfigur.

1962: Martha heiratet und zieht aus der Wohnung mit Käthe und Mark aus. Mark hält die vielen Streitereien zu Hause nicht aus, er ist häufig erst spät am Abend zu Hause.

1963: Mark verliebt sich in Karin, die er in einem Tanzlokal kennengelernt hat. Sie erwidert seine Gefühle nicht, sie werden aber enge Freund*innen.

1964: Mark schließt die Lehre ab und wird übernommen. Er hadert mit seinen Gefühlen zu Karin und zu sich selbst. Er wird häufig von Menschen im Geschäft und auf der Straße für einen jungen Mann gehalten und genießt das. Käthe lässt nicht locker in ihrer Kritik an ihm. Marthas Zwillinge Susanne und Thomas kommen zur Welt. Mark pflegt einen engen Kontakt, wenn Marthas Mann nicht zu Hause ist, er lehnt Mark ab.

- 1966: Mark wechselt die Arbeitsstelle. In seinem Lehrbetrieb hat ihn ein Kollege wiederholt bedrängt und zu erpressen versucht. Der Kollege hatte Mark in einem Lokal gesehen, in dem viele lesbische Frauen verkehren. Er beginnt, in einer Fabrik Akkord zu arbeiten.
- 1967: Der 22-jährige Mark ist Hals über Kopf verliebt in seine Kollegin Bärbel. Sie beginnen eine heimliche Beziehung. Bärbel verlässt ihren Verlobten. Käthe ist fast erblindet und hört nur schlecht. Es gelingt Mark und Bärbel, sich regelmäßig unentdeckt bei Mark zu Hause zu treffen. Mit Bärbel kann er über seinen Körper sprechen, den er zunehmend als Qual empfindet. Er trägt enge Binden um die Brust, um möglichst nicht als weiblich gesehen zu werden. Bärbel bietet ihm Halt und die Möglichkeit, für die Zeit ihres Zusammenseins ein Mann zu sein. Sie nutzt gerne das Pronomen „er“ für Mark und findet Gefallen an ihm, wie er ist.
- 1969: Käthe stirbt nach jahrzehntelangem Alkoholmissbrauch. Mark ist durch sein Gehalt in der Lage, die Wohnung zu halten. Bärbel zieht bei ihm ein, was den Bruch mit ihrer Familie bedeutet. Ihre Eltern können den Gedanken nicht ertragen.
- 1970: Mark äußert zunehmende Selbstverletzungsgedanken. Er kann die Brüste nicht mehr ertragen und leidet unter depressiven Verstimmungen. Bärbel bekommt aus dem Bekann-tenkreis den Rat, sich an eine Gruppe lesbischer Frauen zu wenden, von denen einige dieselben Gedanken umtreiben. Mark und Bärbel entdecken eine Welt, in der Mark zu-nächst glücklicher ist: Alle zwei Wochen treffen sie sich in der Wohnung einer der Frauen, kleiden sich wie sie mögen, geben sich Männernamen und kleben sich Bärte an (Drag). Mark kommt zu seinem Namen. In der Gruppe erfährt er von frühen transgeschlechtlichen Menschen wie Lilli Elbe und findet ein Konzept für die eigene Identität.
- 1971: Mark hat sich angewöhnt, nach den Partys in seinem gewählten männlichen Outfit nach Hause zu gehen. Im Herbst des Jahres scherzen Bärbel und er lautstark und küssen sich. Plötzlich stehen zwei Männer vor ihnen, die ihnen drohen. Es kommt zu einem homo- und transphoben Übergriff, Bärbel wird ins Gesicht geschlagen und bespuckt, Mark muss nach Tritten und Schlägen in die Notaufnahme gebracht werden. Durch einen zufällig vorbeige-henden Mann mit Hund waren die Täter vertrieben worden. Im Krankenhaus begegnet man den beiden misstrauisch: Was sie so spät als zwei Frauen auf der Straße gemacht hätten? Wieso die eine wie ein Mann verkleidet sei? Ob sie vom Theater wären? Sie lassen die herabwürdigende Behandlung über sich ergehen und erstatten keine Anzeige.
- 1973: Mark liest von einer transgeschlechtlichen Frau in den USA. Trotz des abwertenden Tonfalls im Artikel lässt ihn der Gedanke nicht mehr los, ob es das nicht in umgekehrter Richtung für ihn geben könnte. Bärbel bestärkt ihn darin. Seine Schwester Martha lässt sich von ihrem gewalttätigen Ehemann scheiden. Ein erbit-terter Kampf um die Kinder beginnt. Schließlich wird entschieden, dass die Kinder bei Martha bleiben, zu geregelten Zeiten müssen sie allerdings zum Vater. Keines der Kinder hatte sich dafür ausgesprochen.
- 1974: Zu Feiern im Betrieb erscheinen Bärbel und Mark seit einer unangenehmen Befragung durch ihren Chef mit zwei befreundeten schwulen Männern. Sie wollen nicht bedrängt werden.
- 1977: Bei einer Reise nach West-Berlin lernen Mark und Bärbel weitere Menschen kennen, die sich als trans* bezeichnen und eigene kulturelle Abende ausrichten.
- 1978: Bärbels Vater stirbt. Aufgrund ihres Lebenswandels hinterlässt der vermögende Mann ihr nur den Pflichtanteil, den Löwenanteil erbt der Bruder.
- 1979: Mark leidet unter Schlaflosigkeit und suizidalen Gedanken. Er beginnt eine Therapie. Die Diagnose: Transsexualität, offiziell eine psychische Störung. Für Mark bedeutet dieses Etikett eine Befreiung. Er beginnt eine Hormonbehandlung.
- 1980: Das Transsexuellengesetz (TSG) wird angekündigt, es wird 1981 in Kraft treten. Es sieht die mögliche Änderung des Vornamens (kleine Änderung) vor und die des Personenstands (große Änderung). Für die zweite muss u. a. eine medizinisch herbeigeführte Sterilität nachgewiesen werden.

- 1981: Der 36-jährige Mark möchte ein Verfahren nach dem TSG beginnen, um seine Identität endlich leben zu können. Es erweist sich als äußerst schwierig: Zunächst muss er in eine Gruppentherapie und soll sich in seinem Arbeitsumfeld outen.
- 1982: Mark wird entlassen.
- 1984: Transidentitas e.V. gründet sich als erste Selbstorganisation in Frankfurt am Main. Mark reist dorthin, um Unterstützung und Beratung zu finden. Er leidet zunehmend unter dem Druck, den Gericht, Ärzt*innen, Gutachter*innen auf ihn ausüben. Seine Arbeitslosigkeit deprimiert ihn zusätzlich. In Frankfurt findet er neuen Mut und will weiterkämpfen. In Hamburg gibt er alle gewonnenen Informationen weiter und bietet Gespräche für transgeschlechtliche Menschen an.
- 1985: Mark bekommt offiziell seine Vornamensänderung. Er kann alle Urkunden und Zeugnisse ändern lassen und hält endlich ein Ausweisdokument mit seinem für ihn richtigen Namen in den Händen. Er versucht, über die Krankenkasse eine Operation finanziert zu bekommen, um seine Brüste seinem Körperbild anzunähern. Es beginnt ein neuer Kampf mit Gutachter*innen, Psychiater*innen und Ärzt*innen. Sein Neffe Thomas stirbt an einer Überdosis Heroin.
- 1987: Mark und Bärbel entschließen sich dazu, die Operation selbst zu zahlen. Ende des Jahres erfolgt die Mastektomie. Mark ist glücklich. Im Krankenhaus besucht ihn seine Schwester Martha, die über all die Jahre zu ihm gehalten hat.
- 1988: Bei einer Reise nach England hat Mark erhebliche Probleme an der Grenze, da sein eingetragener Vorname und sein Erscheinungsbild nicht mit dem im Pass angegebenen Geschlecht übereinstimmen. Nach stundenlangen Gesprächen darf er einreisen.
- 1989: Fall der Berliner Mauer. Mark und Bärbel reisen nach Berlin, um dieses Ereignis miterleben. Eines Abends werden sie wiederum transphob angegriffen. Passant*innen greifen ein und verhindern das Schlimmste.
- 1992: Überraschend bekommt Mark die Mitteilung, dass die Krankenkasse eine weitere OP zur Hysterektomie übernehmen wird. Er vereinbart sofort einen Termin. Die OP erfolgt im Herbst, danach unternimmt er alle nötigen Schritte, seinen Geschlechtseintrag offiziell ändern zu lassen.
- 1994: Mark erhält Recht: Er ist jetzt offiziell männlich.
- 1995: Bärbel und Mark heiraten. Martha und Susanne feiern kräftig mit.
- 1997: Mark findet mit 52 Jahren wieder eine Anstellung: Er arbeitet in einem Wohnausstattungs-geschäft. Es gehört einem Freund.
- 1999: Bärbel hat Brustkrebs.
- 2000: Bärbel stirbt. Mark zieht sich sehr zurück. Er ist tieftraurig und isoliert sich zunehmend.
- 2002: Mark hat den Tod von Bärbel mithilfe einer Therapie verarbeiten können. Er kehrt zurück in die Außenwelt und bietet wieder Gespräche und Unterstützung für junge trans* Menschen an. Samstags gibt es Kaffee und Kuchen bei ihm zu Hause für diejenigen, deren Herkunftsfamilien sie nicht akzeptieren.
- 2005: Mark lernt Renée kennen. Die beiden verlieben sich und beginnen eine Beziehung.
- 2007: Mark und Renée ziehen zusammen.
- 2010: Mark geht in Rente. Renée und er beginnen, gemeinsam zu reisen.
- 2014: Mark kämpft mit einer beginnenden Demenz. Noch immer kommen samstags jüngere Menschen zum Kaffee und bringen Kuchen mit. Manche nennen Renée und Mark scherzhaft „Mama und Papa“.
- 2015: Der Europarat fordert in einer Resolution für die Gleichstellung von trans* Menschen alle Mitgliedsstaaten auf, alle Einstufungen als geistige Störung zu streichen. Der Weltärztebund fordert in einer Stellungnahme die Entpathologisierung transgeschlechtlicher Menschen.
- 2018: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt Transgeschlechtlichkeit weiterhin als Diagnose, nimmt sie aber aus dem Katalog der psychischen Störungen heraus.

Biografie trans* Frau Jessica

Hinweis: Erstellung und Recherche der Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Diese Biografie steht stellvertretend auch für all jene Menschen, die Verfolgung, Ablehnung und Gewalt nicht überlebt haben. Noch heute ist die Rate der Suizidversuche unter Jugendlichen aus dem LSBTIQ*-Spektrum vier Mal so hoch wie bei anderen Jugendlichen (Deutsches Jugendinstitut, 2015).

*1941 in Stuttgart

Die Situation transgeschlechtlicher Menschen ist von Pathologisierung und Verfolgung geprägt. In den 1910er- und 1920er-Jahren gab es kurzzeitig eine etwas bessere Lage, unter anderem durch die Forschung von Magnus Hirschfeld. Im Nachleben der Großstädte wie Berlin fanden sich Menschen, die der Zweigeschlechternorm nicht entsprachen oder entsprechen wollten, durchaus wieder und es gab Netzwerke für sie. Während des Nationalsozialismus wurden diese zerschlagen und trans* Menschen wurden als abnorm verfolgt.

- 1941: Jessica wird als erstes Kind ihrer Mutter Hertha geboren. Sie erhält einen männlichen Vornamen und wird zweifelsfrei als Junge bewertet. Hertha ist erst 16 Jahre alt, Jessica wird daher als Kind von Herthas Schwester Waltraud ausgegeben, die zwar ledig aber immerhin schon 20 Jahre alt ist. Die Großeltern Friedrich, der wegen einer Verletzung aus dem Ersten Weltkrieg als untauglich gilt, und Dora versorgen zwei eigene Kinder und das Enkelkind. Über Jessicas Vater ist nichts bekannt. Gerüchteweise handelt es sich um einen ausländischen Zwangsarbeiter.
- 1944: Bei den Luftangriffen auf Stuttgart wird die Familie ausgebombt. Sie entkommt dem Feuersturm im Talkessel, besitzt aber nichts mehr. Sie kommt bei Verwandten von Dora auf dem Land unter.
- 1945: Französische Soldaten besetzen den Hof, die beiden dort lebenden Familien werden in die Scheune ausquartiert. Hertha beginnt eine Affäre mit einem Soldaten. Nach Kriegsende wird Stuttgart Teil der amerikanischen Besatzungszone, Hertha reist mit ihrem Soldaten weiter, Jessica lässt sie zurück.
- 1948: Die Familie kehrt in die Stadt zurück. Friedrich, Dora, Waltraud und Jessica beziehen eine Wohnung, die ihnen per Zufallsverfahren zugeteilt wird. Jessica beginnt den Besuch der Grundschule. Sie ist ein schüchternes Kind, nimmt kaum Kontakt zu anderen Kindern auf und verhält sich auch zu Hause still. Sie trägt gern Nachthemden von Waltraud und Dora und deren Hüte. Sie darf es, die Familie amüsiert sich darüber.
- 1949: Waltraud verlobt sich mit Karl, den sie kurz darauf heiratet. Er ist ein aus der Gefangenschaft heimgekehrter Soldat, der den Großeltern nicht passt, weil er dem Faschismus hinterherzutrauern scheint.
- 1950: Waltrauds erstes leibliches Kind, Gisela, wird geboren. Waltraud zieht mit Jessica zu Karl. Jessica vermisst die Großeltern und leidet unter dem strengen Stiefvater. Das Tragen der Nachthemden wird fortan mit Schlägen geahndet, Jessica wird ständig von Karl zurechtgewiesen.
- 1952: Karls und Waltrauds zweites gemeinsames Kind, Reinhardt, wird geboren.
- 1953: Im Streit schreit Karl Jessica an, ihre Mutter sei sowieso eine „Franzosen-Hure“ und sie solle froh sein, dass er sie in sein Haus aufgenommen habe. Karl beschimpft Jessica minutenlang, schließlich schlägt er sie mit einem Drahtbügel ins Gesicht. Jessica hat bisher Waltraud für ihre Mutter gehalten. Waltraud packt die 12-Jährige und stürmt aus der Wohnung. Sie bringt Jessica zu Friedrich und Dora, die sie gerne aufnehmen.

- 1954–1961: Jessica lebt bei ihren Großeltern ein stilles Leben ohne Zwang und Gewalt. Dora weiß, dass Jessica ihre Schminke benutzt und lässt sie gewähren. Sie schließt die Schule ab und beginnt eine Lehre als Dekorateur*in.
- 1961: Jessica unterbricht die Lehre für den Wehrdienst.
- 1962: Jessica beginnt eine Beziehung mit Irma, die sie als Kundin kennt. Sie halten die Beziehung zunächst geheim: Irma ist 19 Jahre älter. Irma hat Gefallen an Jessicas Vorliebe, ihre Kleider zu tragen und sich zu schminken. Jessica schließt die Lehre ab und findet Anstellung in einem Kaufhaus. Sie bezieht eine eigene Wohnung in der Nähe der Großeltern.
- 1963: Jessica entdeckt durch Zufall in einem Trödeladen alte Zeitschriften, in denen über die erste transgeschlechtliche Frau mit angleichender Operation, Lilli Elbe, berichtet wird. Fortan wird diese Vorstellung zu ihrem Traum. Bei Besuchen bei den Großeltern erscheint sie häufig als Mann, zieht sich dann aber rasch um und ist geschminkt im Kleid. Eines Tages tauchen Waltraud und Familie überraschend auch auf. Bevor Waltraud dazwischen gehen kann, hat Karl Jessica mit der Faust ins Gesicht geschlagen und die Nase gebrochen. Die Großeltern sind entsetzt, Jessica muss sich stark blutend umziehen und in die Notaufnahme fahren. Irma bittet am nächsten Tag darum, dass sie nur noch zu Hause Kleider trägt.
- 1964: Friedrich stirbt an einem Herzleiden. Jessica trauert sehr um ihn.
- 1965: Jessica hält es nicht mehr aus: Sie teilt Irma mit, von nun an immer als Frau leben zu wollen, mindestens außerhalb der Arbeit. Irma reagiert besorgt und bittet Jessica, davon abzusehen. Jessica wirbt um Verständnis. Irma bleibt bei ihrer ablehnenden Haltung. Es folgen viele Auseinandersetzungen, schließlich wirft Irma Jessica hinaus und beendet die Beziehung. Für Jessica ist das ein schwerer Schlag, Irma hatte stets zu ihr gehalten. Jessica verkehrt öfter in einem Lokal, in dessen Hinterzimmer sich gelegentlich Männer in Damenkleidung treffen.
- 1966: Bei einer Razzia des Lokals wird Jessica verhaftet und wegen des Tragens von Frauenkleidern nach dem §175 verurteilt. Sie beteuert immer wieder, nicht schwul zu sein, sondern eine Frau. Ihr wird von der Polizei gesagt, sie sei krank und solle sich in Behandlung begeben. Durch die Verurteilung zu drei Monaten Haft verliert sie ihre Anstellung. Die Haft selbst ist eine Qual für sie. Am Tag ihrer Entlassung holt Dora sie ab.
- 1967: Jessica findet eine neue Anstellung in ihrem Beruf. Sie geht weiterhin zu Partys und in Lokale, wo sie Frauenkleidung tragen kann.
- 1969: Gleichgeschlechtliche Beziehungen werden bei einem Schutzalter von 21 Jahren entkriminalisiert.
Dora stirbt nach einem Schlaganfall. Jessica wird nach einem Suizidversuch mit Tabletten durch Zufall von einem Bekannten gefunden, der ihren Abschiedsbrief im Lokal entdeckt hat. Sie kommt in die Psychiatrie, wo sie vier Monate lang bleibt. Erneut verliert sie ihre Arbeit. In Doras Nachlass hat sie Informationen über ihre leibliche Mutter Hertha gefunden und beginnt, sie zu suchen. Ohne Erfolg.
- 1970: Jessica lernt Brigitte kennen, die sich sehr in sie verliebt. Jessica traut sich nicht, ihr von ihrer Identität zu erzählen und fühlt sich distanziert. Dennoch zieht Brigitte bei ihr ein.
- 1971: Die gemeinsame Tochter Nicole wird geboren. Jessica beginnt eine Arbeit in einem Pralinengeschäft.
- 1973: Jessica hält es eines Abends nicht mehr aus. Sie wirft sich in Schale und kommt geschminkt und im Kleid aus dem Bad zu Brigitte ans Bett. Brigitte fängt an zu schreien und droht, die Polizei zu rufen. Sie ist zu keinem Gespräch bereit und zieht Wochen später mit Nicole aus. Jessica begeht erneut einen Suizidversuch, ruft dieses Mal aber in letzter Minute selbst die Feuerwehr. Sie kommt erneut in die Psychiatrie. Dieses Mal erhält sie die Diagnose „Transsexualität“, offiziell eine psychische Störung.

- 1974: Aus der Klinik zurück, trägt Jessica nun rund um die Uhr die Kleidung, die ihr gefällt. Sie macht am Bahnhof und in einschlägigen Lokalen Bekanntschaft mit anderen transgeschlechtlichen Menschen. Sie bemüht sich um Kontakt zu Tochter Nicole, den Brigitte aber kategorisch verweigert.
- 1976: Jessica wird am Bahnhof von drei unbekanntenen Männern zusammengeschlagen. Ihre Leber ist verletzt, fünf Rippen gebrochen. Sie verbringt zehn Tage im Krankenhaus. Danach wird sie erneut in die Psychiatrie eingewiesen. Dort lernt sie Martina kennen, die ebenfalls transgeschlechtlich ist. Die beiden freunden sich an und intensivieren ihre Freundschaft nach ihrer Entlassung.
- 1980: Jessica und Martina ziehen gemeinsam nach West-Berlin. Sie gründen eine Wohngemeinschaft und finden schnell Verena als Dritte im Bunde. Sie machen sich gegenseitig Mut, tauschen Kleider und sind füreinander da. Gemeinsam engagieren sie sich in der Bewegung für Homo- und Transrechte und gesellschaftliche Anerkennung.
- 1981: Das Transsexuellengesetz (TSG) tritt in Kraft. Es sieht die mögliche Änderung des Vornamens (kleine Änderung) vor und die des Personenstands (große Änderung). Für die große Änderung muss u. a. eine medizinisch herbeigeführte Sterilität nachgewiesen werden.
- 1982: Jessica beginnt eine Hormontherapie. Es folgt ein langwieriger Kampf mit Behörden, Gutachter*innen und Ärzt*innen, um ihr TSG-Verfahren beginnen zu können. Sie begibt sich erneut in Therapie, um den Anforderungen des Gesetzes Genüge zu tun.
- 1986: Der Kampf hat lange angedauert und Jessica zermürbt, aber sie hält ihn in den Händen: den Beschluss über ihre Vornamensänderung. Von nun an heißt sie ganz offiziell Jessica Dora.
- 1989: Fall der Berliner Mauer. Jessica hat eine Kostenübernahme der Krankenkasse für eine geschlechtsangleichende Operation erstritten.
- 1990: Zur Wiedervereinigung bekommt sie die Dokumente über die Änderung ihres Geschlechtseintrags. Sie ist nun offiziell weiblich.
- 1991: Über Waltraud, mit der sie sporadisch telefonischen Kontakt hat, erfährt Jessica, dass Irma gestorben ist. Obgleich sie lange überlegt, kehrt sie nicht zur Bestattung nach Stuttgart zurück.
- 1993: Jessica lernt Silke kennen, eine jüngere, geschiedene Frau mit zwei Söhnen, die sich in Jessica verliebt. Sie beginnen eine Beziehung.
- 1995: Jessica zieht zu Silke und den Kindern Jan und Sven nach Bernau. Ihre Kontakte in die aktivistische Szene schlafen nach und nach ein.
- 2002: Jan zieht aus.
- 2005: Sven zieht aus.
- 2007: Jessica und Silke ziehen in ein kleineres Haus um. Jessica klagt über starke Schmerzen in der Hüfte, die sich verschlimmern.
- 2012: Jessica erhält künstliche Hüftgelenke. Sie erholt sich nur langsam und kann nicht mehr gut weitere Strecken gehen.
- 2015: Der Europarat fordert in einer Resolution für die Gleichstellung von trans* Menschen alle Mitgliedsstaaten auf, alle Einstufungen als geistige Störung zu streichen. Der Weltärztebund fordert in einer Stellungnahme die Entpathologisierung transgeschlechtlicher Menschen.
- 2018: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt Transgeschlechtlichkeit weiterhin als Diagnose, nimmt sie aber aus dem Katalog der psychischen Störungen heraus.

Biografie queere, nicht-binäre Person Toni

Hinweis: Erstellung und Recherche der Biografien erfolgten durch Melike Berfê Çınar. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen sind zufällig und den historischen Gegebenheiten geschuldet.

Diese Biografie steht stellvertretend auch für all jene Menschen, die Verfolgung, Ablehnung und Gewalt nicht überlebt haben. Noch heute ist die Rate der Suizidversuche unter Jugendlichen aus dem LSBTIQ*-Spektrum vier Mal so hoch wie bei anderen Jugendlichen (Deutsches Jugendinstitut, 2015).

*1944 in Leipzig

Nicht-binäre Geschlechtsidentität ist ein Sammelbegriff für Menschen, denen gemeinsam ist, dass sie sich nicht der Zweiteilung Mann oder Frau zugehörig fühlen. Es geht um geschlechtliche Identität (soziales Geschlecht), nicht zwangsläufig um körperliche Merkmale. Damals wie heute besteht ein hoher Normierungsdruck auf Menschen, die die Erwartungen an ihr zugeschriebenes Geschlecht vermeintlich nicht erfüllen.

- 1944: Toni wird als drittes Kind der verwitweten Frida und eines unbekanntes Vaters geboren. Toni erhält einen weiblichen Vornamen und wird zweifelsfrei als Mädchen bewertet. Die Familie lebt nach dem Verlust der Wohnung durch Bomben in einer überfüllten Notunterkunft mit schlechter Versorgung. Frida fürchtet um das Leben des Neugeborenen, auch wegen der anhaltenden Bombardierungen der Stadt.
- 1945: Bei den Angriffen Anfang April bricht in der Notunterkunft eine Panik aus. Frida verliert die beiden Brüder Hans und Peter während der folgenden fluchtartigen Massenbewegungen durch die Stadt und sucht sie fortan. Sie streift mit Toni im Arm stundenlang durch die Trümmer der Stadt und sucht Hans und Peter.
- 1947: Frida kann den Verlust der beiden Söhne nicht verwinden. Im Herbst des Jahres wird Toni in ein Kinderheim verbracht, Frida wird in eine Nervenheilanstalt eingewiesen.
- 1950: Frida holt Toni wieder zu sich. Sie hat neu geheiratet und gilt als stabil. Der neue Ehemann Rudolf arbeitet in der chemischen Industrie. Beide trinken viel Alkohol und neigen zu Gewaltausbrüchen Toni gegenüber, aber auch gegeneinander. Die Familie lebt auf engstem Raum in einer Siedlung für die Industriearbeiter*innen.
- 1951: Geburt der Halbschwester Marion.
- 1952: Geburt der Halbschwester Karin. Toni beginnt die Grundschule. Toni ist ein lautes Kind und gilt als ungezogen. Weder Frida noch Rudolf interessieren sich für die Schullaufbahn des Kindes.
- 1953: Geburt des Halbbruders Kurt. Der Familie wird eine größere Wohneinheit zugewiesen.
- 1954: Toni muss nach der Schule ständig auf die kleinen Geschwister aufpassen. Rudolf arbeitet und Frida zeigt kein Interesse an den Kindern. Toni ist ruhiger geworden, hat in der Schule kaum Erfolge und ist mit den anderen schwachen Schüler*innen befreundet. Die Familie besitzt kaum etwas, das Gehalt von Rudolf wird in Alkohol umgesetzt.
- 1955: Frida beginnt, ebenfalls in der chemischen Industrie zu arbeiten. Toni muss noch häufiger auf die Geschwister aufpassen.
- 1956: Bei einem eskalierten Streit prügelt Rudolf auf Toni ein. Die fünfjährige Marion wirft sich dazwischen und erhält einen festen Schlag auf das linke Ohr. Sie verliert ihr Hörvermögen, was fortan Toni zugeschrieben wird.
- Toni trägt kurze Haare und Hosen und wird häufig für einen jungen Mann gehalten. Frida und Rudolf nehmen keinen Einfluss darauf, aus deren Desinteresse resultiert eine gewisse Freiheit für Toni. In der Schule gibt es gelegentlich hämische Bemerkungen, Toni wehrt sich notfalls mit Gewalt. Tonis Empfinden der eigenen Identität ist mitunter

- gespannt, Toni möchte vor allem in Ruhe gelassen werden und ist unsicher über die eigene Rolle.
- 1957: Toni wird 13 Jahre alt und lernt Adam kennen, Sohn ungarischer Vertragsarbeiter in der Industrie. Adam wird zu einem engen Freund, der für Toni eine Flucht aus dem von Vernachlässigung und Gewalt geprägten Alltag bedeutet. Die beiden treffen sich heimlich, Rudolf verbietet den Umgang. Während eines heimlichen Treffens sperrt Toni die zu beaufsichtigenden Geschwister kurzerhand in den Keller. Eine Nachbarin bemerkt das und berichtet abends Frida davon. Toni kann nach der folgenden Prügelstrafe zwei Tage nicht aus dem Bett aufstehen.
- 1959: Toni findet nach Verlassen der Schule Anstellung im Hauswirtschaftswesen. Adams Familie verlässt die DDR und geht zurück nach Ungarn. Für Toni ist das sehr schwierig, ihre Freundschaft war sehr eng. Kurt wird in eine Sonderschule eingeschult, die auch Marion besucht. Karin besucht die Grundschule.
- 1962: Toni hat Glück. Die Chefin der Hauswirtschaft weiß über Tonis Situation zu Hause Bescheid und vermittelt eine Stelle in einer Pension, zu der eine Dachkammer zum Wohnen gehört. Am Tag des 18. Geburtstags zieht Toni gegen den Willen der Eltern aus.
- 1963: Toni lernt Uwe kennen. Der 21-Jährige ist Maschinenbauer, die beiden verlieben sich ineinander. Uwe ist sehr verständnisvoll und Toni kann die gemischten Gefühle bezüglich der eigenen Identität mit ihm besprechen.
- 1964: Um die Chancen auf eine gemeinsame Wohnung zu erhöhen, heiraten Uwe und Toni.
- 1965: Frida stirbt an einer Lungeninfektion. Rudolf kündigt an, die Kinder nicht allein versorgen zu können. Toni und Uwe nehmen den 12-jährigen Kurt bei sich auf, Marion und Karin ziehen in ein Wohnheim für junge Frauen. Rudolf verliert den zugewiesenen Wohnraum. Toni bemüht sich nicht um Kontakt zu ihm. Kurt ist in seiner Entwicklung weit zurück, Uwe freut sich auf den Alltag mit Kind. Toni möchte keinesfalls selbst Kinder bekommen. Uwes Eltern, die sehr liebevoll und unterstützend sind, bieten ihre Hilfe in der neuen Situation an. Zu den beiden Schwestern schläft der Kontakt rasch ein.
- 1966–1974: Toni leidet immer wieder unter depressiven Verstimmungen und Angstzuständen. Da die äußere Erscheinung unerschütterlich ist, weiß nur Uwe davon. Er rät Toni dazu, sich auch anderen gegenüber zu öffnen, das gelingt aber nicht. Toni beginnt eine Anstellung als Hauswirtschafterin in einem Arbeiterwohnheim. Kurt gedeiht gut, kann aber den Rückstand in der Entwicklung nicht aufholen. Er arbeitet als Lagerist.
- 1975: Kurt zieht aus. Toni lernt auf einer Feier gemeinsamer Freunde Manuel kennen, er stammt aus Nicaragua und arbeitet in Leipzig. Es ist Liebe auf den ersten Blick für beide. Toni gerät in eine tiefe Krise. Tonis Zuneigung zu Manuel ist aus staatlicher Sicht unerwünscht und die Liebe zu Uwe soll nicht gefährdet werden. Nach einem heimlichen Treffen mit Manuel versinkt Toni in einer Depression. Uwe, der keine Ahnung hat, was los ist, kümmert sich um Toni, soweit er kann. All seine Bemühungen scheinen jedoch fruchtlos. Erst nach mehreren Wochen wird Toni wieder munter. Manuel trifft Toni nicht mehr.
- 1977: Auf dem Nachhauseweg vom Arbeiterwohnheim lauern zwei Männer Toni auf. Toni wird von ihnen bedrängt und begrabscht. Ob Toni nun Mann oder Frau sei wollten sie herausfinden, drohen sie. Nach einigen körperlichen Zudringlichkeiten flippt Toni aus. Die Gegenwehr gerät zur Raserei, die beiden Männer flüchten, beide im Gesicht verletzt. Zu Hause kann sich Toni kaum erinnern, was geschehen ist. Tonis Verhältnis zum eigenen Körper verschlechtert sich, manche Tage hat Toni das Gefühl, vom Hals abwärts nichts zu fühlen.
- 1978: Kurts Tochter Stefanie wird geboren. Die Mutter ist eine ältere Frau, die Kurt bei sich aufgenommen hat. Verheiratet sind die beiden nicht.
- 1980: Uwe gesteht Toni, eine Affäre zu haben. Toni geht wütend auf Uwe los, bricht dann aber verzweifelt zusammen. Uwe bleibt gewohnt ruhig und liebevoll, Toni aber bleibt hart und kann ihm nicht verzeihen. Toni besteht auf der Scheidung, die Ende des Jahres erfolgt.

- 1982: Toni zieht nach Ost-Berlin und fängt eine Stelle in einem Hotel an. Überraschend meldet sich Marion bei Toni, sie heiratet. Auf der Feier im Leipziger Umland sieht Toni Karin wieder und zu ihrem Erschrecken auch Rudolf, der mehr tot als lebendig scheint und Toni nicht zu erkennen vorgibt.
- 1983: Toni lernt die 22-jährige Susanne kennen. Die beiden verlieben sich und werden ein Paar. Allen Widrigkeiten zum Trotz: obwohl staatlich nicht verfolgt, ist es gesellschaftlich schwierig, zusammen zu leben. Der Altersunterschied trägt nicht zur Erleichterung bei. Toni erfährt, dass Uwe seine Affäre geheiratet hat und wohl ein Kind unterwegs ist. Mit Susanne entdeckt Toni neue Seiten an sich selbst und am Leben, es ist nicht mehr von unbedingter Wichtigkeit, ob ihr Körper und eigenes Empfinden immer zusammenpassen. Die beiden etablieren eine liebevolle, verspielte Beziehung und stärken sich gegenseitig. Der Name Toni kommt Susanne in den Sinn: es ist ein Name, der nicht eindeutig zuzuordnen ist, wie Toni selbst auch. Fortan wird er im privaten Umfeld verwendet.
- 1984: Während Toni in der Wohnung wartet, folgen zwei Männer Susanne abends bis nach Hause. Sie drängen sich hinter ihr in den Hausflur und drücken sie an die Wand. Die Tür der Erdgeschosswohnung wird kurz geöffnet, aber wieder geschlossen. Susanne wehrt sich, kann aber gegen die kräftigen Männer nichts ausrichten und nicht schreien, da sie ihr den Mund zuhalten. Das zufällige Hinzukommen eines Nachbarn verhindert eine Vergewaltigung, die Männer fliehen. Der Nachbar sagt: „Na ja. Ist ja kein Wunder. Zwei Frauen, die zusammenleben, das gehört sich ja auch nicht.“ Toni kann nicht verwinden, dass das unbemerkt geschehen konnte, während Toni selbst zu Hause war.
- 1985: Susanne und Toni nehmen an privaten Treffen frauenliebender Frauen in einer Wohnung teil. Toni fühlt sich dort sehr wohl und aufgehoben, fragt sich aber immer noch nach der eigenen Identität.
- 1988: Susanne trennt sich von Toni. Die Beziehung empfindet sie als eingeschlafen. Toni fällt es schwer, die Trennung zu verwinden, die beiden bleiben in gutem Kontakt. Toni hat danach lose sexuelle Kontakte zu unterschiedlichen Menschen, es ist aber keine Verliebtheit im Spiel.
- 1989: Fall der Berliner Mauer. Toni beginnt, die BRD zu bereisen.
- 1991: Toni besucht eine Gruppe für ältere Menschen in einem Verein, der sich für die Rechte homosexueller Menschen einsetzt. Was als Versuch der Freizeitbeschäftigung beginnt, gibt Toni schnell Halt und Zuspruch: In der Gruppe fällt es Toni mit einem Mal leicht, über das Empfinden zum eigenen Körper zu sprechen und Toni stellt fest, dass es auch andere Menschen gibt, die sich nicht als eindeutig weiblich oder männlich empfinden.
- 1994: Toni und Zeynep werden ein Paar. Sie kennen sich aus dem Verein. Sie spielen mit den Geschlechterrollen und tauschen sich viel mit anderen aus.
- 1995: Toni und Zeynep beziehen eine gemeinsame Wohnung. Toni kennt mittlerweile einige transgeschlechtliche Personen und ist sich sicher, selbst keine zu sein. Vielmehr geht es Toni um eine Uneindeutigkeit, die wichtig ist. Auch mit dem Begriff der Bisexualität kann Toni wenig anfangen, vielmehr geht es doch um den Bezug zur eigenen Identität.
- 1997: Zeynep, die Hotelfachfrau gelernt hat, bekommt eine attraktive Stelle in Izmir angeboten, Toni könnte ebenfalls in der Pension in der Hauswirtschaft arbeiten. Ende des Jahres wandern die beiden aus.
- 1997–2005: Das Paar fühlt sich in der Metropole Izmir wohl und baut einen großen Freundeskreis auf.
Die Pension läuft gut, die Beziehung ebenfalls.
- 2005: Toni und Zeynep kehren nach einer Krebsdiagnose bei Toni zurück nach Berlin. Nach reiflicher Überlegung haben sie sich dafür entschieden, das Krebsleiden in Berlin behandeln zu lassen. Toni werden beide Brüste entfernt. Unter der anschließenden Bestrahlung leidet Toni körperlich stark.

- 2006: Toni ist krebsfrei. Durch die schwere Erkrankung wird Toni früh verrentet. Zeynep arbeitet in einem Hotel. Das Paar ist gut in Berlin angekommen, es gibt häufige Besuche in und aus der Türkei.
- 2010: Zeynep geht in Rente. Die beiden beginnen, längere Reisen zu planen.
- 2012: Bei einem Aufenthalt in New York City lernt Toni eine Person kennen, die das Konzept der Nichtbinarität erklärt. Toni ist begeistert und kann sich sofort damit identifizieren. Zeynep und Toni kaufen Literatur dazu und lesen viel. Toni möchte, dass kein Pronomen mehr benutzt wird. „Mein Pronomen ist Toni“, sagt Toni.
- 2015: Zeyneps Nichte Özlem bittet Zeynep und Toni, in einer queeren Jugendgruppe aus ihrem Leben zu berichten. Die beiden genießen die Erfahrung und treten in Kontakt mit der Organisation, die die Gruppe anbietet. Sie stellen sich für Erfahrungsberichte vor Jugendgruppen zur Verfügung und werden mehrfach eingeladen.
- 2017: Bei Toni wird eine beginnende Demenz diagnostiziert. Toni und Zeynep begründen eine Lebenspartnerschaft, um zu verhindern, dass sie im Alter auseinandergerissen werden.

1.10 Modul I.4 – Methode: „Zeitstrahl“

Methodenname

Zeitstrahl

Modulbereich

I.4 Historische Entwicklungen in Deutschland

kurz erklärt

Mit dieser Methode wird ein Überblick über die wichtigsten gesellschaftlichen und rechtlichen Entwicklungen im Raum visualisiert.

Ziele

Durch die räumliche Darstellung kann der zeitliche Verlauf besser erfasst und begriffen werden.

Zeit

75 Minuten (1,5 UE)

Material

- Anhang A: Ereignisse für den Zeitstrahl
- Ein Zeitstrahl von 1851 bis 2018. Dafür nehmen Sie zwei DIN-A4-Seiten, die mit den beiden Jahreszahlen beschriftet werden. Außerdem benötigen Sie ggf. etwas für die Zeit dazwischen: ein Wollknäuel zum Beispiel.
- Die Ereignisse im Anhang. Die Daten aus dem Anhang können Sie gesammelt nehmen oder sich einzelne herausuchen. Sie können sie kopieren, ausschneiden und auf Pappe kleben oder abschreiben.

Teilnehmendenzahl

max. 20 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Bereiten Sie den Zeitstrahl vor: Die beiden Jahreszahlen, die Beginn und Ende markieren, legen Sie weit voneinander entfernt im Raum aus. Sie können sie mit einem Wollfaden optisch verbinden oder auch keine Verbindung schaffen.
- Verteilen Sie die Ereigniskarten an die Anwesenden.
- Je nach Menge der Ereignisse pro Person ausreichend Zeit zum Lesen geben.
- Nach und nach legen die Teilnehmenden ihre Ereignisse aus und schildern, was auf den Karten notiert ist.
- Ist der Zeitstrahl vollständig, können ihn sich alle anschauen.
- Sprechen Sie danach in der Gruppe darüber, was neu und unbekannt war, worüber einzelne gern mehr wüssten und andere Eindrücke.

Variante

Geben Sie nur ein paar Jahreszahlen vor und legen Sie die restlichen Karten mit den Ereignissen unsortiert und ohne Jahresmarkierung aus. Lassen Sie die Gruppe die restlichen Zuordnungen der Jahreszahlen schätzen/raten. So wird offensichtlich, dass unser gefühltes Wissen vom faktischen stark abweichen kann. Halten Sie die Liste mit den Jahreszahlen bereit, so dass Sie den geschätzten Verlauf korrigieren können.

1.10.1 Anhang A – Ereignisse für den Zeitstrahl

- 1851 In Preußen, dem mächtigsten der Staaten, die später Deutschland bilden werden, wird ein Vorläufer zum späteren Paragraphen 175 erlassen, der sexuelle Mann-Mann-Handlungen (Sodomie) unter Strafe stellt.
- 1852 Der Forensiker Johann Ludwig Casper ist der erste in Deutschland, der behauptet, dass die Affinität zum gleichen Geschlecht angeboren sei.
29. August 1867 Karl Heinrich Ulrichs ist der erste selbsternannte männerliebende Mann, der sich öffentlich für die Rechte gleichgeschlechtlich Liebender ausspricht, als er vor dem Deutschen Juristentag in München für eine Resolution plädiert, die die Aufhebung der gegen die Sodomisten gerichteten Gesetze anmahnen soll.
- 1869 In einem offenen Brief an den preußischen Justizminister verwendet Karoly Maria Kertbeny das Wort „homosexuell“ erstmals in einem öffentlichen Forum.
- 1871 Homosexuelle Handlungen zwischen Männern werden trotz Protesten in Deutschland durch den Paragraphen 175 des Reichsstrafgesetzbuches unter Strafe gestellt.
- 1897 Magnus Hirschfeld gründet am 14. Mai das Wissenschaftlich-humanitäre Komitee, um die Förderung homosexueller Rechte und die Aufhebung des Paragraphen 175 zu organisieren.
13. Januar 1898 Der deutsche Reichstag debattiert eine Petition zur Aufhebung des Paragraphen 175, veranlasst von Hirschfeld und von Dutzenden prominenten Oppositionsführenden unterschrieben, wird die Petition aber nur von einer politischen Partei im Reichstag unterstützt, der Sozialistischen Arbeiterpartei Deutschlands (die spätere SPD), geführt von August Bebel. Der Reformversuch scheitert.
Bis Ende des 19. Jh. Das preußische Allgemeine Landrecht stellt es sogenannten Hermaphroditen frei, sich nach dem 18. Lebensjahr selbst für einen Geschlechtseintrag zu entscheiden.
- 1905 Sigmund Freud beschäftigt sich erstmals mit der Homosexualität, die er für eine Art Fehlentwicklung hält.
- 1907 Adolf Brand, Vorsitzender und Aktivist der Gemeinschaft der Eigenen, die an der Aufhebung des Paragraphen 175 arbeiteten, veröffentlicht ein Schriftstück, das den Kanzler des Deutschen Kaiserreichs, Fürst Bernhard von Bülow, als Homosexuellen outet.
- 1916 Richard Goldschmidt verwendet zum ersten Mal den Begriff „Intersexualität“.
- 1922 Dorchen Richter beginnt als erste trans* Person in Deutschland den Prozess einer Geschlechtsangleichung. Sie ist Patientin von Magnus Hirschfeld.
- 1929 Am 16. Oktober stimmt der deutsche Reichstag für eine Aufhebung des Paragraphen 175, die Machtergreifung der Nationalsozialisten verhindert die Umsetzung des Beschlusses.
- 1933 Die Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei (NSDAP) verbietet alle homosexuellen Vereinigungen. Homosexuelle Männer werden in Konzentrationslager verbracht. Die Bibliothek in Magnus Hirschfelds Institut für Sexualwissenschaft wird verbrannt, das Institut vernichtet. Einschlägige Lokale werden geschlossen oder überwacht.
- 1935 Massive Verschärfung des Paragraphen 175. Es beginnt eine systematische Verfolgung der Homosexuellen. Bis 1945 wurden rund 100.000 in sogenannten „Rosa Listen“ polizeilich erfasst, rund 50.000 verurteilt und ca. 10.000 bis 15.000 in Konzentrationslager verschleppt, wo die Hälfte von ihnen umgekommen ist. Hunderte schwuler Männer wurden auf gerichtliche Anordnung hin kastriert.

- 1936 Der Rassenhygieniker Fritz Lenz fordert Experimente an intergeschlechtlichen Kindern.
- 1937 Der rosa Winkel wird erstmals für schwule Männer in deutschen Konzentrationslagern verwendet. Lesbische Frauen fallen nicht unter den Paragraphen 175, werden aber oftmals mit dem schwarzen Winkel als „Asoziale“ in die KZs verschleppt. Ihre Netzwerke werden zerschlagen, sie werden in die Unsichtbarkeit gedrängt.
- 1941 Transsexualität wird erstmals in Bezug zu Homo- und Bisexualität gesetzt.
- 1943 Josef Mengele quält den deutschen Sinto Hugo Höllenreiner im KZ Auschwitz. Er experimentiert brutal an dem neunjährigen Kind und will dessen Genitalien „korrigieren“.
- 1945 Bei der Befreiung der deutschen Konzentrationslager durch die Alliierten wurden diejenigen, die wegen homosexueller Vorwürfe interniert waren, nicht befreit; sie mussten ihre Strafen gemäß dem Paragraphen 175 abbüßen.
- 1950er–heute: Intergeschlechtliche Säuglinge werden geschlechtszuweisend operiert. Diese Operationen sind in der Regel medizinisch nicht notwendig und erfolgen aus rein kosmetischen Gründen.

DDR:

- 1950 Die Regierung der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) hebt die Zusätze der Nationalsozialisten zum Paragraphen 175 teilweise auf.
- 1957 Homosexualität wird entkriminalisiert. Homosexuelle wurden aber weder durch das sozialistische Regime noch durch die Gesellschaft akzeptiert oder wenigstens geduldet. Sie konnten sich nicht outen, ohne ausgeschlossen und diskriminiert zu werden.

BRD:

- 1949 Die Bundesrepublik Deutschland (BRD) behält den Paragraphen 175 unverändert im Strafgesetzbuch.
10. Mai 1957 Das Bundesverfassungsgericht entscheidet: Gleichgeschlechtliche Betätigung verstößt eindeutig gegen das Sittengesetz. Deshalb könnten sich Homosexuelle nicht auf das durch das Grundgesetz garantierte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit berufen. Zudem sei Paragraph 175 des Strafgesetzbuches nicht in dem Maße nationalsozialistisch geprägtes Recht, dass ihm in einem freiheitlich demokratischen Staat die Geltung versagt werden müsse.
- 1968 Erste offizielle Selbsthilfegruppe wird gegründet, der Arbeitskreis TS – Interessengemeinschaft für Transsexuelle und Transvestiten in Hamburg.
- 1969 Gleichgeschlechtlicher sexueller Verkehr wird bei einem Schutzalter von 21 Jahren legalisiert.
- 1971 Rosa von Praunheims Film „Nicht der Homosexuelle ist pervers, sondern die Situation, in der er lebt“ erscheint.
- 1973 Das Schutzalter wird auf 18 Jahre reduziert.
- 1972 In Münster findet die erste Demonstration homosexueller Menschen mit rund 200 Teilnehmenden statt. Beinahe alle sind aus Angst vor Entdeckung verummmt.
- 1977 Erste geschlechtsangleichende Operation in Deutschland nach 1945 in Gießen.
- 1978 Das Handbuch der Kriminalistik sieht die Führung von Homosexuellenkarteien als notwendige Maßnahme zur Wahrnehmung der polizeilichen Sicherungsaufgaben an.
- 1979 In Bremen findet der erste Christopher Street Day (CSD) in Deutschland statt.

- 1981 Die BRD erlässt das Transsexuellengesetz (TSG), das in zwei Schritten die Änderung des Namens und des eingetragenen Geschlechts ermöglicht. Zwar werden alle Dokumente und Urkunden nach Abschluss des komplizierten Therapie- und Gerichtsverfahrens geändert, für eine Änderung des Geschlechtseintrags muss aber eine nachgewiesene Unfruchtbarkeit medizinisch hergestellt worden sein.
- 1984 Gründung der ersten Selbstorganisation Transidentitas e. V. in Frankfurt a. M.
- ab 1990**
- 1990 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) streicht Homosexualität aus ihrer Liste psychischer Erkrankungen.
- 1994 Der Paragraph 175 wird aus dem Strafgesetzbuch gestrichen. Noch in dem Jahr gab es 44 Verurteilungen nach dem Paragraphen.
- 2001 Durch das Lebenspartnerschaftsgesetz können gleichgeschlechtliche Partnerschaften eingetragen werden.
- 2001 Mit Klaus Wowereit wird ein offen schwuler Mann Regierender Bürgermeister der Bundeshauptstadt.
- 2002 Unter Rot-Grün kann die gesetzliche Rehabilitierung der Opfer des Homosexuellen-Paragraphen 175 aus der NS-Zeit durchgesetzt werden. Menschen, die mit dem schwarzen Winkel inhaftiert waren, werden nicht entschädigt.
- 2006 Deutschland erlässt das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), das die Bürger*innen in bestimmten Bereichen vor Diskriminierung schützt. Die sexuelle Identität ist auch geschützt.
- 2009 In einer von zahlreichen Entscheidungen bewertet das Bundesverfassungsgericht das Transsexuellengesetz (TSG) in Teilen als verfassungswidrig.
- 2012 Der Deutsche Ethikrat empfiehlt Ärzt*innen und Eltern, mit geschlechtszuweisenden Operationen bei intergeschlechtlichen Kindern abzuwarten, bis sie selbst zustimmen oder ablehnen können.
- 2013 Gleichgeschlechtlichen Partnern wird durch das Verfassungsgericht die Stiefkindadoption erlaubt.
Das Personenstandsrecht wird dahingehend verändert, dass Kinder, deren Geschlecht bei der Geburt nicht eindeutig zugeordnet werden kann, ohne Eintrag geführt werden können.
- 2015 Die Deutsche Ärztekammer verfasst eine Stellungnahme, die sich gegen die geschlechtszuweisende Operation bei nicht zustimmungsfähigen Kindern ausspricht.
- 2015 Der Europarat fordert in einer Resolution für die Gleichstellung von trans* Menschen alle Mitgliedsstaaten auf, alle Einstufungen als geistige Störung zu streichen.
Der Weltärztebund fordert in einer Stellungnahme die Entpathologisierung transgeschlechtlicher Menschen.
- 2016 Eingetragene gleichgeschlechtliche Paare dürfen gemeinsam die Vormundschaft für Pflegekinder ausüben.
- 2017 Bundestag und Bundesrat beschließen die Ehe für alle.
Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer besteht ein Blutspendeverbot für schwule und bisexuelle Männer nicht, wenn sie ein Jahr lang keinen Sex mit einem Mann hatten.
- 2018 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt Transgeschlechtlichkeit weiterhin als Diagnose, nimmt sie aber aus dem Katalog der psychischen Störungen heraus.
Deutschland ermöglicht den Geschlechtseintrag „divers“.

1.11 Modul I.5 – Methode: „Blitzinheit Diskriminierung definieren“

Methodenname

Blitzinheit Diskriminierung definieren

Modulbereich

I.5 Diskriminierung und Stigma verstehen

kurz erklärt

Gemeinsam werden Merkmale von Diskriminierung erarbeitet.

Ziele

Das eigene Handeln wird anhand der Merkmale überdacht.

Zeit

20 Minuten

Material

Moderationskarten

Teilnehmendenzahl

max. 30 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

Bitten Sie die Teilnehmenden, sich in Zweiergruppen 5 Minuten lang auszutauschen, was die Eigenschaften von Diskriminierung sind und auf Moderationskarten Stichpunkte zu notieren. Tragen Sie dann die Karten zusammen und ergänzen Sie gegebenenfalls fehlende, essenzielle Stichpunkte. Sagen Sie deutlich, dass wir uns immer wieder klarmachen sollten, dass wir Diskriminierung in unserer Praxis vermeiden wollen und jedem Menschen individuell im Dialog begegnet wird.

Folgende Definition können Sie zusammenfassend geben:

„Diskriminierung beschreibt die unterschiedliche Behandlung von Menschen. Die Benachteiligung von Menschen kann auf verschiedenen Eigenschaften beruhen. Besonders häufig werden Menschen aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Hautfarbe, ihrer Herkunft, ihrer Religion oder ihres Alters diskriminiert. Hierbei gibt es meist eine Gruppe von Menschen, die diskriminiert wird, und eine Gruppe von Menschen, die dadurch Vorteile hat.“

(<https://www.kindersache.de/bereiche/wissen/natur-und-mensch/diskriminierung-was-bedeutet-das>) Diese Definition wurde für Kinder geschrieben, sie beschreibt verständlich den Kern von Diskriminierung.

Darauf soll geachtet werden

Wesentlich sind die folgenden Stichpunkte:

- Abwertung von Menschengruppen
- Verurteilung für etwas, das Menschen SIND, nicht was sie tun
- Keine individuelle Ebene
- Generalisierung
- Benachteiligung
- Spektrum von beschimpfen bis vernichten
- Unrecht
- Ausschluss
- Ungleichheit
- Menschenrechtsverletzung
- Wiederkehrend

1.12 Modul I.5 – Methode: „Kaleidoskop“

Methodenname

Kaleidoskop

Modulbereich

I.5 Diskriminierung und Stigma verstehen

kurz erklärt

Suche nach den Unterschieden und Gemeinsamkeiten.

Ziele

Biografische Auseinandersetzung mit den 6 Kategorien der sozialen Ungleichheit.

Zeit

30 Minuten

Material

Anhang A: 1 Set Kategorien-Karten pro Person (zum Kopieren und Ausschneiden)

Teilnehmendenzahl

max. 20 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- **1. Einzelarbeit:** die Kategorien-Karten werden von den Teilnehmenden aufsteigend nach Wichtigkeit der Kategorien in der eigenen Biografie sortiert.
- Folgende Impulsfragen sollen das Sortieren erleichtern:
 - **Gender/Geschlecht**
 - Was wurde von Ihnen in Ihrer Kindheit in Bezug auf Ihre Geschlechtszugehörigkeit erwartet?
 - Sexuelle Orientierung
 - Hat Ihre Familie Ihr Denken über sexuelle Orientierung beeinflusst?
 - Welche Klischees/Bilder über trans*, inter*, bi, lesbische und schwule Menschen haben Sie in Ihrer Kindheit mitbekommen?
 - **Ethnische Herkunft**
 - Wann haben Sie das erste Mal mitbekommen, dass Menschen aufgrund „anderer“ Hautfarbe unfair behandelt werden?
 - **Soziale Herkunft**
 - Konnten Sie als Kind an allen Freizeitaktivitäten grenzenlos teilnehmen?
 - **Glaube/Religion**
 - Wann haben Sie das erste Mal mitbekommen, dass Menschen aufgrund einer bestimmten Religion abgewertet werden?
 - **Gesundheit**
 - Waren mein Umfeld und ich immer fit und gesund?
- **2. Austausch zu zweit:** Die Teilnehmenden stellen sich gegenseitig ihre persönlichen „Kaleidoskope“ vor.
- Folgende Impulsfragen sollen das Sortieren erleichtern:
 - Haben Sie auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten geachtet?
 - Welche persönlichen und beruflichen Erkenntnisse haben sich aus der Übung ergeben?

Impulsfragen in Anlehnung: Czollek, Lea C.; Perko, Gudrun; Weinbach, Heike (2012): Handbuch Social Justice und Diversity, Weinheim, Basel: Beltz-Verlag

Die gesamte Übung wurde in Anlehnung an Erika Lüthi angepasst. „Caleidoscopia“ in Lüthi, Erika; Oberpriller, Hans (2009): Teamentwicklung mit Diversity Management, Bern: Haupt-Verlag, S. 80

1.12.1 Anhang A – Kaleidoskop



Gender/Geschlecht

Sexuelle Orientierung

Ethnische Herkunft

Soziale Herkunft

Glaube/Religion

Gesundheit

1.13 Modul I.5 – Methode: „Diskriminierung Teil 1 – Schubladendenken und Intersektionalität“

Methodenname

Diskriminierung Teil 1– Schubladendenken und Intersektionalität

Quelle: Queer Lexikon, Diskriminierung Teil 1– Schubladendenken und Intersektionalität, 23.12.2015, YouTube, Web, in:

https://www.youtube.com/watch?time_continue=290&v=XFtMNL8n00M&feature=emb_title



Modulbereich

I.5 Diskriminierung und Stigma verstehen

kurz erklärt

Erklärung – was ist eigentlich Diskriminierung und welche Diskriminierungsformen gibt es?

Ziele

Klärung der Begrifflichkeit.

Zeit

mind. 45 Minuten (1 UE)

Material

Laptop, Beamer, Film

Teilnehmendenzahl

mind. 2 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Der Film (7 min 15 s) wird gemeinsam angeschaut. Jede Person macht sich während des Films Notizen und sammelt Begriffe, die relevant für das Thema Diskriminierung sind.
- Frage an die Gruppe: Welche Information hat Sie erstaunt/war neu für Sie?
- Im Plenum werden die Begriffe auf Zuruf genannt. Die Leitung schreibt die genannten Begriffe einzeln auf Karteikarten auf und sortiert sie.

1.14 Modul I.5 – Methode: „Erklärfilm Homophobie begegnen“

Methodenname

Erklärfilm „Homophobie begegnen“

Quelle: bpb, Homophobie begegnen, www.bpb.de, Web, in:
<http://www.bpb.de/mediathek/197284/homophobie-begegnen>



Modulbereich

I.5 Diskriminierung und Stigma verstehen

kurz erklärt

Der Film zeigt, was Homophobie und auch Transphobie für betroffene Menschen bedeutet.

Ziele

Sensibilisierung

Zeit

15 Minuten

Material

Laptop, Beamer, Film

Teilnehmendenzahl

mind. 2 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Der Film wird zwei Mal gemeinsam geschaut.
- Fragen an die Gruppe:
- Gab es Informationen im Film, die Sie erstaunt haben?
- Kennen Sie Menschen in Ihrem Umfeld, die von Homophobie oder Transphobie betroffen sind?
Wenn ja, was berichten sie?
- Was wünschen sich betroffene Menschen von dem Umfeld?

1.15 Modul I.5 – Methode: „Homophobie begegnen“

Methodenname

Homophobie begegnen.

Quelle: Flyer „Homophobie begegnen. Praktische Hilfestellung für Demokratietarbeit vor Ort“ von der bpb

Modulbereich

I.5 Diskriminierung und Stigma verstehen

kurz erklärt

Argumentationshilfen gegen Homophobie.

Ziele

- Hilfestellungen für den Alltag.
- Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten, um effektiv homophoben Angriffen entgegenzuwirken.
- Vertiefung der Inhalte zum Thema.
- Diskriminierungsformen und gezielte Auseinandersetzung mit der Diskriminierungskategorie Homophobie.

Zeit

30 Minuten

Material

- mindestens ein Exemplar des Flyers
- Anhang A: Aussagen für die Kleingruppen

Teilnehmendenzahl

mind. 10 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Teilnehmenden werden in fünf Gruppen aufgeteilt.
- Jede Gruppe erhält jede der Aussagen (siehe Anhang).
- Die Kleingruppen haben die Aufgabe, Gegenargumente für die Aussage zu suchen nach dem Schema: Was sage ich, wenn ...
- Die Kleingruppen stellen sich gegenseitig die Ergebnisse vor, die Leitung ergänzt die Sammlung mit den noch nicht genannten Argumenten (siehe Inhalt des Flyers).

1.15.1 Anhang A – Aussagen für die Kleingruppen



„Homosexualität ist nicht natürlich und entspricht nicht der Normalität.“

„Homosexualität führt nicht zur Zeugung von Kindern und zerstört dadurch die natürliche Familie.“

„Homosexuelle sind eine Gefahr für (unsere) Kinder.“

„Homosexualität ist erblich oder anerzogen und Homosexualität entsteht durch eine zu enge Bindung an die Mutter.“

„Lesbische Frauen sind kämpferischer und männlich, homosexuelle Männer sind weibisch.“

1.16 Modul I.5 – Methode: „Blitzinheit Empathie Diskriminierung“

Methodenname

Blitzinheit Empathie Diskriminierung

Modulbereich

I.5 Diskriminierung und Stigma verstehen

kurz erklärt

Anhand einer beispielhaften Erzählung wird Empathie gestärkt.

Ziele

Die eigene Sensibilität soll gestärkt werden.

Zeit

15 Minuten

Material

Anhang A: Fallschilderung

Teilnehmendenzahl

max. 15 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Lesen Sie den Teilnehmenden die folgende Situation vor (siehe Anhang).
- Lassen Sie in der Runde jede teilnehmende Person GANZ KURZ (Blitzlicht) sagen, was sie empfindet, wenn sie das hört. Diese Geschichte steht beispielhaft für die alltägliche Abwertung, die zum Beispiel trans* Frauen in unserer Gesellschaft erfahren.
- Verdeutlichen Sie am Ende der Runde, dass es deswegen so wichtig ist, die eigene Praxis zu überprüfen und eine sichere Anlaufstelle zu bieten.

1.16.1 Anhang A – Fallschilderung

„Jessica, eine 1941 geborene trans* Frau, geht zum Arzt. Es handelt sich um eine Vertretung, ihr Hausarzt ist im Urlaub. Obwohl ihr Vorname und ihr eingetragenes Geschlecht weiblich sind, sagt der Arzt mehrfach ‚Herr ähh Frau‘ und zeigt sich deutlich irritiert von der Patientin, die wegen eines Ohreninfekts da ist. Er sagt ‚so etwas wie Sie hatte ich noch nicht, das müssen Sie schon verstehen‘.“

1.17 Modul I.6 – Methode „Rollenspiel im Theater ansprechen“

Methodenname

Rollenspiel im Theater ansprechen

Modulbereich

I.6 Schutz vor Diskriminierung

kurz erklärt

Als aktive Gesprächsperson oder Beobachter*in Diskriminierung erfahren und erkennen.

Ziele

Die eigene Sensibilität soll gestärkt werden.

Zeit

15 Minuten

Material

- Anhang A: Anweisungen
- Anhang B: Reflexionsfragen

Teilnehmendenzahl

max. 15 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Lassen Sie zwei Personen wählen, die das Rollenspiel spielen wollen (beide Personen spielen eine Fachkraft). Die anderen beobachten.
- Teilen Sie, falls noch nicht bekannt, die Biografie von Jessica aus und lassen Sie Zeit zum Lesen.
- Lassen Sie das Gespräch circa 10 Minuten spielen. Die beobachtenden Personen sollen zuschauen und sich Notizen machen.
- Werten Sie das Rollenspiel mit den Fragen zur Reflexion (Anhang B) gemeinsam aus.

Darauf soll geachtet werden

Behalten Sie im Blick, dass betagte Menschen aus der LSBTIQ*-Gruppe nur allzu häufig staatliche Verfolgung erlebt haben und teilweise daraus ein gewisses Unbehagen herrühren kann, fremde Menschen zu pflegerischen oder Verwaltungszwecken in ihr Leben zu lassen.

Varianten

Sie können jede der Biografien (aus dem Modul I.4) nutzen und eine eigene Situation entwickeln.

- Sie können im Nachgang einen Leitfaden für die eigene Einrichtung entwickeln lassen: Was sind mögliche Ideen und Perspektiven, solche Gespräche zu gestalten? Worauf möchten Sie in Ihrer Praxis in diesem Zusammenhang achten?
- Die beobachtenden Personen können nach 10 Minuten in die Szene eintreten. Um eigene Ideen zur Gesprächsführung einzubringen, stellen Sie sich hinter Person A und legen ihr eine Hand auf die Schulter. Diese beendet ihren Satz und tauscht mit der neuen Person. Sie wird jetzt beobachtende Person.

1.17.1 Anhang A – Anweisungen für das Rollenspiel

Fallsituation:

Jessica wird durch Ihren Träger betreut/wohnt in Ihrer Einrichtung. Ihre Partnerin Silke ist beinahe täglich anwesend und ist allen Pflegepersonen bekannt.

Rollenspielperson A hört mit, wie Rollenspielperson B wiederholt Silke Jessica gegenüber „ihre beste Freundin“ nennt. Heute hört sie aus dem Nebenraum wie sie zu Jessica sagt: „Das ist aber schön, dass Ihre beste Freundin so für Sie da ist!“ Jessica antwortet: „Sie ist meine Frau.“ Rollenspielperson 2 antwortet: „Jaja, ist schon gut.“

Rolle A:

Sie sind Altenpfleger*in und kennen Ihre Klientin Jessica und ihre Frau Silke sehr gut. Erneut haben Sie mitbekommen, wie Ihr*e Kolleg*in in einem Gespräch mit Jessica von Silke als „die beste Freundin“ erzählt hat. Selbst die Berichtigung durch Jessica wurde nicht ernst genommen.

Nun möchten Sie mit ihrer*m Kolleg*in ein Gespräch darüber führen.

Rolle B:

Sie sind Altenpfleger*in und kennen Ihre Klientin Jessica und ihre „Bekannte“ Silke sehr gut. Jessica sagt, Silke sei ihre Frau, aber Sie können es sich nur schwer vorstellen.

Ihr*e Kolleg*in bittet Sie um ein Gespräch.

1.17.2 Anhang B – Reflexion des Rollenspiels



Rollenspielpersonen:

Wie hat es sich angefühlt, in die Rollen zu schlüpfen?

Gab es Wendepunkte in der Rolle?



Zuschauende:

Was ist Ihnen aufgefallen?

Gab es Wendepunkte im Gespräch?

Hat sich jemand nicht gesehen/gehört gefühlt? Was hätte anders sein müssen, damit sich diese Person wertgeschätzt gefühlt hätte?

Ist das Ergebnis des Gesprächs für alle tragbar?

Wenn nicht, warum?



Alle:

Ist das Ergebnis des Gesprächs für alle tragbar? Wenn nicht, warum?

Wie möchten Sie solchen Situationen in Ihrem eigenen Alltag begegnen?

1.18 Modul I.6 – Methode: „Quiz Diskriminierungsschutz“

Methodenname

Quiz Diskriminierungsschutz

Modulbereich

I.6 Schutz vor Diskriminierung

kurz erklärt

Mit dieser Methode werden auf kurzweilige Art Fakten zum Schutz vor Diskriminierung vermittelt.

Ziele

Kenntnisse über den Schutz vor Diskriminierung werden vermittelt/vertieft.

Zeit

45 Minuten (1 UE)

Material

- Anhang A: Quiz
- Anhang B: Auflösungen und Erläuterungen für Dozent*innen
- Anhang C: weiterführende und Unterstützungsangebote

Teilnehmendenzahl

unbegrenzt

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Teilen Sie die Kopien des Quiz an alle aus.
- Sagen Sie, dass mehrere Antworten richtig sein können und es auch Fragen gibt, die nicht eindeutig zu beantworten sind.
- Geben Sie 10 Minuten Zeit, die Fragen zu lesen und Rückfragen zu stellen.
- Danach wird das Quiz in Zweiertteams beantwortet (ca. 15 Minuten).
- Bitten Sie die Teilnehmenden, zu notieren, ob und welche Antworten ihnen schwerfielen, wo Uneinigkeit bestand oder besteht.
- Danach darf im Raum gewandert werden und sich mit anderen über die Fragen ausgetauscht werden (10 Minuten).
- Anschließend lösen Sie als anleitende Person das Quiz auf.
- Als Auswertung sprechen Sie in der Gruppe darüber, was neu, überraschend, besonders wichtig war (ca. 10 Minuten).

Darauf soll geachtet werden

Es geht nicht darum, wer am meisten weiß. Eher geht es darum, gemeinsam ins Denken zu kommen und sich beispielsweise Gedanken darüber zu machen, wieso einige Informationen den meisten Menschen nicht bekannt sind und wie wir sie in unserem Umfeld besser bekannt machen können.

Variante

Teilen Sie das Quiz nicht aus, sondern stellen Sie die Fragen einzeln und lassen Sie sie in Kleingruppen beraten. Sammeln Sie in der Großgruppe die Antwortideen und lösen Sie direkt im Anschluss auf.

1.18.1 Anhang A – Quiz

Quiz zum Schutz vor Diskriminierung

Mehrfachnennungen möglich!

1. Welchen gesetzlichen Schutz vor Diskriminierung gibt es in Deutschland?
 Das Grundgesetz (GG).
 Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG).
 Es gibt keinen gesetzlichen Schutz.

2. Wie oft kommt das Wort „Diskriminierung“ in deutschen Gesetzestexten vor?
 1 Mal. 65 Mal. Gar nicht. Bin unsicher.

3. Seit wann gibt es das AGG?
 Seit 1949. Seit 1991. Seit 2006. Es ist noch nicht in Kraft getreten.

4. Muss ein Arbeitgeber eine Beschwerdestelle für den Fall von Diskriminierung einrichten?
 Ja. Nein. Das kommt darauf an, ob es Diskriminierungen gegeben hat.

5. Wenn mich eine vorgesetzte Person anweist, etwas zu tun, das ich als diskriminierend empfinde, muss ich es trotzdem umsetzen?
 Ja, es handelt sich ja um eine Arbeitsanweisung.
 Nein, denn wenn diese Anweisung diskriminierend sein sollte, wäre sie verboten.
 Das kommt darauf an, ob die vorgesetzte Person das mit Absicht macht.

6. Ist es im rechtlichen Sinne diskriminierend, wenn in Stellenausschreibungen Menschen mit Migrationshintergrund besonders zu Bewerbungen ermutigt werden?
 Ja, Menschen ohne Migrationsgeschichte werden dadurch benachteiligt.
 Nein, Nachteilsausgleiche sind rechtlich zulässig.
 Bin unsicher.

7. Die Tochter einer Klientin verlangt, dass ihre Mutter nicht von muslimischen Menschen versorgt wird. Sie gibt an, die Mutter habe kein Vertrauen zu dieser Personengruppe. Ist das Diskriminierung?
 Ja. Nein. Bin unsicher.

8. Ich fühle mich durch einen Kollegen diskriminiert. Was kann ich tun?
 Direkt mit ihm sprechen.
 Mit der Teamleitung sprechen.
 Am besten nichts, wahrscheinlich wird er dann nur wütend.
 Mir Beratung und Unterstützung von außen suchen.

9. Ist sexuelle Belästigung im rechtlichen Sinne eine Benachteiligung?
 Ja. Nein. Bin unsicher.

10. Gilt der Schutz des AGG auch für den öffentlichen Dienst?
 Ja. Nein. Bin unsicher.

1.18.2 Anhang B – Auflösungen und Erläuterungen für die anleitende Person

1. Richtig sind die Antworten „GG“ und „AGG“

Erläuterungen:

Im Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes steht: „Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

Das AGG verbietet den Menschen in Deutschland einen Schutz vor Benachteiligung aufgrund der Merkmale „Rasse“, ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion, Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexuelle Identität. Es sichert ein Beschwerderecht und Rechtsansprüche gegenüber Arbeitgeber*innen und Privatpersonen.

Außerdem gelten in Deutschland selbstverständlich die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen und die Grundrechtecharta der EU, sie stellen aber keine nationale Gesetzgebung dar.

2. Richtig ist „Gar nicht.“

Erläuterungen:

Interessanterweise heißt die deutsche Version des Antidiskriminierungsgesetzes „Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz“ und spricht von „Benachteiligung“: An keiner Stelle wird Diskriminierung als solche benannt.

3. Richtig ist „Seit 2006.“

Erläuterungen:

Die Bundesrepublik Deutschland hat die EU-Richtlinien zum Schutz vor Diskriminierung mit erheblicher Verspätung und nach einer Klage der europäischen Gemeinschaft und einer Strafandrohung von 400 Millionen Euro im Jahr 2006 in nationales Recht umgesetzt.

4. Richtig ist „Ja.“

Erläuterungen:

Laut §13 AGG muss es in jedem Betrieb eine Beschwerdestelle geben. Der Schutz in der Arbeitswelt wäre sonst nicht wirkungsvoll. Unerheblich ist dabei, ob es eine Vorgeschichte diskriminierender Vorfälle gibt oder nicht.

5. Richtig ist „Nein.“

Erläuterungen:

Die Anweisung zur Benachteiligung ist verboten. Suchen Sie zunächst das Gespräch mit der vorgesetzten Person. Die Beschwerdestelle innerhalb des Betriebs kann eine Anlaufstelle sein, um zu klären, ob eine solche Anweisung vorliegt. Auch Betriebs- oder Personalrat können befragt werden, ansonsten ist es geraten, sich Unterstützung von außen zu holen (siehe Liste unten). Die konkrete Absicht der anweisenden Person ist unerheblich, wenn die Anweisung diskriminierend ist.

6. Richtig ist „Nein.“

Erläuterungen:

Für Personengruppen, die in diesem Arbeitsfeld unterrepräsentiert sind, soll dieser Nachteil abgebaut werden dürfen. Bevorzugt eingestellt werden dürfen sie nicht, besonders ermutigt werden aber schon.

7. Diese Frage ist bevorzugt nicht rechtlich zu klären, da es in diesem Fall Aufgabe des Arbeitgebers sein würde, die Situation zu beurteilen. Pauschalurteile über Gruppen von Menschen sind im sozialen Sinne nicht zulässig. Hier sollte das Gespräch mit Klientin und Tochter gesucht werden, um herauszufinden, wie die Klientin bestmöglich versorgt werden kann. Im Sinne der Fürsorgepflicht sollte auch kein Personal herabwürdigenden Situationen ausgesetzt werden. Im engen rechtlichen Sinne stellt die Forderung, wie sie formuliert ist, aber deutlich eine Diskriminierung dar.
8. Prinzipiell sind alle Antworten möglich. Die Auswahl, nichts zu unternehmen, sollte aber nicht getroffen werden, da genau dafür das Gesetz da ist und niemand aushalten muss, sich abgewertet zu fühlen. Je nach Sachlage sollte eine Rückmeldung direkt an den Kollegen ergehen. Im nächsten Schritt können Vorgesetzte eingebunden werden. Die interne Beschwerdestelle sowie Betriebs- oder Personalrat sind natürlich auch Anlaufstellen. Erfolgt keine angemessene Unterstützung, sollten Sie sich beraten lassen und Hilfe von außen suchen (siehe Liste unten).
9. Richtig ist die erste Antwort „Ja.“
Erläuterungen:
Das AGG benennt Belästigung explizit als Benachteiligung und verbietet diese.
10. Richtig ist die zweite Antwort „Nein.“
Erläuterungen:
Derzeit gilt das AGG nur im Bereich der privaten Arbeitgeber. Das im Entwurf befindliche Landesgesetz für das Land Berlin soll den Schutz auf den öffentlichen Dienst ausweiten.

1.18.3 Anhang C – weiterführende Informationen, Unterstützungsangebote, Adressen

Antidiskriminierungsverband Deutschland:
www.antidiskriminierung.org

Nationale Beratungsstellen

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Baden-Württemberg

Netzwerk Antidiskriminierung – Region Reutlingen Tübingen
 Amt für Chancengleichheit Heidelberg
 Antidiskriminierungsstelle in Karlsruhe
 Netzwerk für Gleichbehandlung Freiburg

Bayern

BEFORE – Beratung und Unterstützung bei Diskriminierung, Rassismus und rechter Gewalt

Berlin und Brandenburg

Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung, bei der Berliner Senatsverwaltung für
 Integration, Arbeit und Soziales
 Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V.
 Anlaufstelle für Diskriminierungsschutz an Schulen (ADAS)
 Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin, Türkischer Bund Berlin-Brandenburg (TBB)
 Bund für Antidiskriminierungs- und Bildungsarbeit in der Bundesrepublik Deutschland e. V. (BDB)
 Opferperspektive e. V. Antidiskriminierungsberatung
 Landesstelle für Chancengleichheit und Antidiskriminierung im Ministerium für Arbeit, Soziales,
 Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Bremen

Antidiskriminierung in der Arbeitswelt Arbeit und Leben (DGB/VHS) e. V.

Hamburg

Basis und Woge
 Amira – Beratung bei Diskriminierung wegen (zugeschriebener) Herkunft und Religion
 Read – Beratung für das Recht auf Diskriminierungsfreiheit für alle Geschlechter und sexuellen
 Orientierungen

Hessen

Stadt Frankfurt a. M.: Antidiskriminierungsstelle im Amt für multikulturelle Angelegenheiten (AmKA)
 ADiBE Netzwerk Hessen – Antidiskriminierungsberatung in der Bildungsstätte Anne Frank

Niedersachsen

Antidiskriminierungsstelle von IBIS (Interkulturelle Arbeitsstelle für Forschung, Dokumentation,
 Bildung und für Beratung e. V.)
 Antidiskriminierungsstelle Landeshauptstadt Hannover

Nordrhein-Westfalen

Anti-Rassismus Informations-Centrum, ARIC-NRW e. V.
 Anti Diskriminierungs Büro Köln / Öffentlichkeit gegen Gewalt e. V.
 Gleichbehandlungsbüro Aachen (Pädagogisches Zentrum e. V.)

Rheinland-Pfalz

Landesantidiskriminierungsstelle Rheinland-Pfalz, Referat Antidiskriminierung und Vielfalt
Netzwerk „Diskriminierungsfreies Rheinland-Pfalz“ c/o QueerNet RLP e.V.

Saarland

Beratungsnetzwerk gegen Diskriminierung Saar

Sachsen

Anti-Diskriminierungsbüro Sachsen

Sachsen-Anhalt

Antidiskriminierungsnetzwerk Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Antidiskriminierungsstelle des Landes Schleswig-Holstein

1.19 Modul I.7 – Methode: „Rollenspiel Johannes und Bernhard“

Methodenname

Rollenspiel Johannes und Bernhard

Modulbereich:

I.7 Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung

kurz erklärt

Mit dieser Methode wird verdeutlicht, wie tief verwurzelt negative Erfahrungen in uns wirken können und wie wichtig Verständnis dafür in der Pflege ist.

Ziele

Vermeintlich unkooperatives Verhalten von Klient*innen soll stetig überprüft und reflexhaft generierte Erklärung in der Schwebe gehalten werden.

Zeit

45 Minuten (1 UE)

Material

Biografie Johannes aus dem Anhang

Teilnehmendenzahl

mind. 4 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Verteilen Sie die Biografie Johannes und lassen Sie sie lesen (10 Minuten).
- Lassen Sie die Teilnehmenden Rollen wählen: eine Person spielt Bernhard, eine Johannes, eine die Pflegefachkraft, eine beobachtet und macht Notizen.
- Schildern Sie folgende Situation: Bernhard und Johannes sind in Ihre Einrichtung gezogen bzw. werden ambulant im gemeinsamen Zuhause durch Sie versorgt. Beide sind aktivistisch tätig gewesen und kennen Jahre der Geheimhaltung und Verfolgung.
- Bei pflegerischen Besuchen verhält das Paar sich sehr zurückhaltend, sie wechseln nur die dringendsten Worte mit dem Fachpersonal und geben kaum persönliche Informationen. Die Pflegekraft ist davon irritiert und fürchtet, wichtige Details nicht mitgeteilt zu bekommen. Es besteht die Befürchtung, dass die beiden Männer im Alltag stärker überfordert sind als bisher angenommen und ein Gespräch darüber unmöglich ist.
- Lassen Sie ein Gespräch von Fachkraft und dem Paar spielen (10 Minuten). In welcher Situation wird das Gespräch gesucht? Wie verläuft es?
- Werten Sie das Spiel gemeinsam aus. Was hat die beobachtende Person notiert? Wie hat sich die Fachkraft gefühlt? Wie Johannes? Wie Bernhard? Welcher Eindruck ist entstanden und wie soll solchen Situationen begegnet werden? (15 Minuten)
- Notieren Sie die Ergebnisse gemeinsam. (10 Minuten)

Darauf soll geachtet werden

Die Teilnehmenden sollen verstehen, dass lang geübte Geheimhaltung und Schutz vor der Außenwelt nicht von allein verschwinden. Vertrauen muss langfristig aufgebaut werden.

1.20 Modul I.7 – Methode: „Aus meinem eigenen Leben“

Methodenname

Aus meinem eigenen Leben

Modulbereich:

I.7 Psychosoziale Auswirkungen von Verfolgung und Diskriminierung

kurz erklärt

Mit dieser Methode begegnen die Teilnehmenden eigenen Erfahrungen und nutzen diese als Ressource für die eigene Arbeit.

Ziele

Die eigenen Erfahrungen mit Ausschluss und Abwertung werden erleuchtet, um ein inklusiveres Arbeitsumfeld zu schaffen.

Zeit

90 Minuten (2 UE)

Material

Flipchartpapier und Stifte

Teilnehmendenzahl

unbegrenzt

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Bitten Sie die Teilnehmenden, sich in Gruppen von drei Personen zu finden.
- Jede Gruppe erhält zwei Flipchartbögen und Stifte.
- Sagen Sie einleitend, dass es darum geht, eigene Erfahrungen zu reflektieren. Jeder Mensch hat im Leben Erfahrungen mit Ausschluss und Abwertung gemacht.
- Erklären Sie die Aufgabe: Welche Art von Ausschluss habe ich schon mal erfahren? Wie hat sich das angefühlt? Wann kehrt dieses Gefühl zurück? Was hilft mir dagegen? Nach etwa 20 Minuten sollen die Ergebnisse stichpunktartig aufgeschrieben werden (10 Minuten).
- Gehen Sie in die Gruppen und erläutern die anschließende Aufgabe: Was denken Sie, haben Menschen aus dem LSBTIQ*-Spektrum für Erfahrungen mit Ausschluss gemacht? Und welche Strategien möchten Sie in Ihrer Berufspraxis einsetzen, um erfahrene Abwertungen überwinden zu können und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu etablieren? Die Ergebnisse werden auf der zweiten Seite notiert (30 Minuten).
- Lassen Sie die Teilnehmenden wieder in der Großgruppe zusammenkommen und eine Ergebnisschau vornehmen (15 Minuten).
- Reflektieren Sie in der Großgruppe, wie sich die Übung angefühlt hat, was neu war, welche neuen Zielsetzungen in der eigenen Praxis jetzt bestehen.

1.21 Modul I.8 – Methode: „Gesprächssituation Aufnahme“

Methodenname

Gesprächssituation Aufnahme

Modulbereich

I.8 Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen

kurz erklärt

In diesem Rollenspiel soll der wertschätzende Umgang mit Menschen geübt werden, deren familiäre Bezüge nicht in das normative Bild passen.

Ziele

Die Fachkräfte sollen in der Wortwahl und Haltung gestärkt werden, den Umgang mit Wahlfamilien im Rollenspiel einüben.

Zeit

45 Minuten (1 UE)

Material

- Anhang A: Rollenanweisungen und Falldarstellung
- Eine Beispielbiografie aus dem Anhang, z. B. Johannes oder mehrere

Teilnehmendenzahl

mind. 4 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Lassen Sie drei Personen wählen, die das Rollenspiel spielen wollen (eine Person spielt die Pflegefachkraft, eine spielt Bernhard, eine Angelika).
- Die anderen beobachten.
- Teilen Sie, falls noch nicht bekannt, die Biografie von Johannes aus und lassen Sie Zeit zum Lesen.
- Teilen Sie den Spielenden die jeweiligen Rollenspielanweisungen aus.
- Lassen Sie das Aufnahmegespräch ca. 15 Minuten spielen. Die beobachtenden Personen sollen zuschauen und sich Notizen machen.
- Nutzen Sie zur Reflexion die Fragen aus dem Anhang B des vorhergehenden Moduls (Kap. 1.17.2).

Darauf soll geachtet werden

Behalten Sie im Blick, dass betagte Menschen aus der LSBTIQ*-Gruppe nur allzu häufig staatliche Verfolgung erlebt haben und teilweise daraus ein gewisses Unvermögen herrührt, fremde Menschen zu pflegerischen oder verwalterischen Zwecken in ihr Leben zu lassen.

Varianten

Sie können jede der Biografien nutzen und eine eigene Situation entwickeln.

Sie können im Nachgang einen Leitfaden für die eigene Einrichtung entwickeln lassen: Was sind mögliche Ideen und Perspektiven, solche Gespräche zu gestalten? Worauf möchten Sie in Ihrer Praxis in diesem Zusammenhang achten?

1.21.1 Anhang A – Anweisungen für das Rollenspiel

Pflegefachperson:

Johannes ist wegen fortgeschrittener Demenz nicht mehr in allen Lebensbereichen entscheidungsfähig und wird ab sofort durch Sie betreut/in Ihrer Einrichtung leben.

Das Aufnahmegespräch führen Sie auf Johannes' Wunsch hin mit Tochter Angelika und Johannes' Partner Bernhard.

Angelika:

Angelika vertraut Bernhard nicht vollumfänglich, da er so spät in das Leben ihres Vaters getreten ist. Sie möchte jederzeit über alle Angelegenheiten als Erste informiert werden. Sie ist besorgt um den Vater und hat Bernhard kaum im Blick.

Bernhard:

Bernhard fürchtet, an Johannes' Leben weniger Anteil nehmen zu können und möchte als Lebenspartner anerkannt werden. Er kennt Angelika zu wenig, um ihr vertrauen zu können. Ihm ist bewusst, dass er rechtlich keine Handhabe hätte und sorgt sich um die Zukunft.

1.22 Modul I.8 – Methode: „Was ist eine Familie? – Soziometrische Übung“

Methodenname

Was ist eine Familie? – Soziometrische Übung

Modulbereich

I.8 Konzepte von Familie und Zu- und Angehörigen

kurz erklärt

Unterschiedliche Definitionen von Familie werden betrachtet und die eigene Haltung geschärft.

Ziele

Kommunikation wird befördert, unterschiedliche Standpunkte werden sichtbar.

Zeit

45 Minuten (1 UE)

Material

- Anhang A: Soziometrische Übungen: Konstellationen
- Anhang B: Familiendefinitionen

Teilnehmendenzahl

max. 30 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Markieren Sie zwei Punkte im Raum, einer steht für „Ja“, der andere für „Nein“.
- Erklären Sie der Gruppe, dass Sie im Folgenden jeweils Konstellationen vorlesen werden (siehe Anlage oder eigene) und die Gruppe gebeten ist, sich zu verhalten:
- Ist die vorgelesene Konstellation in meinen Augen eine Familie oder nicht?
- Nachdem Sie eine Konstellation vorgelesen haben, stellen sich alle entweder zu „Ja“ oder „Nein“.
- Befragen Sie einzelne Teilnehmende, wieso sie dort stehen, wo sie stehen.
- Dann wird die nächste Konstellation vorgelesen.
- Verteilen Sie dann alle Definitionen möglichst großgedruckt im Raum und bitte Sie die Teilnehmenden, sich zu derjenigen zu stellen, die ihnen am passendsten erscheint.
- Lassen Sie von jeder Gruppe mindestens eine Person erzählen, wieso sie dort steht.
- Legen Sie dann die Quellen offen und beginnen einen Austausch zum Familienbild Ihrer Einrichtung/ Ihres Trägers.

Darauf soll geachtet werden

Es geht nicht um eine Wissensabfrage, sondern um unser veränderliches Gefühl zum Konstrukt „Familie“. Es gibt keine allgemeingültige Definition von „Familie“.

Varianten

Legen Sie zu Beginn die Definitionen aus und machen dann die Ja-/Nein-Abfrage. Lassen Sie die Teilnehmenden sich danach ein zweites Mal den Definitionen zuordnen und fragen Sie, wer die eigene Meinung geändert hat und wieso.

1.22.1 Anhang A – Soziometrische Übung: Konstellationen für Aufstellungen



Ist das eine Familie?

Eine alleinerziehende Mutter
und ihr dreijähriges Kind.

Ein kinderloses, achtzigjähriges Paar.

Ein Paar und seine Pflegekinder.

Ein Mann mit seiner Wohngemeinschaft.

Ein lesbisches Paar.


Ein Mann mit seinem Hund.

Ein Ehepaar, dessen einziges Kind verstorben ist.

Ein unverheiratetes Paar mit jeweils einem Kind
aus einer früheren Beziehung.


Eine Frau mit ihrem erwachsenen,
schwer behinderten Sohn.

1.22.2 Anhang B – Familiendefinitionen



„[Wir] verstehen Familie als all jene (generationsübergreifenden) Gemeinschaften, in denen Menschen dauerhaft füreinander Verantwortung übernehmen, Sorge tragen und Zuwendung schenken.“

(AWO Bundesverband e.V.)



„Ehepaare mit und ohne Kind(er) sowie allein erziehende ledige, verheiratet getrennt lebende, geschiedene oder verwitwete Väter und Mütter, die mit ihren ledigen Kindern im gleichen Haushalt zusammenleben.“

(Gabler Wirtschaftslexikon, abrufbar unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/familie-32287/version-255830>)



„Familie bezeichnet soziologisch eine durch Partnerschaft, Heirat, Lebenspartnerschaft, Adoption oder Abstammung begründete Lebensgemeinschaft, meist aus Eltern oder Erziehungsberechtigten sowie Kindern bestehend, gelegentlich durch weitere, mitunter auch im selben Haushalt lebende Verwandte oder Lebensgefährten erweitert. Die Familie beruht im Wesentlichen auf Verwandtschaftsbeziehungen.“

(Wikipedia)



„Familie ist, wo Kinder sind.“

(Horst Köhler 2006, damals Bundespräsident)



„Vater, Mutter, Kind“

(Quelle: ohne Angabe)



**„Familie ist das, was Menschen als solche
bezeichnen.“**

(Zitat aus dem aktivistischen Bereich)



„Familie ist die Heimat des Herzens.“

(Grußkartenspruch)

1.23 Modul I.9 – Methode: „Passing-Parcours“

Methodenname

Passing-Parcours

Modulbereich

I.9 Identitäten

kurz erklärt

An drei Stationen tauschen die Teilnehmenden sich über die Wahrnehmung der eigenen Identität aus.

Ziele

Die eigene Sensibilität soll gestärkt werden.

Zeit

75 Minuten (1,5 UE)

Material

Anhang A: Stationen zum Passing-Parcours

Teilnehmendenzahl

max. 15 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Vorbereitend richten Sie drei Stationen für die Teilnehmenden ein. Das können zum Beispiel drei Tische sein, auf denen Einladungen zur Diskussion und zum Austausch ausgelegt werden.
- Erklären Sie den Teilnehmenden kurz, worum es bei dem Konzept „Passing“ geht:
- Von der Umwelt als das wahrgenommen werden, was Sie selbst gerade darstellen wollen, nicht als andersartig auffallen. Passing ist etwas, das wir alle mehrmals am Tag erleben. Wir bemerken es jedoch in aller Regel nur dann, wenn es nicht gelingt.
- Bitten Sie die Teilnehmenden, sich gleichmäßig auf die Stationen zu verteilen. Jede Station bekommt 15 Minuten Zeit, die Einladung zum Austausch zu bearbeiten und in den Dialog zu treten.
- Danach kommen die Teilnehmenden zurück in die Großgruppe. Lassen Sie folgende Frage beantworten: Worauf möchten Sie in Zukunft mehr achten (Handlungsbedarf für Ihre Praxis)?

1.23.1 Anhang A – Stationen zum Passing-Parcours



Erste Station: ICH

Kennen Sie diese Situation?:

Sie betreten einen Raum und bemerken sofort, dass Sie nicht dazugehören.

Woran merken Sie das?

Wie fühlt sich das an?

Beispiel 1: Frau Meier wird in ein 5-Sterne-Luxus-Restaurant eingeladen. Sie weiß nicht, was sie anziehen und wie sie sich verhalten soll und fühlt sich den ganzen Abend über unwohl und beobachtet.

Beispiel 2: In deine Einrichtung wird ein Fachreferent eingeladen. Niemand versteht den Vortrag wirklich, weil er so akademisch formuliert ist. Alle fühlen sich inkompetent und haben Angst, von jemandem etwas gefragt zu werden und ihre Unsicherheit offenlegen zu müssen.



Zweite Station: **DIE ANDEREN**

Haben Sie sich schon mal dabei erwischt, eine andere Person angestarrt zu haben, weil deren Zugehörigkeit für Sie nicht eindeutig war?

Was war das für eine Situation?

Was hat Sie irritiert?

Wonach haben Sie bei der anderen Person gesucht?

Und wie erklären Sie sich Ihre eigene Irritation?

Beispiel 1: Eine Person mit Bartwuchs im Kleid ist im Supermarkt einkaufen.

Beispiel 2: In einem anderen Team in deiner Einrichtung arbeitet eine neue Person. Rein äußerlich können Sie die geschlechtliche Zugehörigkeit dieser Person nicht feststellen.



Dritte Station: **HANDLUNGSIDEEN**

Denken Sie darüber nach, wie Sie Ihr eigenes Verhalten verändern können, damit sich möglichst wenige Menschen aufgrund ihrer (angenommenen) Identität ausgeschlossen und abgewertet fühlen.

Recherchieren Sie auf dem Smartphone nach Seiten, auf denen es gute Informationen zu Vielfalt gibt oder nennen Sie welche, die Sie kennen.

Beispiel: Vielfalt verstehen. Recherchieren. Offenheit und Wertschätzung üben.

1.24 Modul I.9 – Methode „Film: Er, sie, they, hen: Wie wollen Trans- und Interpersonen genannt werden?“

Methodenname

Film: Er, sie, they, hen: Wie wollen Trans- und Interpersonen genannt werden?

Quelle: Der Standard, Er, sie, they, hen: Wie wollen Trans- und Interpersonen genannt werden?, www.derstandard.at, Web, in: <https://www.derstandard.at/story/2000106804139/er-sie-they-hen-wie-wollen-trans-und-interpersonen-bezeichnet>



Modulbereich

I.9 Identitäten

kurz erklärt

Der Film informiert über gendersensible Ansprache und wichtige Begrifflichkeiten.

Ziele

Begriffsklärung der gendersensiblen Sprache bei queeren Geschlechtsidentitäten.

Zeit

30 Minuten

Material

Laptop, Beamer, Internetzugang, Film

Teilnehmendenzahl

mind. 2 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Das Video wird gemeinsam geschaut. Im weiteren Schritt werden im Plenum folgende Begriffe definiert:
- Was bedeutet:
- Cis
- Nichtbinär
- Soziales Geschlecht
- Geschlechtsidentitätsstörung
- Genderneutrale Sprache
- They
- Hen
- En

1.25 Modul I.9 – Methode: „Podcast Queergefragt“

Methodenname

Podcast Queergefragt

Modulbereich

I.9 Identitäten

kurz erklärt

Zwei queere Menschen erzählen von ihrem Coming-out und beantworten Fragen zu ihrem Leben und ihren Diskriminierungserfahrungen.

Ziele

Die eigene Sensibilität soll gestärkt werden.

Zeit

45 Minuten (1UE)

Material

Laptop, Beamer, Internetzugang

Teilnehmendenzahl

mind. 2 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die ausgewählten Filmsequenzen werden gemeinsam angeschaut.
- Im Plenum werden folgende Fragen gemeinsam besprochen:
- Welche Szene hat Sie irritiert oder verwundert?
- Wo haben Sie etwas für Ihre Praxis gelernt?
- Was ist unklar oder offen geblieben? Haben Sie noch Fragen?

2 Themenbereich II

2.1 Modul II.1 – Methode: „Input zu Bedürfnis“

Methodenname

Input zu Bedürfnis

Modulbereich

II.1 LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen

kurz erklärt

Input zu Bedürfnisse und Bedarfen. Die hier aufgeführten Inhalte können in einem kurzen Input erläutert werden. Ergänzungen sind jederzeit möglich.

Ziele

- Die Teilnehmenden frischen ihr Wissen über Bedürfnisse und Bedarfe auf.
- Die Teilnehmenden unterscheiden zwischen Bedürfnissen und Bedarfen.
- Die Teilnehmenden kennen mögliche spezifische Bedürfnisse und Bedarfe von LSBTIQ*-Senior*innen.

Zeit

45 min (1 UE)

Material

- Anhang A: Inhalte zu Bedürfnis
- Anhang B: mögliche Flipchartgestaltung
- Anhang C: mögliche Bedürfnisse von LSBTIQ*-Senior*innen
- Anhang D: mögliche Bedürfnisse von hochaltrigen Menschen (allgemein)

Teilnehmendenzahl

unbegrenzt

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Einführende Wiederholung zu Bedürfnis (Input) mit Flipchart (max. 15 min).
- Bedürfnis und Bedarf unterscheiden.
- Bedürfnisse von LSBTIQ*-Senior*innen vermitteln.

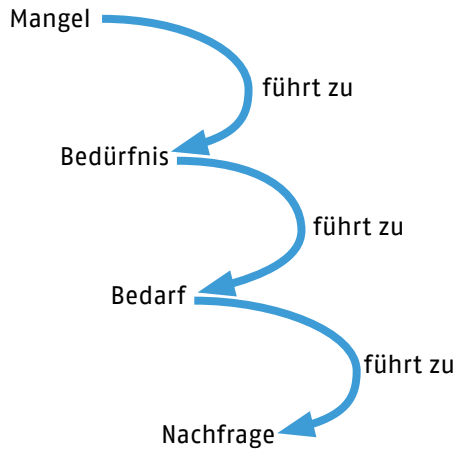
Darauf soll geachtet werden

Die aufgelisteten Bedürfnisse sind eine Auswahl. Nicht alle LSBTIQ*-Personen haben diese Bedürfnisse. Ebenso treffen viele der aufgelisteten Bedürfnisse auch auf nicht-queere Personen zu. Die Liste ist jederzeit erweiterbar.

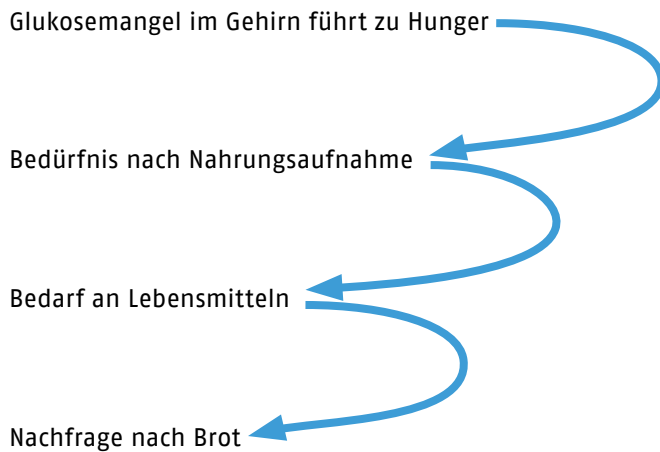
2.1.1 Anhang A – Inhalte zu Bedürfnis

Die Begriffe Bedürfnis und Bedarf lassen sich aus unterschiedlichen Wissenschaftsperspektiven betrachten:

1. Wirtschaftswissenschaften



Beispiel:



Mangel = Fehlen von etwas

Bedürfnis = Bestreben, dieses Fehlen zu beseitigen

Bedarf = konkrete Ausrichtung des Bestrebens auf ein Konsumgut

Nachfrage = mittels Kaufkraft dem Bedarf nachgehen

2. Psychologie

In der Psychologie werden Bedarf und Bedürfnis wie folgt unterschieden. Demnach ist der Bedarf ein Mangel in Lebewesen wie Pflanzen und Tiere. Während der gleiche Bedarf bei Menschen als Bedürfnis bezeichnet wird.

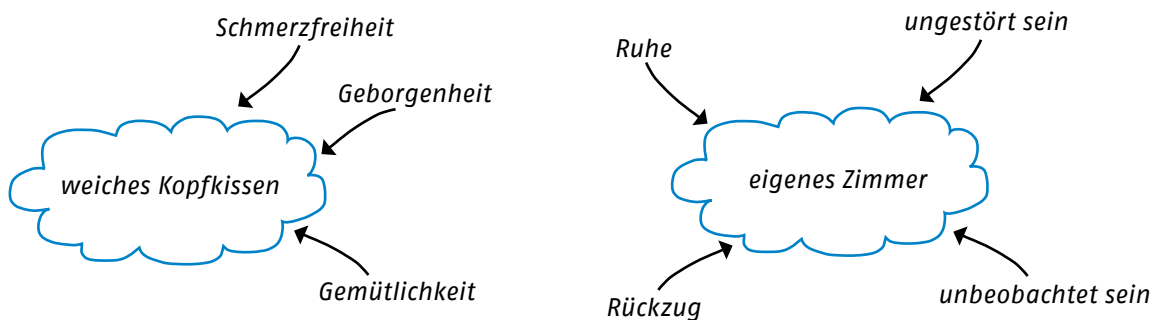
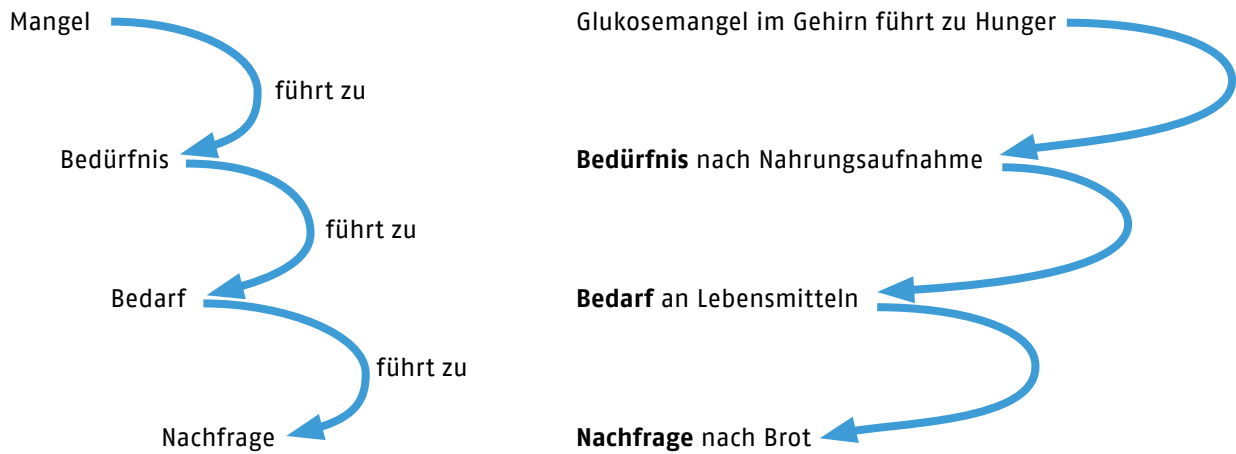
Häufig werden nur die Bedarfe betrachtet, aber nicht das dahinterstehende Bedürfnis.

Einige Beispiele (die in den Fortbildungen diskutiert werden können)

Bedarf „Ich brauche ...“	Mögliche Bedürfnisse „Ich brauche ...“
weiches Kopfkissen	<ul style="list-style-type: none"> - vermeiden von Rückenschmerzen - Gemütlichkeit - Geborgenheit - ...
eigenes Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> - Ruhe - Rückzug - Ungestörtsein - Unbeobachtetsein - ...
Auto	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilität - schnelles Vorankommen - selbstbestimmtes Fahren/Fortbewegen - Ruhe/Alleinsein
Buch (lesen)	<ul style="list-style-type: none"> - soziale Anerkennung - neues Wissen - Unterhaltung - Selbstverwirklichung
neues Handy	<ul style="list-style-type: none"> - soziale Anerkennung

Hinter jedem Bedarf steht/stehen ein (oder mehrere) Bedürfnis(se). Mögliche Diskussionsrunde: Lassen sich die Bedürfnisse auch anders oder mit anderen Bedarfen befriedigen?

2.1.2 Anhang B – mögliche Flipchartgestaltung



2.1.3 Anhang C – Mögliche Bedürfnisse von LSBTIQ*-Senior*innen

- Bedürfnis nach Akzeptanz bezüglich der eigenen Identität
- Bedürfnis nach Anerkennung der Lebenswirklichkeit
- Bedürfnis nach einem achtsamen Umgang mit der Sprache (z. B. Zuschreibungen)
- Bedürfnis nach Entschädigung (für: Zwangssterilisation von trans* Personen nach dem TSG, dem sogenannten Transsexuellengesetz; Strafen nach §175 StGB für homosexuelle Männer; Genitalverstümmelung von inter* Personen)
- Bedürfnis nach Schutz vor struktureller Diskriminierung durch das Gesundheitssystem (aufgrund der Pathologisierung von Homo- und Bisexualität sowie Trans- und Intergeschlechtlichkeit kann ein Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem bestehen)
- Bedürfnis nach Sicherheit (diskriminierungsarme Umgebung, offener und sichtbarer Einsatz der Pflegeeinrichtungen und -institutionen gegen verschiedene Diskriminierungsformen)
- Bedürfnis nach Unabhängigkeit (in der Vergangenheit wurden Strategien und Netzwerke aufgebaut, die von staatlichen und institutionellen Strukturen unabhängig machten und waren; diese Fähigkeit beibehalten/unterstützen/stärken/würdigen)
- Bedürfnis nach Rückzug und Ruhe (Leben eventuell geprägt von Angst/Verfolgung/Benachteiligung; dies kann Vorsicht/Rückgezogenheit oder Ähnliches bewirkt haben)
- Bedarf an gut qualifiziertem und wertschätzendem Personal (Feinfühligkeit und Empathie, Anerkennung der queeren Biografie mit all den Licht- und Schattenseiten, ohne dabei queere Menschen zusätzlich zu besondern)
- ...

2.1.4 Anhang D – mögliche Bedürfnisse von hochaltrigen Menschen (allgemein)

(Nach Feil)

- Aufarbeitung von unerledigten Aufgaben, um in Frieden zu sterben
- in Frieden leben
- Bedürfnis, das Gleichgewicht wiederherzustellen, wenn das Augenlicht, das Gehör, die Mobilität und das Gedächtnis verschwinden
- Bedürfnis, der unerträglichen Realität Sinn zu geben, einen Platz zu finden, wo man sich wohlfühlt und wo Beziehungen familiär sind
- Bedürfnis nach Anerkennung, Status, Identität und Selbstwert
- Bedürfnis, gebraucht zu werden und produktiv zu sein
- Bedürfnis, gehört zu werden und respektiert zu sein
- Bedürfnis, Gefühle auszudrücken und damit angehört zu werden
- Bedürfnis, sich geliebt und geborgen zu fühlen; Sehnsucht nach menschlichem Kontakt
- Bedürfnis, umsorgt zu werden, sich sicher und geborgen zu fühlen und nicht unbeweglich und festgehalten zu sein
- Bedürfnis nach sensorischer Stimulation, taktilen, visuellen, auditiven, olfaktorischen, gustatorischen und sexuellen Ausdrucksmöglichkeiten
- Bedürfnis, Schmerzen und Unannehmlichkeiten zu reduzieren

2.2 Modul II.1 – Methode: „Zeig mir meine Geschichte“

Methodenname

Zeig mir meine Geschichte

Modulbereich

II.1 LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen

kurz erklärt

Zwei Personen erzählen sich gegenseitig ein eindrucksvolles, prägendes, lustiges, peinliches Ausgrenzungs- oder sonstiges Erlebnis. Die jeweils andere Person „erzählt“ dann spielend vor Publikum die fremde Geschichte nach. Wichtig ist dabei, das Gleichgewicht zwischen schauspielerischem Einsatz und der Achtung vor der fremden Geschichte zu halten.

Ziele

Die Teilnehmenden lernen aufmerksam hinzuhören, sich in die fremde Person einzufühlen, bestimmte Reaktionen dieser zu reflektieren und neu zu bewerten. Weiterhin erfahren die Teilnehmenden nicht nur Neues über den*die Partner*in, sondern erleben, dass es der*dem anderen manchmal ganz genauso ergeht wie sich selbst! Und das verbindet.

Zeit

für 6 Personen = 45 min (ab 10 Personen Gruppe in zwei kleinere Gruppen teilen, in denen die Geschichten vorgestellt werden)

Material

Ausreichend Platz, damit die Paare sich ungestört ihre Erlebnisse schildern können.

Teilnehmendenzahl

max. 12; sonst Trennung der großen Gruppe in zwei kleine Gruppen, um die Erlebnisse in diesen vorzutragen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Teilnehmenden finden sich selbstständig in Paaren zusammen; wichtig ist, dass sie sich noch nicht so gut kennen oder gerade erst kennengelernt haben.
- Die Teilnehmenden erhalten circa 15 Minuten Zeit, um sich gegenseitig ein Erlebnis aus ihrem Leben zu erzählen.
- Das Erlebnis kann eindrucksvoll, prägend, lustig oder peinlich sein; es kann mit Ausgrenzung oder Sich-willkommen-Fühlen zu tun haben.
- Bei Verständnisproblemen darf am Ende der Erzählung gefragt werden.
- Die Gruppe kommt wieder zusammen und findet sich in einem halben Stuhlkreis ein.
- Jede Person trägt das Erlebnis aus der Perspektive der anderen Person vor; das Erlebnis selbst soll nicht vorgetragen werden, sondern die Erzählung des Erlebnisses, und zwar so, als sei es die eigene Geschichte.
- Wichtig ist dabei, das Gleichgewicht zwischen schauspielerischem Einsatz und der Achtung vor der fremden Geschichte zu halten.

Darauf soll geachtet werden

Die Teilnehmenden, die sich selbstständig in Paaren zusammenfinden, sollten sich noch nicht so gut kennen oder gerade erst kennengelernt haben.

2.3 Modul II.1 – Methode: „Moment mal! – ein Standbild“

Methodenname

Moment mal! – ein Standbild

Modulbereich

II.1 LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen

kurz erklärt

Die Teilnehmenden stellen eine Situation ohne Worte als Standbild oder Momentaufnahme dar. Dabei übernimmt eine Person die Rolle der Regieführung und modelliert andere (bis zu drei weitere) Teilnehmende entsprechend ihrer Vorstellungen. Das fertige Standbild wird für circa 30 Sekunden gehalten und von der restlichen Gruppe genau betrachtet. Danach werden mögliche Interpretationen, ausgelöste Gefühle und offene Fragen diskutiert.

Ziele

- Unterschiedliche Wahrnehmungen und Vorstellungen einer Situation oder einer Aussage werden durch das Bauen eines Standbildes zum Ausdruck gebracht.
- Das Standbild ermöglicht den Teilnehmenden, eine erzählte (oder gelesene) Situation konkreter wahrzunehmen und nachzufühlen. Die darstellenden Personen übermitteln mittels Haltung und Mimik zusätzliche Emotionen.
- Der anschließende Austausch über Motive, entstandene Gefühle und möglicherweise auch Irritationen ermöglicht einen emotionalen Zugang zur Perspektive von LSBTIQ*.

Zeit

45 min (1 UE)

Material

- Anhang A: Fallbeschreibungen
- Anhang B: Arbeitsaufträge
- Anhang C: Diskussionsanregungen für die Referent*innen
- Anhang D: der Fall „Altmann“ – Vertiefung zu HIV/Aids
- Anhang E: Anregungen für Referent*innen zum Fall „Altmann“

Teilnehmendenzahl

- max. 18 für drei Gruppen
- bei mehr als 18 Teilnehmenden vier Gruppen (oder mehr) bilden; je Gruppe maximal 6 Personen (Achtung: Es wird dann auch mehr Zeit insgesamt benötigt!)

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Teilnehmenden werden auf drei Gruppen aufgeteilt.
- Es wird eine Fallsituation geschildert (siehe Fälle im Anhang dieser Methodenbeschreibung).
- Die Gruppenmitglieder bestimmen eine Person, die die Aufgabe der Regie übernimmt und die Personen, die das Standbild darstellen werden.
- Die Gruppe überlegt gemeinsam, wie die Situation dargestellt werden kann. Die Regie führende Person behält den Blick „von außen“, wobei dennoch alle anderen aus der Gruppe an der Erstellung des Standbildes beteiligt sind.
- Wenn das Standbild fertig geformt ist, merken sich alle Teilnehmenden ihre Position, ihren Gesichtsausdruck und ihre Körperhaltung.
- Die Gruppen kommen wieder zusammen und stellen nacheinander ihre Standbilder vor. Dazu erstarrten sie bis zu zwei Minuten in ihrem Bild, so dass die Teilnehmenden aus den anderen Gruppen Zeit zum aufmerksamen Betrachten haben.
- Die Zuschauenden beobachten das Standbild und lassen es auf sich wirken.
- Anschließend wird das Standbild besprochen. Zuerst beschreiben die Zuschauenden das Bild und interpretieren es. Schließlich berichten die Gruppenmitglieder ihre Vorstellungen und Absichten.
- Danach stellt die nächste Gruppe ihr Standbild dar. Und so weiter.

2.3.1 Anhang A – Arbeitsblatt Fallbeschreibungen

Situation 1

Es ist morgens auf dem Flur der Wohngruppe *Meeresrauschen*. Vor dem Zimmer von Frau Berg stehen zwei Pfleger*innen, die sich für die morgendliche Routine auf die Bewohner*innenzimmer aufteilen wollen. Die Zimmertür von Frau Berg ist einen Spalt weit offen und sie hört, wie die eine Person zur anderen sagt: „Gehst Du hier zur Lesbe oder soll ich?“

Situation 2

Das Ehepaar Altmann ist auf der Suche nach einem geeigneten ambulanten Pflegedienst, da die Eheleute Unterstützung in hauswirtschaftlichen Aufgaben benötigt. Oskar Altmann sitzt seit drei Jahren – seit seinem Schlaganfall – im Rollstuhl und sein Mann Harry verliert zunehmend das Augenlicht. Bisher haben sich beide gut ergänzen können, doch nun lässt die Kraft beider nach.

Das Ehepaar wurde von den vier vorherigen Pflegeanbietern wegen zu hoher Auslastung abgelehnt.

Nun sitzen die Männer im sehr freundlich eingerichteten Büro der Pflegedienstleitung des Pflegedienstes *An der alten Mühle*. Die Pflegedienstleitung erklärt den Männern, dass sie sie gern aufnehmen würde, aber ihr hauswirtschaftliches Personal für die besondere Situation von HIV-Positiven nicht ausgebildet sei. Sie könne die Eheleute Altmann daher leider nicht aufnehmen.

Situation 3

Es ist Dezember in der kleinen Stadt Rumpelsberg. Die kirchliche Gemeinde ist sehr aktiv und lädt jährlich Senior*innen zum Kerzenschein-Fest in den großen Gemeindesaal ein. Dabei sind nicht nur gläubige Christ*innen eingeladen, sondern alle interessierten Menschen, die gern zusammenkommen, um die dunkle Jahreszeit ein wenig zu erhellen. Der Name Kerzenschein ist bewusst von christlich-traditionellen Begriffen wie Advent gelöst worden.

Das Fest ist mittlerweile sehr beliebt und erfreut sich stetigem Zuwachs. Auch Marion Zimmer nimmt dieses Jahr teil. Der Pastor Pavel Černý begrüßt Marion und erkundigt sich nach ihrem Anhang. „Sie sind ganz allein gekommen?“ – „Auf der Einladung stand ‚Familie‘“, begegnet ihm Marion. Der Pastor entschuldigt sich und verspricht: „Nächstes Jahr werde ich ‚nahestehende Menschen‘ auf die Einladungen schreiben. Ich freue mich trotzdem, dass Sie da sind.“

2.3.2 Anhang B – Aufgabenstellungen für die jeweiligen Akteur*innen

Aufgabenstellung für die Regie führende Person

- Entscheiden Sie zusammen in der Gruppe, wer darstellt und wer baut.
- Sie behalten den Überblick und erinnern sich und ihre Gruppenmitglieder an die Ausgangssituation, wenn vom Thema abgewichen wird.
- Besprechen Sie zusammen ihre Vorstellungen und Intentionen, verfallen Sie aber in keine langen Diskussionen.

Aufgabenstellung für die Darstellenden

- Sie folgen den Anweisungen Ihrer Gruppenmitglieder und stellen das Gesagte dar.
- Geben Sie kurze Rückmeldungen, ob sich z. B. der angewiesene Gesichtsausdruck „richtig“ in der Haltung und Situation anfühlt und machen Sie gegebenenfalls einen Gegenvorschlag.
- Nehmen Sie eine Haltung ein, die sie für circa zwei Minuten halten können.

Aufgabenstellung für das Publikum

- Betrachten Sie das Standbild in Ruhe und aufmerksam.
- Gehen Sie dazu gern um das Standbild herum, um es aus verschiedenen Perspektiven wahrzunehmen.
- Sie können sich jederzeit Notizen zu Ihren Gedanken machen.
- Schildern Sie im Anschluss Ihre Gedanken oder Gefühle.
- Stellen Sie Fragen (wenn Sie welche haben) an die Standbildgruppe.

2.3.3 Anhang C – Diskussionsanregungen für die Referent*innen

Nachfolgend werden mögliche Aspekte aufgeführt; selbstverständlich ist die Liste nicht vollständig und kann durch weitere Aspekte aus der Gruppe oder durch die Referent*innen erweitert werden.

Situation 1:

- Frau Berg wird auf ihre sexuelle Orientierung reduziert; sie wird nicht als Mensch, sondern als ein eindimensionales Subjekt wahrgenommen
- Stigmatisierung und Gefühl der Ablehnung; den Pflegenden scheint es unangenehm zu sein, Frau Berg zu versorgen
- Fremddouting; eventuell ist die sexuelle Orientierung von Frau Berg nur (einigen) Pflegenden bekannt oder wird gar nur vermutet; sie kann nicht selbst entscheiden, wem sie was von sich erzählt
- Schimpfwort; Personen aus der Generation von Frau Berg haben Begriffe wie lesbisch, Lesbe oder Ähnliches oft nicht für sich annehmen können, da diese als Schimpfworte oder in negativen Zusammenhängen verwendet wurden

Situation 2:

- mehrfache Ablehnung vermutlich auf Grund der Homosexualität; Ausreden (wie die Auslastung) scheinen vorgeschoben zu werden
- Stigmatisierung und Gefühl der Ablehnung; den Pflegenden scheint es unangenehm zu sein, Familie Altmann zu versorgen
- Vermutung einer HIV-Infektion; Homosexualität wird mit HIV/Aids gleichgesetzt;
 - 1. erneute Stigmatisierung; Gefühl, dass andere Menschen mit Angst und Ekel reagieren
 - 2. fehlendes Wissen über HIV/Aids sowie Übertragungswege, Ansteckungsrisiko und Behandlungsmöglichkeiten; Pflegedienst sollte in der Lage sein, Informationen dazu einzuholen und HIV-infizierte oder an Aids erkrankte Menschen zu versorgen
- es findet kein Gespräch über den Umfang der benötigten Hilfe und der damit verbundenen Leistungen statt; stattdessen werden die Eheleute vor vollendete Tatsachen gestellt
- Ignorieren der Ressourcen; trotz großer Einschränkungen leben Herr und Herr Altmann in ihrer Wohnung und versorgen sich selbstständig; das hohe Maß an Selbstständigkeit ist in LSBTIQ*-Kontexten nicht selten, da viele LSBTIQ* Ablehnung und schlechte Erfahrungen mit Institutionen (häufig auch im Gesundheitswesen) gemacht haben und diese daher nicht selten meiden

Situation 3:

- Gemeinde scheint sehr offen zu sein; ist empfänglich für Verbesserungsvorschläge („beim nächsten Mal schreiben wir ‚nahestehende Menschen‘ auf die Einladung“)
- enger Familienbegriff; häufig wird unter Familie eine biologische (Eltern, Kinder, Großeltern ...) oder rechtliche (verheiratet, adoptiert) Verbindung zwischen Menschen verstanden
- manche LSBTIQ*, aber auch viele andere Menschen, haben auf Grund von Streitigkeiten, Umzug, Migration, Schicksalsschlägen oder anderen Gründen keine Familie oder keinen Kontakt mehr zu ihrer Ursprungsfamilie
 - häufig besitzen diese Menschen ein Netzwerk aus Freundschaften, die sie zum Teil als ihre „Wahl“-Familie bezeichnen
 - mit Begriffen wie „nahestehende Menschen“ oder „Ihre Lieben“ oder „Freund*innen“ oder „alle, die Sie gern dabei hätten“ lassen sich z. B. Veranstaltungen für eine Vielzahl von An- oder Zugehörigen öffnen
- übertragen auf den Pflegehilfekontext heißt das: Egal, wer vor Ihnen sitzt, Sie erreichen mehr Offenheit und Vertrauen, wenn Sie Begriffe wie Familie oder Ehepartner offener gestalten; nachfolgend ein paar Anregungen:
 - „Familie“ oder „Angehörige“ → „nahestehende Menschen“, „Ihre Lieben“, „Freund*innen“, „Menschen, die Sie gern haben“

- „Partner oder Partnerin“ → „Haben Sie einen oder mehrere Menschen, der/die Ihnen besonders wichtig ist/sind, die*den wir kontaktieren dürfen?“
- „Waren Sie verheiratet?“ → „Gab es in Ihrem Leben einen wichtigen Menschen, an den Sie gern zurückdenken?“
- „Sind Sie verwitwet?“ → „Haben Sie einen wichtigen Menschen verloren?“

→ Bei allen Beispielen ist es egal, ob es sich um eine LSBTIQ*-Person handelt oder nicht.

Diese Fragen ermöglichen allen Menschen, an Gesprächen teilzunehmen und z. B. über einen Verlust und ihre Gefühle zu reden, ohne konkret werden zu müssen oder ausgeschlossen zu werden (weil sie zum Beispiel nicht verwitwet sind). Diese offenen Begriffe sollten daher immer verwendet werden.

2.4 Modul II.1 – Methode: Der Fall „Altmann“ (Vertiefung zu HIV/Aids)

Methodenname:

Der Fall „Altmann“

Modulbereich:

II.1 LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen

kurz erklärt:

Die Teilnehmenden reflektieren mögliche Gedanken und Motivationen von den Personen aus dem Fall 2 aus dem Standbild. Anschließend erfolgt eine konstruktive Lösungsfindung.

Ziele

- Die Teilnehmenden versetzen sich in die Lage anderer Personen, reflektieren deren Gedanken und Motivationen und erkennen unterschiedliche Ängste und Bedürfnisse an.
- Die Teilnehmenden tauschen sich wertschätzend über verschiedene Ängste aus.
- Die Teilnehmenden erarbeiten selbstständig und konstruktiv Lösungsansätze heraus.

Zeit

45 min (1 UE)

Material

- Moderationskarten, Flipchartmarker, evtl. Flipchartpapier
- Anhang A: Anregungen für Referent*innen zum Fall Altmann

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Gedankenblasen der Pflegedienstleitung und von Oskar und Harry Altmann werden an die Tafel o. Ä. gepinnt:
 - Pflegedienstleitung: „Mir tut es ja leid für die beiden Männer, aber wenn sich eine*r von meinen Leuten ansteckt ... Das würde ich mir nie verzeihen.“
 - Oskar Altmann: „Eigentlich will ich sowieso nicht, dass Fremde zu uns nach Hause kommen. Schon gar nicht homophobe.“
 - Harry Altmann: „Und täglich grüßt das Murmeltier. Da weiß man gar nicht, wo man anfangen soll. Bildungsfernes Gesundheitssystem.“
- Teilnehmende in 2 Gruppen aufteilen:
 - Gruppe 1:
 - mögliche Ängste und Bedürfnisse der Pflegedienstleiterin auf separaten Moderationskarten sammeln
 - Gruppe 2:
 - mögliche Ängste und Bedürfnisse der Eheleute Altmann auf separaten Moderationskarten sammeln
- Herausarbeiten von möglichen Lösungsansätzen aufgrund der angenommenen Ängste und Bedürfnisse; im Plenum mit allen Teilnehmenden.

Darauf soll geachtet werden

Die Ängste und Bedürfnisse der Eheleute Altmann sollten in der Gesamtdarstellung eine hohe Priorität erfahren. Eventuell fällt es Pflegenden leichter, sich in die Rolle der Pflegedienstleitung einzufühlen. Ängste auf Seiten der Pflegedienste sind legitim, sollten aber nicht zu einem Abbruch der Lösungsfindung führen, sondern im Rahmen der beruflichen Qualifikation konstruktiv abgebaut werden.

Die Person, die den Kurs leitet, hat darauf zu achten.

2.4.1 Anhang A – Anregungen für Referent*innen zum Fall „Altmann“ (Vertiefung zu HIV/Aids)

Mögliche Lösungsansätze/Denkanstöße für Referent*innen:

Ängste Pflegedienst:

offen:

- Kolleginnen einer Infektionsgefahr auszusetzen
- infizierte Personen nicht adäquat behandeln können/Unsicherheiten im Umgang

versteckt:

- fehlendes/unzureichendes Wissen wird sichtbar
- Berührungsängste gegenüber homosexuellen Menschen/LSBTIQ*
- mögliches inakzeptables Verhalten von Kolleg*innen könnte auftreten/entdeckt werden
- Konfrontation mit „unangenehmen“ Themen vermeiden

Bedürfnisse/Bedarfe:

- Wissensvermittlung und Aufklärung über HIV/Aids (Krankheitsverlauf, Ansteckungswege und -risiken, Stigmatisierung, ...) z. B. durch die Deutsche Aidshilfe
- Kommunikationstraining
- Empathieübungen
- Informationsmaterial
- Austausch im Team, Fallbesprechungen, Supervisionen

Ängste Eheleute Altmann:

- Angst vor erneuter Stigmatisierung
- Angst vor erneuter Diskriminierung
- Angst vor fehlerhafter/inadäquater/unprofessioneller Betreuung
- Angst davor, keinen Pflegedienst für sich zu finden
- Angst vor Gewalt

Bedürfnisse/Bedarfe Eheleute Altmann:

- Bedürfnis nach Sicherheit
- Bedürfnis nach Anerkennung
- Bedarf an hauswirtschaftlicher Unterstützung durch offenen, diversen und fachlich gut qualifizierten Pflegedienst
- Bedarf an Diskriminierungsfreiheit

Lösungsansätze:

- Pflegedienst absolviert Schulung zu HIV/Aids
- Pflegedienst absolviert Schulung zu LSBTIQ*
- Pflegedienst kooperiert mit einem örtlichen LSBTIQ* Verein
- Pflegedienst überprüft eigene Haltung/Leitbild/Ausrichtung im Hinblick auf die Vielfalt von Menschen und passt diese/s langfristig an
- Austausch im Team über das Thema HIV/Aids und das Thema LSBTIQ* (unterschiedliche Wissenszugänge, Erfahrungen und Potenziale aus dem Team niedrigschwellig nutzen)
- Eheleute Altmann könnten im örtlichen LSBTIQ*-Verein erfragen, welche Erfahrungen mit welchen Pflegediensten es gibt (allerdings kann das nur eine kurzfristige Lösung sein; langfristig ist es die Aufgabe der Pflegedienste, sich auf die Diversität der Menschen einzustellen und diskriminierungsarme Pflegeangebote zu schaffen)

2.5 Modul II.1 – Methode: „Gedankenaustausch“

Methodenname

Gedankenaustausch

Modulbereich

II.1 LSBTIQ* im Pflegekontext verstehen

kurz erklärt

Es findet eine Diskussion innerhalb der großen Runde statt. Dazu erhalten alle Teilnehmenden Fallbeispiele mit Fragen, die ihnen helfen sollen, sich mit dem Text auseinanderzusetzen.

Ziele

- Die Teilnehmenden wenden bisher Gelerntes über LSBTIQ*-Lebenswelten, Diskriminierungserfahrungen und Pflegefachliches an.
- Die Teilnehmenden überprüfen ihr erworbenes Wissen in der Diskussion.
- Die Teilnehmenden lernen durch Handlungssituationen verschiedene Perspektiven kennen.
- Die Teilnehmenden gehen kritisch mit den Inhalten und ihrer Haltung dazu um.

Zeit

15 Minuten je Fall

4 Fälle = 60 Minuten

Material

- Anhang A: Handlungssituationen und Leitfragen für die Teilnehmenden
- Anhang B: Handlungssituationen und Denkanstöße bzw. Auswahl der Lösungsansätze für Referent*innen

Teilnehmendenzahl

max. 15; sonst Trennung der großen Gruppe in zwei kleine Gruppen, um eine produktive Diskussion zu ermöglichen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Teilnehmenden sitzen im Stuhlkreis oder in U-Form.
- Die Teilnehmenden erhalten die Handlungssituationen (Anhang A).
- Die Teilnehmenden erhalten Zeit, sich die erste Handlungssituation durchzulesen und evtl. Notizen zu machen.
- Es wird in der Gruppe moderiert über die erste Situation diskutiert; die Moderation wird von den Referent*innen übernommen; es können Denkanstöße eingebracht werden, wenn die Gruppe allein nicht weiterkommt oder die Diskussion einseitig bleibt.
- Nach ca. 20 Minuten wird die nächste Situation bearbeitet und wie oben beschrieben vorgegangen.

Variationen

Die Gruppe kann geteilt werden, so dass sich in der Diskussion zwei dominierende Positionen gegenüber sitzen:

- die eigentliche Haltung der Teilnehmenden ist dann zweitrangig, da sie aus der Position heraus argumentieren, die ihnen zugeteilt wurde
- Vorteil: eigene Haltung muss nicht offengelegt werden
- Nachteil: Teilnehmende können ihre eigene Perspektive nicht überprüfen

Quelle

Bild: <https://www.frauenhaus-ffm.de/files/stuhlkreis.jpg>

2.5.1 Anhang A – Handlungssituationen und Leitfragen für die Teilnehmenden



Situation 1

Frau Scholl war 83 Jahre alt, als sie im Pflegeheim An der Elbe verstarb. Drei Monate vor ihrem Tod hörte sie von einem Tag auf den anderen auf zu sprechen und zu essen. Sie sah aus dem Fenster oder saß in ihrem Sessel. Davor erhielt Frau Scholl unregelmäßig Besuch von einer alten Bekannten. Erst nach ihrem Tod erfuhren die Pflegenden von Frau Scholls Sohn, dass vor drei Monaten die alte Bekannte – ihre Lebenspartnerin – verstorben sei.

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was denken oder fühlen Sie bezüglich dieser Schilderung?
- b) Wie hätte das Pflegepersonal auf Frau Scholls Resignation eingehen können?



Situation 2

Bitte stellen Sie sich folgende klinische Situation vor:

Die Pflegeschülerin Sandra (20) wird von ihrer Praxisanleiterin Marlies (58) auf der gynäkologischen Station angeleitet. Sandra hält viel von Marlies, begleitet sie nun seit einer Woche und ist begeistert von ihrer Kompetenz. Marlies scheint ein großes Gespür für die richtigen Worte und den Umgang mit Menschen in schwierigen Situationen zu haben. Heute übernehmen sie Johanna aus dem Aufwachraum. Johanna ist eine Transfrau und erhielt einen Brustaufbau. Sandra ist kurz irritiert, weil die Patientin einen leichten Bartschatten und eine für ihr Empfinden tiefe Stimme hat. Marlies scheint auch hier wieder sehr souverän zu sein, ist professionell, spricht Johanna durchgehend mit „Frau D.“ an und macht ihr Mut bezüglich des OP-Ergebnisses, als sie den Verband inspiziert. Marlies ist der Patientin gegenüber ruhig, zugewandt und sehr wertschätzend. Nachdem die Patientin versorgt wurde, sitzen Sandra und Marlies zusammen am PC und dokumentieren. Dabei reden sie auch über ihre Patientin und Marlies sagt zu der Patientin stets „er“ oder sogar „es“. Sandra berichtigt sie vorsichtig, indem sie sagt, dass das Wunschpronomen der Patientin „sie“ sei. Marlies winkt ab und sagt ihr, dass sie nicht daran glaube. So etwas gäbe es nicht und in ein paar Jahren würde der „Mann“ das auch merken, hätte dann „seinen“ Körper zerstört und würde krank und substanzabhängig.

Sandra fühlt sich plötzlich sehr unwohl.

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was denken Sie über das Verhalten von Marlies?
- b) Welche Haltung vertritt Marlies?
- c) Welche Auswirkungen kann das Verhalten von Marlies haben?

**Situation 3**

Bitte stellen Sie sich folgende klinische Situation vor:

Nicole erwartet zusammen mit Yvonne ein Kind und ist auf Grund eines länger anhaltenden Bluthochdrucks vor drei Tagen auf die Station der Geburtshilfe stationär aufgenommen worden. Yvonne besucht Nicole in den Abendstunden, da sie als Ärztin jeden Tag lange arbeitet. Die Pflegerin Elke betreut sie mittlerweile den dritten Spätdienst in Folge. Am ersten Abend fragte sie Nicole nach dem Vater des Kindes, woraufhin Nicole ihr ruhig und verständnisvoll erklärte, dass sie das Kind zusammen mit ihrer zukünftigen Frau bekäme und es keinen Vater, sondern stattdessen zwei Mütter geben wird. Die Frage danach, wie sie das Kind „gezeugt“ hätten, überhört Nicole und erzählt lieber von dem Namen, den sie dem Kind geben möchten. Am zweiten Nachmittag, nachdem ein Mann (Nicoles Bruder) zu Besuch war, fragt Elke, ob er der Samenspender sei, woraufhin Nicole erklärt, dass der Mann ihr Bruder sei. Elke bemerkt einen Unterton in der Antwort und verkneift sich den Kommentar, dass der Herr wirklich nett gewesen war und es schön gewesen wäre, wenn er der Vater des Kindes sein könnte. Heute am dritten Abend kommt Yvonne etwas später und Elke fragt die wartende Nicole, wann denn ihre Bekannte heute käme. Nicole dreht ihr den Rücken zu.

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was glauben Sie, wie fühlt sich Nicole? Woran erkennen Sie das? Welches Bedürfnis erkennen Sie?
- b) Wie könnte Elke Ihrer Meinung nach reagieren, damit Nicole sich verstanden fühlt?
- c) Was denken Sie über das Verhalten von Elke? Welche Absichten hat Elke?



Situation 4

Auf einem Tagesseminar, bei dem es um die Sensibilisierung von Pflegenden gegenüber queeren (also lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*, inter* und andere vielfältige Geschlechtsidentitäten) Menschen geht, sitzt Alex.

Alex hörte sich geduldig alle Vorträge an, doch dann platzt Alex der Kragen.

„Es gibt keine spezifischen Bedarfe oder Bedürfnisse für inter* oder trans* oder sonst wen. Sie machen hier ein Seminar zur Sensibilisierung und erklären uns, was Akzeptanz der Vielfalt ist, aber eigentlich schaffen Sie nur neue Schubladen. Trans* Personen seien ja so verletztlich und hätten ihr Leben lang nur gelitten. Sie sagen, es ginge nicht nur um gleichgeschlechtlich liebende Paare, aber dann sind Ihre Beispiele voll davon. Was ist mit den Stärken von queeren Menschen? Oder den ganz ‚normalen‘ Bedürfnissen?“ Bei dem Wort „normal“, zeichnet Alex Gänsefüßchen in die Luft.

Alex atmet tief durch und fährt etwas ruhiger fort: „Ich denke, queere Menschen leben in einer miesen Gesellschaft, die sie nicht als gleichwertig wahrnimmt. Da gebe ich Ihnen Recht. Aber dann sollten Sie in Ihrem Seminar diese Personen nicht noch mehr besondern. Was sollen denn spezifische Bedarfe sein? Und wo sollen die denn herkommen?“

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was geht Ihnen bei den Worten von Alex durch den Kopf?
- b) Was denken Sie, gibt es spezifische Bedürfnisse und somit auch spezifische Bedarfe?
- c) Wenn ja, was können die Ursachen für diese Bedürfnisse/Bedarfe sein?
- d) Wenn nein, denken Sie dieses Seminar ist sinnvoll oder unnötig?

2.5.2 Anhang B – Handlungssituationen und Denkanstöße bzw. Auswahl der Lösungsansätze für Referent*innen

Situation 1

Frau Scholl war 83 Jahre alt, als sie im Pflegeheim An der Elbe verstarb. Drei Monate vor ihrem Tod hörte sie von einem Tag auf den anderen auf zu sprechen und zu essen. Sie sah aus dem Fenster oder saß in ihrem Sessel. Davor erhielt Frau Scholl unregelmäßig Besuch von einer alten Bekannten. Erst nach ihrem Tod erfuhren die Pflegenden von Frau Scholls Sohn, dass vor drei Monaten die alte Bekannte – ihre Lebenspartnerin – verstorben sei.

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was denken oder fühlen Sie bezüglich dieser Schilderung?
 b) Wie hätte das Pflegepersonal auf Frau Scholls Resignation eingehen können?
- a)
- Frau Scholl schien in Trauer gewesen zu sein, was niemand erkannte/wusste
 - Frau Scholl schien mit niemanden darüber gesprochen zu haben/sprechen zu können
- b)
- die Gründe für ihr Verhalten hätten erfragt werden können (bei Frau Scholl selbst oder bei ihrer Familie)
 - das Wegbleiben des Besuchs hätte thematisiert werden können
 - evtl. fiel die Besucherin nicht auf, da die Beziehung zu ihr unklar war; evtl. war die Partnerschaft bewusst von Frau Scholl nicht angesprochen worden (Angst vor Reaktionen, Erfahrungen aus der eigenen Geschichte, Gewohnheit)
 - wenn die Partnerschaft für die Pflegenden bekannt gewesen wäre, wäre das Fehlen evtl. eher aufgefallen

Cave: auch wenn die Pflegenden von der Partnerschaft gewusst hätten, hätte Frau Scholl in eine Resignation verfallen können (auf Grund des Verlustes).

Merke: Liebe zwischen zwei Frauen ist häufig noch unsichtbarer als in anderen Konstellationen; Besucherinnen werden häufig für Schwestern, Nachbarinnen, Freundinnen gehalten, da es „normal“ zu sein scheint, dass Frauen füreinander sorgen

Situation 2

Bitte stellen Sie sich folgende klinische Situation vor:

Die Pflegeschülerin Sandra (20) wird von ihrer Praxisanleiterin Marlies (58) auf der gynäkologischen Station angeleitet. Sandra hält viel von Marlies, begleitet sie nun seit einer Woche und ist begeistert von ihrer Kompetenz. Marlies scheint ein großes Gespür für die richtigen Worte und den Umgang mit Menschen in schwierigen Situationen zu haben. Heute übernehmen sie Johanna aus dem Aufwachraum. Johanna ist eine Transfrau und erhielt einen Brustaufbau. Sandra ist kurz irritiert, weil die Patientin einen leichten Bartschatten und eine für ihr Empfinden tiefe Stimme hat. Marlies scheint auch hier wieder sehr souverän zu sein, ist professionell, spricht Johanna durchgehend mit „Frau D.“ an und macht ihr Mut bezüglich des OP-Ergebnisses, als sie den Verband inspiziert. Marlies ist der Patientin gegenüber ruhig, zugewandt und sehr wertschätzend. Nachdem die Patientin versorgt wurde, sitzen Sandra und Marlies zusammen am PC und dokumentieren. Dabei reden sie auch über ihre Patientin und Marlies sagt zu der Patientin stets „er“ oder sogar „es“. Sandra berichtigt sie vorsichtig, indem sie sagt, dass das Wunschpronomen der Patientin „sie“ sei. Marlies winkt ab und sagt ihr, dass sie nicht daran glaube. So etwas gäbe es nicht und in ein paar Jahren würde der „Mann“ das auch merken, hätte dann „seinen“ Körper zerstört und würde krank und substanzabhängig.

Sandra fühlt sich plötzlich sehr unwohl.

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was denken Sie über das Verhalten von Marlies?
 - b) Welche Haltung vertritt Marlies?
 - c) Welche Auswirkungen kann das Verhalten von Marlies haben?
- a)
 - sie handelt in Gegenwart der Patientin professionell (scheint eine neutrale, sogar zugewandte Haltung ihr gegenüber zu haben)
 - ihr Verhalten führt evtl. zu Verunsicherung bei Nachwuchspflegerinnen
 - eigene Meinung ist im Rahmen der Einarbeitung unangebracht
 - b)
 - ablehnende Haltung gegenüber Transgeschlechtlichkeit vs. professionelle Haltung in der Pflegearbeit
 - c)
 - Schaffen und Verbreiten einer transphoben Atmosphäre
 - Weitergeben von falschen Fakten (sind später wegen Transgeschlechtlichkeit substanzabhängig) an andere Pflegerinnen
 - als Pflegefachperson in einem spezialisierten Bereich ist Marlies für ihr berufliches, aber auch privates Umfeld Expertin in diesem; ihre Meinung zum Thema Transgeschlechtlichkeit könnte höher bewertet werden als von Personen, die weniger Fachexpertise aufweisen, somit haben Marlies und andere Fachpersonen eine Bildungsverantwortung innerhalb der Gesellschaft

Situation 3

Bitte stellen Sie sich folgende klinische Situation vor:

Nicole erwartet zusammen mit Yvonne ein Kind und ist auf Grund eines länger anhaltenden Bluthochdrucks vor drei Tagen auf die Station der Geburtshilfe stationär aufgenommen worden. Yvonne besucht Nicole in den Abendstunden, da sie als Ärztin jeden Tag lange arbeitet. Die Pflegerin Elke betreut sie mittlerweile den dritten Spätdienst in Folge. Am ersten Abend fragte sie Nicole nach dem Vater des Kindes, woraufhin Nicole ihr ruhig und verständnisvoll erklärte, dass sie das Kind zusammen mit ihrer zukünftigen Frau bekäme und es keinen Vater, sondern stattdessen zwei Mütter geben wird. Die Frage danach, wie sie das Kind „gezeugt“ hätten, überhört Nicole und erzählt lieber von dem Namen, den sie dem Kind geben möchten. Am zweiten Nachmittag, nachdem ein Mann (Nicoles Bruder) zu Besuch war, fragt Elke, ob er der Samenspender sei, woraufhin Nicole erklärt, dass der Mann ihr Bruder sei. Elke bemerkt einen Unterton in der Antwort und verkneift sich den Kommentar, dass der Herr wirklich nett gewesen war und es schön gewesen wäre, wenn er der Vater des Kindes sein könnte. Heute am dritten Abend kommt Yvonne etwas später und Elke fragt die wartende Nicole, wann denn ihre Bekannte heute käme. Nicole dreht ihr den Rücken zu.

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was glauben Sie, wie fühlt sich Nicole? Woran erkennen Sie das? Welches Bedürfnis erkennen Sie?
 b) Wie könnte Elke Ihrer Meinung nach reagieren, damit Nicole sich verstanden fühlt?
 c) Was denken Sie über das Verhalten von Elke? Welche Absichten hat Elke?

a)

- Nicole fühlt sich nicht wahrgenommen, nicht ernst genommen
- Nicoles Aufklärungsarbeit fruchtet nicht (das könnte frustrieren; Kampf gegen Windmühlen)
- Nicoles Laune nimmt ab (erklärt zunächst ruhig und wertschätzend; Unterton in Antwort, dann keine Antwort mehr, sondern Rückenzudrehen)
- Bedürfnis nach Anerkennung; Bedürfnis nach Ruhe; Bedürfnis nach Sicherheit; Bedürfnis nach ...

b)

- Elke könnte die Partnerin von Nicole als solche bezeichnen („Wann kommt denn heute Ihre Frau/ Partnerin/die Mutter Ihres Kindes?“)
- Elke könnte?/sollte? versuchen, nicht nach einem Vater zu suchen
- Elke könnte andere Gefühle ansprechen (Gefühle, die andere werdende Eltern auch haben: Fragen zum Kind, Fragen zum Kinderzimmer, Aufregung, Ängste,) → also Fokus weg von der Gleichgeschlechtlichkeit

c)

- Gleichgeschlechtlichkeit steht im Fokus
- Elke ist dennoch zugewandt und liebevoll
- Elke ist im Kontakt mit Nicole nicht empathisch; sie sieht nicht die werdende Mutter, sondern eine interessante Person; sie versteht nicht, dass Nicole in ihrer Situation keine Kraft oder keine Lust hat, Elke aufzuklären

- Elkes eigene Unsicherheit (Yvonne als das benennen können, was sie ist: die Partnerin) führt dazu, dass ihr eigentliches „nettes“ Verhalten von Nicole nicht gesehen werden kann
- für Elke ist die Frage danach, wann Yvonne kommt, ein Zeichen von Zuwendung
- Elke hat keine bösen oder verletzenden Absichten; ihr fehlt das Wissen um diskriminierende Strukturen und die Fähigkeit, sich in Nicole hineinzusetzen

Situation 4

Auf einem Tagesseminar, auf dem es um die Sensibilisierung von Pflegenden gegenüber queeren (also lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*, inter* und andere vielfältige Geschlechtsidentitäten) Menschen geht, sitzt Alex.

Alex hörte sich geduldig alle Vorträge an, doch dann platzt Alex der Kragen.

„Es gibt keine spezifischen Bedarfe oder Bedürfnisse für inter* oder trans* oder sonst wen. Sie machen hier ein Seminar zur Sensibilisierung und erklären uns, was Akzeptanz der Vielfalt ist, aber eigentlich schaffen Sie nur neue Schubladen. Trans* Personen seien ja so verletztlich und hätten ihr Leben lang nur gelitten. Sie sagen, es ginge nicht nur um gleichgeschlechtlich liebende Paare, aber dann sind Ihre Beispiele voll davon. Was ist mit den Stärken von queeren Menschen? Oder den ganz ‚normalen‘ Bedürfnissen?“ Bei dem Wort „normal“, zeichnet Alex Gänsefüßchen in die Luft.

Alex atmet tief durch und fährt etwas ruhiger fort: „Ich denke, queere Menschen leben in einer miesen Gesellschaft, die sie nicht als gleichwertig wahrnimmt. Da gebe ich Ihnen Recht. Aber dann sollten Sie in Ihrem Seminar diese Personen nicht noch mehr besondern. Was sollen denn spezifische Bedarfe sein? Und wo sollen die denn herkommen?“

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was geht Ihnen bei den Worten von Alex durch den Kopf?
 - b) Was denken Sie, gibt es spezifische Bedürfnisse und somit auch spezifische Bedarfe?
 - c) Wenn ja, was können die Ursachen für diese Bedürfnisse/Bedarfe sein?
 - d) Wenn nein, denken Sie dieses Seminar ist sinnvoll oder unnötig?
- a)
 - Angriff auf die Dozent*innen/auf das Seminar
 - Alex wirkt sauer/enttäuscht
 - im ersten Moment wirkt es so, als ob Alex Vorurteile gegenüber LSBTIQ* hat („trans* seien ja so verletztlich“), aber dann wird deutlich, dass sich Alex schon länger mit dem Thema auseinandergesetzt haben muss (kritische Äußerungen zu den Fallbeispielen, Fragen nach den Stärken von queeren Personen, Hinterfragen der Inhalte)
 - b)
 - evtl. Bedürfnis nach Sicherheit, nach Ruhe
 - Bedürfnis nach ...
 - c)
 - LSBTIQ* könnten eine größere Sensibilität gegenüber allgemeinem Fehlverhalten, diskriminierenden Strukturen oder Mangelzuständen entwickelt haben; Gründe hierfür könnten das häufige Auftreten von Fehlverhalten in ihrer Umwelt sein und die vermehrten Diskriminierungserfahrungen auf Grund ihrer geschlechtlichen Identität

- Falls noch Zeit zur Bearbeitung vorhanden ist: vergleichen Sie hierzu die Situationen 1 und 2 im Kapitel 2.12.1, Anhang A: Herr Ott in der Situation 1 hat evtl. die Bedürfnisse nach Wahrung der Intimsphäre und Anerkennung als Person, während Herr Ott aus der 2. Situation evtl. sensibilisierter in Bezug auf das Verhalten der Pflegenden ist, da er hinsichtlich der Bewertung seines Körpers schlechte Erfahrungen gemacht hat → das Bedürfnis nach Sicherheit könnte hinzukommen oder ausgeprägter sein

d)

- das Seminar ist trotzdem sinnvoll, weil Wissen über Lebenswelten vermittelt wird und ein Einblick in diese Lebenswelt ermöglicht wird → das regt zum Nachdenken an

Bitte denken Sie bei all den Fallbeispielen daran, dass die möglichen Lösungsansätze oder Gedanken-
anregungen nicht zutreffend oder vollständig sein müssen; in dieser Übung geht es vor allem darum,
im Gespräch die eigene Haltung zu erfahren und einen Perspektivwechsel vorzunehmen.

2.6 Modul II.2 – Methode: „Realitäten“

Methodenname

Realitäten

Modulbereich

II.2 Demenz und LSBTIQ*

kurz erklärt

Zwei Personen begegnen sich und erzählen von sich. Beide erhielten zuvor Anweisungen zu dem, wer sie sind und was sie vorhaben. Zusätzlich erhielten sie Informationen darüber, wer ihr Gegenüber ist und was dieser machen „soll“. Die Informationen passen nicht zueinander und werden für Unmut sorgen.

Ziele

- Die Teilnehmenden erfahren einen Widerspruch zwischen ihrer Realität und der ihres Gegenübers.
- Die Teilnehmenden tauschen sich über ihre Gefühle während der Übung aus.
- Die Teilnehmenden anerkennen, dass es mehrere Realitäten gibt.

Zeit

15 min (max. 0,5 UE)

Material

- Anhang A: Spielanweisungen (es gibt vier Anweisungen zur Auswahl, die beliebig miteinander kombiniert werden können → es ergeben sich daraus sechs verschiedene Szenarien; das Szenario bestehend aus Person C und Person D sollte auf jeden Fall mindestens einmal vertreten sein; denn es verdeutlicht die unterschiedlichen Realitäten besonders gut)
- Anhang B: mögliche Fragen zur Reflexion

Teilnehmendenzahl

max. 12; sonst Trennung der großen Gruppe in zwei kleine Gruppen, um die Kleingruppenarbeit zu reflektieren

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Teilnehmenden finden sich selbstständig in Paaren (Person A und Person B) zusammen; wichtig ist, dass sie sich noch nicht so gut kennen oder gerade erst kennengelernt haben.
- Die Teilnehmenden erhalten ihre „Anweisungen“ (siehe Anhang dieser Methodenbeschreibung); sie kennen die Anweisungen ihres Gegenübers nicht.
- Kurzes Rollenspiel entsprechend der Anweisungen (max. 5 min).
- Reflexion und Austausch zu zweit über beobachtete Reaktionen (diese Reaktionen können körperlicher Art sein, z. B. Bedürfnis zu gehen, Bedürfnis, die andere Person zu berühren, schwitzen, Muskelanspannung, lachen müssen, ...; sie können auch ein Gefühl sein, z. B. Frust, Wut, Ärger, Verzweiflung, Enttäuschung, Überraschung, ...) (max. 5 min).
- Reflexion in der großen Gruppe über entstandene Reaktionen, Irritationen und Gefühle.

Darauf soll geachtet werden

Es gibt keine Auflösung darüber, welche Realität die „richtige“ sei.

Quelle

Bildnachweis: © Drevin 2019

2.6.1 Anhang A – Vorlage zum Kopieren und Ausschneiden

Person A



Sie sind Pfleger*in im Senior*innenstift Am Falkenhorst. Es ist mittlerweile Mitternacht und auf dem Gang begegnet Ihnen eine verwirrte Person. Sie möchten sie ins Zimmer begleiten, denn es ist Schlafenszeit.

Ihr Gegenüber soll Ihnen ins Zimmer folgen.

Ihr Gegenüber wird Ihnen nicht glauben und Sie davon überzeugen, dass Sie jemand anderes seien.

Person B



Sie sind Pfleger*in im Senior*innenstift Am Falkenhorst. Es ist mittags und eine Person steht vom Mittagstisch auf, ohne zu essen. Sie möchten die Person zurück an den Tisch begleiten, damit diese essen kann.

Ihr Gegenüber soll Ihnen an den Tisch folgen.

Ihr Gegenüber wird Ihnen nicht glauben und Sie davon überzeugen, dass Sie jemand anderes seien.

2.6.2 Anhang B – Fragen zur Reflexion der Szene

Wie geht es Ihnen jetzt, nach der Szene?

Was haben Sie gefühlt, als Sie feststellten, dass Ihr Gegenüber verwirrt zu sein schien?

Wie haben Sie versucht, Ihr Gegenüber von etwas anderem zu überzeugen?

Was haben Sie unternommen, um Ihr Ziel zu erreichen?

Wie ging es Ihnen damit, dass Sie nicht ernst genommen wurden?

Woran hätten Sie erkannt, dass Sie ernst oder nicht ernst genommen wurden?

2.7 Modul II.2 – Methode: „Inhalt zu Demenz und LSBTIQ*“

Methodenname

Inhalt zu Demenz und LSBTIQ*

Modulbereich

II.2 Demenz und LSBTIQ*

kurz erklärt

In einer theoretischen Einführung erhalten die Teilnehmenden Grundkenntnisse über Demenz zum Auffrischen und Vertiefen ihres bisherigen Wissens. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmenden Informationen über an Demenz erkrankte LSBTIQ*-Senior*innen und welche Besonderheiten zu beachten sind.

Ziele

- Die Teilnehmenden kennen neben medizinischen auch sozialwissenschaftliche Grundlagen zur Demenz.
- Die Teilnehmenden erlangen Wissen zur Situation von queeren demenziell veränderten Menschen.

Zeit

90 min (2 UE)

Material

- Anhang A: Inhalt zu Demenz
- Anhang B: Besonderheiten bei LSBTIQ*
- Anhang C: Fälle mit Leitfragen
- Anhang D: mögliche Handlungsoptionen/Ideen für Referent*innen

Teilnehmendenzahl

max. 18 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Einführung/Wiederholung zu Demenz geben (Inputvortrag oder interaktiver Austausch, um die Teilnehmenden zu aktivieren und vorhandenes Wissen zu reaktivieren).
- Informationen über Demenz und LSBTIQ* anschaulich und sichtbar darstellen und benennen (z. B. auf Flipchart, auf Moderationskarten; Raum nutzen).
- Die Teilnehmenden besprechen die zwei Fälle jeweils zu zweit oder zu dritt.
- Die Kursleitung begleitet die jeweiligen Gruppen mit anregenden Fragen oder Denkanstößen.

Darauf soll geachtet werden

Es gibt nicht die eine richtige Lösung, sondern verschiedene Lösungsansätze. Die Teilnehmenden werden angehalten, konstruktiv zu Lösungsansätzen zu finden, die für alle Beteiligten akzeptabel sind.

2.7.1 Anhang A – Inhalt zu Demenz

1. Definition

- Altersdemenz = Form der Alzheimer-Demenz
- Auftreten, Häufigkeit, Abgrenzung zu anderen Demenzformen (entsprechend des aktuellen Wissens- und Forschungsstandes)
- typische Symptome

2. Leben in unterschiedlichen Wirklichkeiten

- an Demenz Erkrankte sind nicht „verrückt“; ihre Sinneseindrücke haben einen realen Bezug – Bsp.: „Der Demente glaubt weder an fliegende Teppiche noch an sprechende Tiere, er mag zwar 93 anstatt der angegebenen 24 Jahre alt sein, aber er ist nicht Napoleon.“ (Hafner, M.; Meier, A. (2005), S. 69)

3. Möglichkeiten, dementen oder verwirrten sehr alten Menschen zu begegnen

- psychosoziale Interventionen (nach AWMF S3-Leitlinie „Demenzen“)
 - kognitive Stimulation
 - Reminiszenzangebote
 - ergotherapeutische Angebote zum Erhalt der Alltagsfunktionen
 - körperliche Aktivierung
 - Musik, insbesondere mit biografischem Bezug
- Validation – von Naomi Feil entwickelt (unklar, wie valide und wirksam diese Methode ist; ist in der deutschen AWMF-S3-Leitlinie nicht enthalten)
 - Gefühle anerkennen und der Person bestätigen, dass ihre Gefühle wahr sind (das Ablehnen von Gefühlen verunsichert)
 - Beispiel: Verwenden Sie insbesondere in den ersten Stadien der Demenz Fragen nach „wer“, „was“, „wo“, „wann“, „wie“ und vermeiden Sie Fragen nach „warum“ → zunächst geht es darum, Fakten zu erforschen und Gefühle zu vermeiden (es sei denn, Gefühle werden von der desorientierten Person selbst angesprochen)
 - Umformulieren: Wiederholen Sie die Kernaussage der verwirrten Person und mimen Sie Verhalten nach; verwenden Sie die Worte Ihres Gegenübers

Literaturhinweise zu Demenz	Inhalt
Zeyfang, Andrej; Hagg-Grün, Ulrich; Nikolaus, Thorsten (2013) Basiswissen. Medizin des Alterns und des alten Menschen.	Medizinische Grundlagen, Therapiemöglichkeiten, Prävalenzen, Inzidenz, weitere Demenzformen
Hafner, Manfred; Meier, Andreas (2005) Geriatri-sche Krankheitslehre. Teil I Psychiatrische und neurologische Syndrome.	Definition, Frühdiagnostik, Demenz aus Sicht der Soziologie, Betreuung
James, Jo; Cotton, Beth; Knight, Jules; Freyne, Rita; Pettit, Josh; Gilby Lucy (2019) Menschen mit Demenz im Krankenhaus versorgen. Praxisbuch zur professionellen Begleitung von Betroffenen und Angehörigen	Versucht, den Personen, die an einer Demenz erkrankt sind, individuell gerecht zu werden; Handlungsmöglichkeiten in verschiedenen Situationen werden angezeigt.
Niklewski, Günter; Nordmann, Heike; Riecke-Bik-lewski, Rose (2013) Demenz	Einstieg in die Thematik; praktische Tipps im Umgang
https://www.deutsche-alzheimer.de/	Aktuelle Informationen
AWMF-Leitlinie Demenzen	Aktueller Stand (2016) über die nachgewiesene Wirksamkeit von Behandlungsmöglichkeiten

2.7.2 Anhang B – Besonderheiten bei LSBTIQ*

Informationen von Schmidt, 2019:

Notwendige Vorbemerkungen:

- der Anteil der Personen, die sich der Gruppe der LSBTIQ* zuordnen wird auf 5–10% der Gesamtbevölkerung geschätzt (laut Dalia-Studie 7,4%, zitiert in <https://www.jetzt.de/lgbt/dalia-studie-zu-lgbt-anteil-in-der-bevoelkerung>)
- es ist davon auszugehen, dass der Anteil bei den Senior*innen in etwa gleich ist
- häufige Vorannahmen (von Pflegenden): Klient*innen seien heterosexuell und cis-geschlechtlich, verheiratet oder verwitwet, haben Kinder; kurz: es wird von einer allgemeinen Biografie ausgegangen
- fehlende Beachtung oder Achtsamkeit gegenüber Personen, die sich anders definieren oder einen anderen (also von der Mehrheit abweichenden) Lebensentwurf haben

Mögliche biografische Ereignisse:

- Versteckenmüssen der eigenen Identität (vor Eltern, Freund*innen, Kolleg*innen, Ärzt*innen, den eigenen Kindern, ...)
 - eine queere Identität konnte eventuell nicht wie gewollt ausgelebt werden
 - eine queere Identität war eventuell nur in geheimen Strukturen oder an geheimen Orten möglich
 - eventuell wurde eine Art „Doppelleben“ geführt (Heirat, Ehe und Kinder auf der einen Seite, Beziehungen, Freundschaften und Begegnungen im queeren Kontext auf der anderen)
- Verfolgung und/oder Bestrafung auf Grund der eigenen Identität
 - homosexuelle Handlungen galten als Straftatbestand und wurden geahndet
 - große Angst vor Verfolgung
- Streit mit Familie; Kontaktabbruch
 - ein Coming-out innerhalb der eigenen Familie kann zu einem Kontaktabbruch führen
 - Coming-out eventuell erst spät im eigenen Leben (da sich die Gesetze, medizinische Diagnosen und die gesellschaftliche Akzeptanz erst spät änderten), so dass eventuell ein hetero- und cisnormatives Leben mit Ehepartner*innen und Kindern aufgebaut wurde
 - Kinder und Ehepartner*innen fühlten sich eventuell betrogen
- ungelebte Sexualität
 - auf Grund der gesellschaftlichen Ächtung
- Versteckenmüssen nicht normierter Körper
 - aus Angst vor Pathologisierung, Zwangsoperationen, gesellschaftlicher Anfeindung

Diese Erfahrungen können sich in einer Demenz wie folgt äußern:

- Berichten von Personen, die niemand kennt
 - auch die Kinder/Angehörigen der dementen Person kennen diese nicht
 - der Grund kann ein mögliches Doppelleben oder die Zeit vor der Gründung der Familie sein
- Berichten von (unbekannten) Gefängnisstrafen
 - evtl. auch durch die Angst davor ausgelöst
- Pflegeeinrichtung wird als „Besserungsanstalt“ wahrgenommen
 - ausgelöst durch tatsächlich erlebte Ereignisse in der Vergangenheit oder durch die Angst davor
- Besuch einer ambulanten Pflegeperson wird misstraut
- da im Laufe des Lebens wenig fremder Besuch erhalten aus Unsicherheit vor möglichen Reaktionen
- Frauenpaar erhielt eventuell nur Frauenbesuch im Laufe des Lebens → ein männlicher Pfleger könnte bei einer demenziell veränderten Person Unbehagen auslösen; bisher unbekanntes Beziehung zwischen den Frauen könnte bekannt werden

- lebenslange unterdrückte Transgeschlechtlichkeit könnte sichtbar werden (z. B. durch das Annehmen von geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen, die unpassend wirken)
- bei beginnender Demenz Unsicherheit darüber, was angebrachtes und geschlechtsspezifisches Verhalten ist
- Ereignisse, die nicht lang zurückliegen, können eventuell vergessen werden (auch: das eigene Coming-out, die eigene Geschlechtsangleichung)
- Projektion von Genitalien auf Gegenstände; Projektion von früheren Beziehungen auf heutige z. T. fremde Personen

weitere Aspekte

- aktuelle Beziehung vergessen und in frühere Beziehung(en) bzw. deren Erinnerungen flüchten
- Unsicherheiten, da nicht mehr erinnert wird, ob und bei wem sich eine Person geoutet hat
- basale Reize wie eine Berührung sind in einer Demenz besonders wichtig; gleichzeitig Angst vor öffentlichen Berührungen wie Händchenhalten, da unklar ist, wie andere Bewohner*innen und das Personal reagieren werden
- nicht nur die eigene Identität, auch die Identitäten der unterstützenden Personen können vergessen oder unfreiwillig geoutet werden

allgemeine Aspekte in der Sprache:

- Vorannahmen vermeiden
- nicht: „Sind oder waren Sie verheiratet? Gibt es einen Ehemann, den wir verständigen können?“
- sondern: „Wer ist Ihnen besonders wichtig? Wen dürfen wir verständigen?“
- Sprache der Klient*innen übernehmen
- Begriffe, wie „Untermieterin“, „Kumpel“, „Freundin“, „Bekannte*r“ oder Ähnliche übernehmen. Selbst wenn die Beziehung bekannt ist, sind diese Bezeichnungen im Rahmen einer inkludierenden Sprache zu übernehmen. Bsp.: „Nächste Woche feiern wir wieder unser jährliches Sommerfest. Laden Sie gern Ihre Untermieterin dazu ein.“

Darauf soll geachtet werden

Dementiell veränderte Personen können die oben genannten Verhaltensweisen zeigen – unabhängig von ihrer geschlechtlichen Identität oder ihrer sexuellen Orientierung.

2.8 Modul II.2 – Methode: „Fälle mit Leitfragen“

Methodenname

Fälle mit Leitfragen

Modulbereich

II.2 Demenz und LSBTIQ*

Zusammenfassung:

Die Teilnehmenden setzen sich reflektiv und konstruktiv mit zwei Fällen auseinander. Sie tauschen sich einzeln oder in der Gruppe über ihre Gedanken und Erfahrungen dazu aus.

Ziele

- Die Teilnehmenden reflektieren das eigene Handeln.
- Die Teilnehmenden vertiefen vorhandenes Wissen.
- Die Teilnehmenden tauschen sich kollegial aus.

Zeit

45 min (1 UE)

Material:

- Anhang A: Fälle mit Leitfragen
- Anhang B: Mögliche Handlungsoptionen/Ideen für Referent*innen

Teilnehmendenzahl:

max. 18

Schritt-für-Schritt-Anleitung:

- Die Teilnehmenden erhalten zunächst Fall 1 mit den Leitfragen.
- Die Teilnehmenden lesen den Fall und bewegen sich anschließend im Raum.
- Wenn sich zwei Teilnehmende begegnen, stellen sie sich gegenseitig eine der Leitfragen und tauschen ihre Gedanken dazu aus.
- Nach ein paar Minuten gehen sie weiter und klären mit der nächsten Person eine weitere Frage.
- Nach circa 15 Minuten wird der zweite Fall ausgeteilt und die Runde beginnt von vorn.

2.8.1 Anhang A – Fälle mit Leitfragen



Situation 1

Erika Hauser packt ihre Handtasche und geht zum Ausgang. Auf dem Weg fragt sie Sie aufgeregt, wo denn ihr Mantel sei, sie müsse weg, denn die Frau käme. Als Sie nicht sofort reagieren, wird Frau Hauser ungehalten, beschimpft Sie, dass Sie sie nicht festhalten könnten und geht weiter.

Setzen Sie sich mit folgenden Fragen auseinander:

- a) Wie können Sie auf Frau Hauser reagieren, damit sie:
 1. nicht geht und
 2. nicht ungehalten reagiert?
- b) Wie ist Ihre Haltung gegenüber Frau Hauser? Was können Sie tun, damit Frau Hauser Sie nicht als Gefahr, sondern als Vertraute wahrnimmt?
- c) Welche der Informationen von Frau Hauser dokumentieren Sie? Und welche geben Sie an wen weiter?
- d) Wie kommunizieren Sie mit den Angehörigen?



Situation 2

Minna und Romana sind Bewohnerinnen des St.-Maria-Stifts und Zimmernachbarinnen. Seit Minnas Einzug ist Romana verändert. Sie geht morgens als erstes in das Zimmer von Minna und wünscht ihr einen guten Morgen. Sie sitzen zusammen am Essenstisch und abends geht Romana vor dem Schlafengehen bei Minna vorbei, wünscht ihr eine gute Nacht und küsst sie auf die Wange. Minna ist dement und freut sich jedes Mal sichtlich, wenn Romana bei ihr ist.

Die Zimmernachbarin von Minna allerdings fühlt sich gestört von Romana und dem Verhalten der beiden Frauen.

In der Teambesprechung überlegen Sie, wie Sie vorgehen können.

Setzen Sie sich mit folgenden Fragen auseinander:

- a) Was denken oder fühlen Sie bezüglich dieser Schilderung? Haben Sie ein Problem identifiziert? Wenn ja, welches?
- b) Kennen Sie ähnliche Situationen? Wie sind Sie vorgegangen?
- c) Was denken Sie darüber, mit den Angehörigen, vor allem von Minna, da diese in allen Bereichen von ihren Kindern betreut wird, zu reden? Was halten Sie für sinnvoll? Was nicht?
- d) Welche Lösungsmöglichkeiten fallen Ihnen des Weiteren ein?

2.8.2 Anhang B – mögliche Handlungsoptionen/Ideen für Referent*innen

Situation 1

Erika Hauser packt ihre Handtasche und geht zum Ausgang. Auf dem Weg fragt sie Sie aufgeregt, wo denn ihr Mantel sei, sie müsse weg, denn die Frau käme. Als Sie nicht sofort reagieren, wird Frau Hauser ungehalten, beschimpft Sie, dass Sie sie nicht festhalten könnten und geht weiter.

Setzen Sie sich mit folgenden Fragen auseinander:

- a) Wie können Sie auf Frau Hauser reagieren, damit sie
1. nicht geht und
 2. nicht ungehalten reagiert?
- b) Wie ist Ihre Haltung gegenüber Frau Hauser? Was können Sie tun, damit Frau Hauser Sie nicht als Gefahr, sondern als Vertraute wahrnimmt?
- c) Welche der Informationen von Frau Hauser dokumentieren Sie? Und welche geben Sie an wen weiter?
- d) Wie kommunizieren Sie mit den Angehörigen?

Mögliche Lösungsansätze:

- a)
- Frau Hauser erzählen, wo der Mantel hängt und gegebenenfalls begleiten → Frau Hauser in ihrer Tätigkeit wahrnehmen
 - Frau Hauser darum bitten, mehr von der Frau zu erzählen: „Ich sehe, dass Sie aufgeregt sind, Frau Hauser. Erzählen Sie mir von der Frau. Wie sieht sie aus? Was macht sie?“
 - da nicht bekannt ist, ob es sich bei der Frau um eine positive oder um eine negative Erinnerung handelt, ist es wichtig, zunächst neutrale Fragen zu stellen; wenn es sich um eine problematische Situation handelt (Frau Hauser zeigt Angst vor der Frau), dann kann gefragt werden, wer ihr helfen könnte, wenn die Frau kommt; ungünstig ist die Frage, ob real existierende Verwandte, zum Beispiel ihre Kinder ihr helfen könnten; besser ist eine offene Frage oder die Frage, ob die Pflegeperson helfen kann: „Frau Hauser, wer könnte Ihnen helfen oder für Sie da sein, wenn die Frau kommt?“ oder „Frau Hauser, möchten Sie, dass ich mit der Frau rede?“
 - Das Gefühl von Frau Hauser aufnehmen und verbalisieren: „Frau Hauser, Sie sehen besorgt aus. Sie machen sich Sorgen um diese Frau? Sie war bestimmt eine gute Freundin. Erzählen Sie mir von ihr.“
- b)
- offene Haltung, egal, was erzählt wird
 - Erzähltes nicht negieren oder berichtigen; nicht: „Nein, Frau Hauser, Sie waren doch über 50 Jahre mit Ihrem Mann verheiratet.“
 - Interesse am Erzählten zeigen: „Sie klingen erfreut über den Besuch. Erzählen Sie mir, was sie gemacht haben/was Sie gegessen haben/welche Musik Sie gehört haben/worüber sie sich unterhalten haben.“

c)

- Erzählung über eine Frau dokumentieren und dabei die Wortwahl von Frau Hauser übernehmen (Kollegin, Freundin, Nachbarin, Untermieterin); Stimmung in dem Gespräch dokumentieren (wirkte Frau Hauser glücklich über die Erzählung oder wurde sie zunehmend unruhiger und ängstlicher?)

d)

- es kann sein, dass Frau Hauser nur in Abwesenheit von Familienangehörigen von fremden Personen spricht; Familienangehörige allgemein über wichtige Personen im Leben von Frau Hauser befragen: „Können Sie uns bitte grob skizzieren, welche Personen im Leben Ihrer Mutter/Schwiegermutter/Schwester/ ... wichtig für sie waren? Sie erzählt von unterschiedlichen Menschen aus ihrem Leben und wir möchten sie beim Erinnern unterstützen. Haben Sie eventuell frühere Fotos?“, nicht: „Ihre Mutter/Schwiegermutter/Schwester/ ... erzählt immer von einer Frau, die sie treffen muss. Es scheint ein heimliches Treffen zu sein. Wissen Sie etwas darüber?“ (Gefahr des Fremdoutings)

Situation 2

Minna und Romana sind Bewohnerinnen des St.-Maria-Stifts und Zimmernachbarinnen. Seit Minnas Einzug ist Romana verändert. Sie geht morgens als erstes in das Zimmer von Minna und wünscht ihr einen guten Morgen. Sie sitzen zusammen am Essenstisch und abends geht Romana vor dem Schlafengehen bei Minna vorbei, wünscht ihr eine gute Nacht und küsst sie auf die Wange. Minna ist dement und freut sich jedes Mal sichtlich, wenn Romana bei ihr ist.

Die Zimmernachbarin von Minna allerdings fühlt sich gestört von Romana und dem Verhalten der beiden Frauen.

In der Teambesprechung überlegen Sie, wie Sie vorgehen können.

Setzen Sie sich mit folgenden Fragen auseinander:

- a) Was denken oder fühlen Sie bezüglich dieser Schilderung? Haben Sie ein Problem identifiziert? Wenn ja, welches?
- b) Kennen Sie ähnliche Situationen? Wie sind Sie vorgegangen?
- c) Was denken Sie darüber, mit den Angehörigen, vor allem von Minna, da diese in allen Bereichen von ihren Kindern betreut wird, zu reden? Was halten Sie für sinnvoll? Was nicht?
- d) Welche Lösungsmöglichkeiten fallen Ihnen des Weiteren ein?

Mögliche Lösungsansätze:

- a) mögliches Problem: Zimmernachbarin von Minna fühlt sich gestört (das Verhalten von Minna und Romana stellt für sich kein Problem dar)
- c)
 - ein Lösungsvorschlag könnte sein, Minna und Romana zusammenziehen zu lassen; allerdings bestünde dann die Gefahr des Fremdoutings gegenüber Angehörigen, da diese zustimmen müssen → ein solches Fremdouting sollte unbedingt vermieden werden
 - Angehörigen daher offene Fragen stellen: „Welchen Eindruck haben Sie von Ihrer Mutter? Fühlt sie sich wohl?“ oder „Wie hat Ihre Mutter bisher gelebt? Wie war es dort? Hat sie freundschaftliche Beziehungen zu anderen Bewohner*innen aufgebaut?“
- d)
 - Minna und Romana bleiben in ihren jeweiligen Zimmern, den Frauen ungestörten Rückzugsort ermöglichen (evtl. gibt es ein Besuchszimmer, das morgens noch nicht benötigt wird)
 - Minna in alle Entscheidungen einbeziehen und selbst bestimmen lassen
 - Freundschaft von Minna und Romana zunächst als „Freundschaft“ betiteln, da andere Bezeichnungen zu Abwehr und Rückzug führen können
 - Zimmernachbarin von Minna ebenfalls mit einbeziehen; sie fragen, welchen Raum sich Romana nehmen kann oder sie Romana geben kann und ab wann es für sie zu viel wird; sie dazu ermutigen, sich konstruktiv einzubringen

2.9 Modul II.3 – Methode: „Pflegefachliche Inhalte zu trans*“

Methodenname

Pflegefachliche Inhalte zu trans*

Modulbereich

II.3 Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext

kurz gefasst

Die Einheit zu den pflegefachlichen Inhalten zu Trans* ist eine wissensvermittelnde Lerneinheit.

Ziele

- Die Teilnehmenden definieren Transgeschlechtlichkeit.
- Die Teilnehmenden unterscheiden Trans- und Intergeschlechtlichkeit.
- Die Teilnehmenden benennen unterschiedliche Faktoren in Bezug auf trans* und Alter.
- Die Teilnehmenden kennen mögliche Erfahrungen von Pflegenden.

Zeit

45 min (1 UE)

Material

- Anhang A: pflegerelevante Informationen zu Transgeschlechtlichkeit
- Anhang B: trans* und Alter
- Anhang C: Erfahrungen von Pflegenden

Teilnehmendenzahl

unbegrenzt

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Themen aus den Anhängen werden anschaulich und für die Teilnehmenden zugänglich aufbereitet und dargestellt.
- Die Teilnehmenden erhalten einen Inputvortrag zu den oben genannten Themen.

Darauf soll geachtet werden

- Es wird empfohlen, die Aufbereitung der Themen mittels (mindestens zwei) unterschiedlicher Medien vorzunehmen.
- Die Referent*innen haben die Möglichkeit, über die festgelegten Themen weitere Inhalte einzubringen.
- Es sollte Zeit für Rückfragen oder Erklärungsbedarf eingeplant werden.

2.9.1 Anhang A – Pflegerelevante Informationen zu Transgeschlechtlichkeit

Inhalt

Definition von Transgeschlechtlichkeiten

- Frau-zu-Mann; Mann-zu-Frau; transgender, trans*, Transidentität
- vermieden werden sollte der Begriff „transsexuell“, da er ursprünglich aus dem medizinischen Kontext stammt und noch heute eine pathologisierende Komponente trägt (bislang ICD-10:F64.0 „Transsexualismus“ unter Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; seit 2019 ICD-11 „unspezifische Geschlechtsinkongruenz“ unter Bedingungen sexueller Gesundheit)
- betonen und beachten, dass es auch hier keine Zweigeschlechtlichkeit geben muss, sondern dass sich manche trans* Personen mitunter als „divers“ definieren
- körperangleichende Operationen werden nicht von allen und nicht in gleichem Umfang durchgeführt
- Hormontherapie ist bis ins Alter von Fünfzig oder Sechzig relevant; physiologische Prozesse werden künstlich imitiert und da im Alter keine oder kaum Fortpflanzungshormone im Körper zu finden sind, werden diese auch bei trans* Personen reduziert/abgesetzt/ausgeschlichen (eine weitere Gabe von Hormonen kann ein erhöhtes Risiko für hormonbedingte Erkrankungen wie Krebs bewirken)

Titel und Medium	Beschreibung des Inhalts	URL
Transmann e. V. (Internetseite)	Geben mögliche Definitionen zu Begrifflichkeiten; Übersicht über Therapiemöglichkeiten	http://transmann.de/trans-informationen/faq-allgemeine-fragen-und-antworten/
TriQ – trans inter queer e. V. (Internetseite)	Begriffsbestimmungen, Informationsmaterial für unterschiedliche Zielgruppen	http://www.transinterqueer.org/ueber-triq/begriffsklarung/
Trans* – TriQ informiert zum Thema Transgeschlechtlichkeit – Hinweise für Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen	In der Broschüre wird über die Wahl einer trans*- und gendersensiblen Sprache, über Expert*innen-tum und über Maßnahmen sensibilisiert und aufgeklärt	http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/triq_infobroschuere_medizinpsych_berufe.pdf

2.9.2 Anhang B – trans* und Alter

Informationen von Appenroth & Lottmann, 2019:

Altern Trans* anders? → psychosoziale Komponente berücksichtigen

Sozioökonomische Faktoren

- Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen bereits in der Schulzeit; sogar Verweis von der Schule
- dennoch überdurchschnittlich gute Schulabschlüsse
- Unterbeschäftigung auf dem Arbeitsmarkt, d. h. sie sind nicht entsprechend ihrer Qualifikation angestellt
- Diskriminierung und z. T. sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz; Arbeitsplatzwechsel
- wahrscheinlich geringeres Einkommen auf Grund dieser Erfahrungen

Gesundheitsfaktoren

- erhöhtes Aufkommen von Depressionen (47 % der befragten trans* Personen einer amerikanischen Studie, Frederiksen-Goldsen, 2011:26)
- erhöhtes Aufkommen von Suizidversuchen (40 %, USTS-Studie; im Vergleich: 4,5 % Suizidversuche in der Mehrheitsgesellschaft)
- ältere trans* Menschen gaben einen schlechten Gesundheitszustand an
- höhere Wahrscheinlichkeit, körperlich eingeschränkt zu sein
- Rate an übergewichtigen trans* Personen bei 40 % (im Vergleich, LSB bei 26 %) → dadurch höheres Risiko für KHK, Diabetes, Arthrose
- oben genannte Faktoren haben einen Einfluss darauf, wie gut sich ein Mensch von Stress (z. B. auch Stress durch Diskriminierung) erholen kann → Minoritätenstress
- stärkere Vernachlässigung von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen (evtl. auf Grund diskriminierender Erfahrungen im Gesundheitswesen) → Stigmatisierung durch medizinisches Personal; trans* Personen sind von Ärzt*innen und Psycholog*innen abhängig (nicht nur in Bezug auf Therapien, sondern auch wegen der Erstellung von Gutachten für rechtliche Schritte)
- nicht alle trans* Personen haben sich zu einer genitalangleichenden Operation entschieden (auf Grund möglicher Komplikationen)
- es ist für trans* Personen in einem Setting, in dem sie auf Pflege angewiesen sind, nicht immer möglich, im gewünschten Geschlecht angesprochen zu werden
- eine nicht vollständige Angleichung kann ein Grund dafür sein, dass trans* Senior*innen seltener medizinische Hilfe aufsuchen
- Angst vor Unwissenheit beim Pflegepersonal kann ebenfalls dazu führen, dass seltener pflegerische Unterstützung in Anspruch genommen wird

Familie

- seltener Kinder
- 21 % derer, die Kinder haben, gaben in einer Studie an, dass die Kinder auf Grund der Transgeschlechtlichkeit den Kontakt abgebrochen haben (James, 2016:68ff)
- Alter ist überdurchschnittlich stark von Isolation geprägt
- Gleichzeitig: nicht selten großes soziales Netzwerk

Konkrete Forderungen aus der trans*-Senior*innen-Community:

- Antidiskriminierungskultur über Leitbilder und Sichtbarkeit von LSBTIQ*
- fortlaufende Fortbildungen und Trainings
- Aufklärungskampagnen über HIV und Aids
- Sanktionen bei Fehlverhalten oder dem Verwehren von Leistungen
- Kenntnisse zu den Lebensweisen

- LSBTIQ*-Personal in den Einrichtungen
- soziale Netzwerke nutzen
- Pflegequalitätssiegel zur Qualitätssicherung
- LSBTIQ*-Verbände und -Organisationen mit einbeziehen

2.9.3 Anhang C – Erfahrungen von Pflegenden

Informationen von Drevin, 2019:

Unsicherheiten:

- mehr als die Hälfte der Pflegenden (in einer Befragung von 2013) fühlten sich nicht sicher in der Betreuung (58 % weniger und gar nicht sicher).
- Unsicherheiten gab es bei:
 - direkten Pflgehandlungen, wie der Pflege im Intimbereich,
 - der Anrede oder
 - der Zimmerwahl
- Sicherheit bieten dagegen:
 - institutionelle Absprachen (z. B. Klärung der Ansprache im Vorfeld)
 - Schulungen zu diesem Thema
 - professioneller Umgang/Fachlichkeit (persönliches Unbehagen trat hinter die Professionalität → das schuf Sicherheit)

Das „wahre“ Geschlecht:

- Pflegende, die eher wenig Kontakt zu trans* Personen hatten, definierten das Geschlecht über den ursprünglichen Körperbau
- Pflegende mit viel Kontakt zu trans* Personen und vor allem zur trans*-Community nahmen eher keine eigene Definition vor, sondern verwiesen darauf, dass jede Person ihre eigene Geschlechtlichkeit definiert

Benachteiligung von trans* Frauen:

- trans* Frauen werden von Pflegenden (unabhängig davon, ob sie viele oder eher wenig Erfahrungen mit trans* Personen aufweisen) eher als „sonderbar“ wahrgenommen
 - trans* Frauen sind daher häufiger von Diskriminierung betroffen als trans* Männer
 - im Besonderen werden das Aussehen und die Verhaltensweisen als „übertrieben“ oder „künstlich“ betitelt

Offene Haltung von Pflegenden:

- Pflegende zeigten mehrheitlich eine offene und wertschätzende Haltung
- im direkten Umgang sind sie professionell und zugewandt
- sie wünschten sich mehr Zeit für ihre Klient*innen
- dennoch rief das Thema „Transgeschlechtlichkeit“ Irritationen hervor

Handlungsempfehlungen für Pflegende:

- Bildungsangebote wahrnehmen
- Vernetzung mit lokalen Trans*-Vereinen
- regelmäßige Fallbesprechungen, um die eigene Handlungspraxis zu reflektieren und gemeinsam nach Handlungsmöglichkeiten zu suchen
- offener Umgang der Einrichtung mit Diversität
 - Regenbogensiegel eventuell nicht immer möglich und auch nicht immer notwendig; eine Nennung unterschiedlicher willkommener Diversitätsaspekte im Leitbild oder in einem Willkommensbrief kann Türen öffnen

2.10 Modul II.3 – Methode: „Leitlinie kennenlernen“

Methodenname

Leitlinie kennenlernen

Modulbereich

II.3 Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext

kurz gefasst

Pflegende setzen sich mit den wesentlichen Inhalten der S2k-Leitlinie „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ auseinander und übertragen die Kernaussagen auf ihr pflegerisches Arbeitsfeld. (Dieses Modul ist angelehnt an das Modul B des Curriculums zur qualifizierten Beratung von intergeschlechtlichen Menschen und deren Familien, herausgegeben durch den Verein Intergeschlechtliche Menschen e.V.)

Ziele

- Die Teilnehmenden kennen den Aufbau der Leitlinie und ihren bindenden Charakter.
- Die Teilnehmenden kennen unterschiedliche Begriffe für Intergeschlechtlichkeit.
- Die Teilnehmenden unterscheiden medizinische Notwendigkeiten und benennen Schwerpunkte für ihr eigenes Handlungsfeld.

Zeit

90 min (2 UE)

Material

- S2k-Leitlinie „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ – Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-001l_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf)
- Anhang A: Aufgabenstellungen

Teilnehmendenzahl

max. 16 Personen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Leitlinie wird den Teilnehmenden in ausgedruckter Form zur Verfügung gestellt.
- Die Teilnehmenden finden sich in Kleingruppen (3–4 Personen) zusammen.
- Die Teilnehmenden erhalten jeweils einen Arbeitsauftrag.
- Die Teilnehmenden erstellen entsprechend ihres Arbeitsauftrags ein Plakat (30 Minuten).
- Die Plakate werden vorgestellt und gemeinsam diskutiert (60 Minuten).

2.10.1 Anhang A – Arbeitsaufträge

Gruppe 1:

Lesen Sie die Präambel und stellen Sie die wesentlichen Inhalte auf einem Plakat dar. Stellen Sie dabei den Unterschied zwischen der Optimal Gender Policy und der Full Consent Policy dar.

Gruppe 2:

Für inter* gibt es viele Begriffe. Lesen Sie die Begriffsbestimmungen (S. 5) mit der dazugehörigen Tabelle und stellen Sie auf einem Plakat dar, mit welchen möglichen „Diagnosen“ eine inter* Person Ihnen in Ihrem Arbeitsfeld begegnen könnte. Stellen Sie heraus, was das für Sie konkret bedeutet.

Gruppe 3:

Die Leitlinie richtet sich vorrangig an Verfahren in frühen Lebensphasen eines Menschen. Heute pflegebedürftige inter* Personen haben häufig Operationserfahrungen, zu denen sie nicht zugestimmt haben. Lesen Sie dazu die Empfehlung 33 mit den entsprechenden Erläuterungen und stellen Sie diese auf einem Plakat dar. Gehen Sie insbesondere darauf ein, was das für Ihr berufliches Handeln bedeutet.

Gruppe 4:

Lesen Sie das Statement der Patient*innenvertretung durch den Verein intergeschlechtliche Menschen (in der Leitlinie noch intergeschlechtliche Menschen) e.V. und den verschiedenen Selbsthilfegruppen. Fassen Sie die Kernpunkte auf einem Plakat zusammen und stellen Sie heraus, wie Sie die Leitlinie bewerten.

Gruppe 5:

Lesen Sie das Statement der AGS-Eltern- und Patienteninitiative. Fassen Sie die Kernpunkte auf einem Plakat zusammen und stellen Sie heraus, wie Sie die Leitlinie und den aktuellen Diskurs um Gendervielfalt bewerten.

2.11 Modul II.3 – Methode: „Erfahrungen von Inter* würdigen“

Methodenname

Erfahrungen von Inter* würdigen

Modulbereich

II.3 Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext

kurz erklärt

Pflegende setzen sich mit den Erfahrungen von Inter* in Bezug auf normierende Operationen auseinander

Ziele

- Die Teilnehmenden kennen Folgen von normierenden Operationen.
- Die Teilnehmenden kennen den Unterschied zwischen feminisierenden und maskulinisierenden Operationen.
- Die Teilnehmenden anerkennen, dass ein Großteil der durchgeführten Operationen aus kosmetischen Gründen vorgenommen wird.
- Die Teilnehmenden setzen sich mit Erfahrungsberichten von inter* Personen auseinander.

Zeit

45 min (1 UE)

Material

Broschüre „Medizinische Eingriffe an Inter* und deren Folgen. Fakten und Erfahrungen“

(http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/eingriffe_broschuere_inter_2016_sm.pdf)

Anhang A: Reflexionsfragen für den Erfahrungsbericht

Anhang B: Hintergrundinformationen für Referent*innen

Teilnehmendenzahl

max. 16

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die frei im Netz verfügbare Broschüre wird angefordert oder ausgedruckt.
- Die Teilnehmenden finden sich in Paaren zusammen.
- Jedes Paar erhält einen Erfahrungsbericht aus der Broschüre zur Bearbeitung.
- Folgende Fragen sollen geklärt werden:
 - Was wurde bei der Person durchgeführt?
 - Was löst der Bericht in Ihnen aus?
 - Handelt es sich um eine feminisierende oder um eine maskulinisierende Operation?
 - Was wünscht sich die Person? Oder was hätte sie sich gewünscht?
 - Wie hätten die Eltern und Ärzt*innen anders handeln können?
- Im Anschluss kommen alle Teilnehmenden zusammen.
 - Einzelne Erfahrungsberichte werden der gesamten Gruppe vorgestellt.
 - Offene Fragen werden geklärt.

Darauf soll geachtet werden

Es handelt sich um Erfahrungsberichte. Versuche, den Personen bestimmte Erfahrungen abzusprechen, sollten durch die Moderation (Kursleitung) unterbunden werden. Es sollen die Erfahrungen und die Gefühle, die diese auslösen, im Mittelpunkt stehen.

2.11.1 Anhang A – Reflexionsfragen für die Erfahrungsberichte

- Was wurde bei der Person durchgeführt?
- Was löst der Bericht in Ihnen aus?
- Handelt es sich um eine feminisierende oder um eine maskulinisierende Operation?
- Was wünscht sich die Person? Oder was hätte sie sich gewünscht?
- Wie hätten die Eltern und Ärzt*innen anders handeln können?

2.11.2 Anhang B – Hintergrundinformationen für Referent*innen

1. Was das Geschlecht eines Menschen bestimmt

Das Geschlecht findet auf mehreren Ebenen statt:

- Chromosomen: XX gilt als weiblich, XY gilt als männlich
 - Hormone: überwiegend Östrogen und Progesteron gelten als weiblich, überwiegend Testosteron gilt als männlich
 - Keimdrüsen: Eierstöcke gelten als weiblich, Hoden gelten als männlich
 - Genitalien: Vulva und Vagina gelten als weiblich, Penis gilt als männlich
- Ausprägungen sind sehr unterschiedlich; z. B. phänotypisch „weiblich“, genotypisch xy
- die oben aufgelisteten Aspekte können in verschiedenen Variationen vorkommen; wichtig ist es, von Variationen statt von Abweichungen, Syndromen, Fehlbildungen oder Ähnlichem zu sprechen
- weiterführende Informationen siehe folgende Literaturquellen

Titel und Medium	Beschreibung des Inhalts	URL/bibliografische Angaben
Genderdings.de zum Thema Intergeschlechtlichkeit (Internetseite)	Die Internetseite beinhaltet grundlegende Erklärungen in einfacher Sprache dazu, was Intergeschlechtlichkeit ist.	https://genderdings.de/koerper/intergeschlechtlichkeit/
Leben zwischen den Geschlechtern – Intersexualität: Erfahrungen in einem Tabu-Bereich (Sachbuch)	Angabe der Verlagsseite: „Ulla Fröhling lernte viele Intersexuelle kennen, die von ihrem Leben [...] und dem wachsenden Selbstbewusstsein der Intersex-Bewegung berichten. [...] Interviews mit Mediziner*innen, Sexualwissenschaftler*innen, Therapeuten, Informationen über Genetik [...] ergänzen dieses erste deutsche Sachbuch zum Thema.“	https://www.christoph-links-verlag.de/index.cfm?view=3&titel_nr=290 Ulla Fröhling. Leben zwischen den Geschlechtern – Intersexualität: Erfahrungen in einem Tabu-Bereich. Ch. Links Verlag 2003
Intersexualität – Menschen zwischen den Geschlechtern. (Sachbuch)	Angabe durch den Verlag: „Claudia Lang erkundet in diesem Buch die Lebenswelt der Intersexuellen. Sie stellt die vielfältigen Sichtweisen auf das Phänomen von Betroffenen, Eltern, Mediziner*innen, Psycholog*innen und Jurist*innen vor und verknüpft ihre Beobachtungen mit aktuellen Geschlechtertheorien sowie mit Geschlechtermodellen fremder Kulturen.“	https://www.perlentaucher.de/buch/claudia-lang/intersexualitaet.html Claudia Lang. Intersexualität – Menschen zwischen den Geschlechtern. Campus Verlag 2006
Zwitter beim Namen nennen (Sachbuch)	Angaben vom Verlag: „Der Verhandlung von Intersexualität im medizinisch-psychologischen Diskurs stellt Kathrin Zehnder den medizinkritischen Gegendiskurs gegenüber, der vor allem die frühe Zuweisung zu einem Geschlecht und die Pathologisierung von Intersexualität kritisiert.“	https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-1398-8/zwitter-beim-namen-nennen/ Kathrin Zehnder. Zwitter beim Namen nennen. Transcript-Verlag 2010

Titel und Medium	Beschreibung des Inhalts	URL/bibliografische Angaben
XXOXY ungelöst (Sachbuch)	Angaben durch den Verlag: „Ulrike Klöppel untersucht diese Zusammenhänge [Gender im Kontext von Inter*] anhand der – bislang noch kaum untersuchten – medizinischen Literatur des deutschsprachigen Raums vom 18. Jahrhundert bis in die Gegenwart.“	https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-1343-8/xxOxy-ungeloest/ Ulrike Klöppel. XXOXY ungelöst – Eine historische Studie. Transcript-Verlag 2010
Geschlecht als Gabe und Aufgabe, Inter*aus theologischer Perspektive (Sachbuch)	Angaben vom Verlag: „Ausgehend von medizinisch-biologischen sowie sozialen Aspekten von Intersex wirft Conrad Krannich grundlegende Fragen für die theologische Anthropologie und Ethik auf. Mithilfe klassisch-theologischer Denkfiguren legt er den Konstruktionscharakter der geschaffenen Wirklichkeit offen und ermöglicht so ein Verständnis für die Ambivalenz und Mehrdeutigkeit sexueller Identität.“	https://www.psychosozial-verlag.de/2544 Conrad Krannich. Geschlecht als Gabe und Aufgabe, Inter* aus theologischer Perspektive. Psychosozial-Verlag 2016
Hexenblut – ein Leben im Comic (Graphic Novel, Autobiografie)	Angaben vom Verlag: „Suskas Lötzerich erzählt in seiner autobiografischen Graphic Novel humorvoll, offen und ohne Umschweife von seiner wilden Jugend als Punk, den Verletzungen, die das Leben einem Menschen wie ihm zufügen kann, und vor allem von seiner Suche nach sexueller Identität. Ein Comic, schnell und rau wie ein Punksong.“	https://www.luftschacht.com/produkt/suskas-loetzerich-hexenblut/ Suskas Lötzerich. Hexenblut – ein Leben im Comic. Luftschacht Verlag 2014
Intergeschlechtlichkeit – Impulse für die Beratung (Sachbuch)	Angaben durch den Verlag: „Mithilfe der Analyse von Selbstdarstellungen und Expert*innen-Interviews werden im vorliegenden Buch konkrete Impulse und Handlungsempfehlungen für eine inter*-spezifische Beratungspraxis erarbeitet.“	https://www.psychosozial-verlag.de/2493 Manuela Tillmanns. Intergeschlechtlichkeit – Impulse für die Beratung. Psychosozial Verlag 2015
Zwischen Tabu und Skandal. Hermaphroditen von der Antike bis heute. (Sachbuch)	Beschreibung durch Amazon: „In diesem Buch werden die wichtigsten historischen Entwicklungen rund um den Hermaphroditismus in der westlichen Welt im medizinischen, juristischen und sozialen Kontext dargestellt – geprägt von spannungsgeladenen Gegensätzen zwischen Mystifizierung und dem Bemühen um sachliche Einordnung, zwischen Faszination und Ablehnung, zwischen Tabu und Skandal.“	Erika Nussberger. Zwischen Tabu und Skandal. Hermaphroditen von der Antike bis heute. Böhlau Verlag 2014

Titel und Medium	Beschreibung des Inhalts	URL/bibliografische Angaben
Intersexualität kontrovers – ,Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. (Sachbuch)	Angaben vom Verlag: „Der vorliegende Band versammelt aktuelles Grundlagenwissen für ein vertieftes Verständnis des tabuisierten Phänomens und seiner verschiedenen Erscheinungsformen. Internationale Wissenschaftler, Praktiker und Experten geben in trans- und interdisziplinären Beiträgen einen differenzierten Einblick in die kontroversen Positionen im medizinischen, psychosozialen und gesellschaftlichen Umgang mit Intersexualität.“	https://www.psychosozial-verlag.de/2188 Schweizer/Richter-Appelt (Hg). Intersexualität kontrovers – Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Psychosozial Verlag 2012
Medizinische Eingriffe an Inter* und die Folgen: Fakten und Erfahrungsberichte (Broschüre zum Download)	Die Broschüre enthält Zitate von Inter* Personen und von Eltern intergeschlechtlicher Kinder.	http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/eingriffe_broschuere_inter_2016_sm.pdf
Inter* und Sprache – Von „angeboren“ bis „Zwitter“ (Broschüre zum Download)	Es bietet eine Auswahl inter* relevanter Begriffe, mit kritischen Anmerkungen vom TrIQ-Projekt „Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*“. Die Handreichung bietet Erklärungen, warum manche Begriffe verletzend oder unpassend sind und bietet Handlungsalternativen.	http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache_A_Z.pdf
Das bedeutet Intergeschlechtlichkeit! Auf Klo (YouTube-Video)	Audrey erzählt über ihre Erfahrungen bezüglich ihrer Intergeschlechtlichkeit; Erläuterung dazu, was Intergeschlechtlichkeit ist	https://www.youtube.com/watch?v=7Fbc376gcVs

2. Vielfalt von Geschlecht

- unsere Gesellschaft ist dichotom, also zweiteilig geprägt; weiblich – männlich
- ebenso ist die dominierende Meinung, dass es eine Kausalität zwischen dem biologischen Geschlecht, dem empfundenen Geschlecht, der Geschlechterrolle und der sexuellen Orientierung zu geben scheint → dem gegenüber gibt es die Meinung unterschiedlicher Forscher*innen, dass es keinen kausalen Zusammenhang dieser Ebenen von Geschlechtlichkeit gäbe und damit auch keine dichotome Geschlechterverteilung
- seit dem 08.11.2017 gibt es die Möglichkeit eines dritten Geschlechtseintrags: „divers“
- Voraussetzungen für diesen Geschlechtseintrag:
 - Ärzt*innen müssen eine Intergeschlechtlichkeit diagnostizieren; das führt 1. dazu, dass intergeschlechtliche Personen nach wie vor pathologisiert werden und 2., dass Personen ihren Geschlechtseintrag nicht selbst bestimmen können
- Wie divers sind die anderen beiden Kategorien?
 - Dass nicht alle „Frauen“ gleich sind, ist wohl unumstritten, trotzdem gibt es nur eine „Schublade“ für sie, in die dann alle hineinpassen müssen; gleiches gilt für „Männer“ → Diskussionsgrundlage

Titel der Broschüre/ Information	Beschreibung des Inhalts	URL
Juristische Zusammenfassung und knappe Erläuterung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10.10.2017–1 BvR 2019/16 (Internetseite http://dritte-option.de)	Juristische Zusammenfassung zur Dritten Option und darüber, welche Auswirkungen dies auf inter* Personen hat, über die Selbstbestimmung der Menschen über „Anwender*innen“	http://dritte-option.de/juristische-zusammenfassung-und-knappe-erlaeuterung-der-entscheidung-des-bundesverfassungsgerichts-vom-10-10-2017-1-bvr-201916/
Geschlecht – Wider die Natürlichkeit (Sachbuch)	Angaben durch den Verlag: „Voß bereitet aktuelle Ergebnisse der Biologie anschaulich auf und zeigt, wie selbst sie in Richtung vieler Geschlechter weisen. Indem er an Gedanken der Entwicklung anknüpft, rückt er den Menschen selbst in den Mittelpunkt, wo bisher die Kategorie und Institution „Geschlecht“ fetischisiert wurden. Von hier aus ergeben sich gesellschaftskritische Forderungen im Anschluss an Karl Marx.“	Heinz-Jürgen Voß. Geschlecht – Wider die Natürlichkeit. Schmetterling-Verlag 2011
Normierte Kinder – Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz (Sachbuch)	Angaben durch den Verlag: „Die konventionelle Annahme einer Zweigeschlechtlichkeit führt dazu, dass Kindern geschlechterrollentypisches Verhalten beigebracht wird, um ihre Geschlechtsidentität herauszubilden. Die Beiträge gehen den Gründen für diese Vorgehensweise nach und eröffnen die Diskussion über die Kluft zwischen den geltenden Normvorstellungen und der Pluralität unterschiedlicher Lebensentwürfe. Sie zeigen den Weg auf zu einer Kultur des Respekts und der gegenseitigen Anerkennung.“	https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-2417-5/normierte-kinder/ Schneider/Baltes-Löhr (Hg.) – Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. Transcript-Verlag 2014

2.11.3 Anhang C – Merkblatt für den pflegerischen Alltag

In Ihrem beruflichen Alltag werden Ihnen intergeschlechtliche Menschen begegnen, von denen Sie evtl. eine der folgenden Diagnosen (Disorder of sexual development (= DSD); dt.: Störungen der Geschlechtsentwicklung) in der Krankengeschichte oder der Biografie lesen werden.

Einteilung entsprechend der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (2012):

DSD bei angeborener atypischer Ausprägung der Gonaden	
<ul style="list-style-type: none"> • es besteht eine echte Zwischengeschlechtlichkeit • Störungen finden in der Embryonalentwicklung statt • oft sind es Mutationen in den Entwicklungsgenen, die eine atypische Ausprägung in den Gonaden verursachen 	<ul style="list-style-type: none"> • Turner-Syndrom • Klinefelter-Syndrom • Gonadendysgenese • Swyer-Syndrom • Müller-Gang-Persistenz-Syndrom • Ovotestikuläre DSD (früher „Echter Hermaphroditismus“ genannt)
DSD aufgrund einer Androgenunterfunktion	
<ul style="list-style-type: none"> • anatomisches Erscheinungsbild wird sekundär durch eine hormonelle Störung erzeugt • betrifft die inneren Geschlechtsorgane; XY-Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Leydig-Zell-Agenisie oder -hypoplasie • Steroid-5-alpha-Reduktase-Mangel • 17-beta-Hydroxysteroid-Dehydrogenase-Mangel • Androgensensitivität <ul style="list-style-type: none"> • CAIS (Androgenwirkung ist komplett blockiert) • PAIS (Androgenwirkung ist nicht komplett blockiert)
DSD aufgrund einer Androgenüberfunktion	
<ul style="list-style-type: none"> • anatomisches Erscheinungsbild wird sekundär durch eine hormonelle Störung erzeugt • betrifft überwiegend die äußeren Genitalien; XX-AGS-Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Androgenitales Syndrom (AGS); häufig (1:10.000 Geburten)

Pflegeauftrag:

- Wissen über „normalisierende“ OP im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter einholen
- Folgen normalisierender Operationen kennen (siehe hierzu Übung „Erfahrungen von Inter*würdigen“)
- Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum (entsprechend Empfehlung 33 der S2K-Leitlinie)
- Konsultieren von Spezialist*innen (z. B. Urolog*innen) zur Durchführung urogenitaler Eingriffe (z. B. Legen eines Blasendauerkatheters)

2.12 Modul II.3 – Methode: „Stille Gedankenflüge“

Methodenname

Stille Gedankenflüge

Modulbereich

II.3 Inter- und Transgeschlechtlichkeit im Pflegekontext

kurz erklärt

Es findet eine stille Diskussion statt. Dazu erhalten alle Teilnehmenden das nachfolgende Fallbeispiel mit ausgewählten Fragen, die ihnen helfen sollen, sich mit dem Text auseinander zu setzen. Die anschließende Diskussion findet schriftlich, also im Stillen statt.

Ziele

- Die Teilnehmenden wenden bisher Gelerntes über LSBTIQ*-Lebenswelten, Diskriminierungserfahrungen und Pflegefachliches an.
- Die Teilnehmenden überprüfen ihr erworbenes Wissen in der Diskussion.
- Die Teilnehmenden lernen durch Handlungssituationen verschiedene Perspektiven kennen.
- Die Teilnehmenden entwickeln eine Meinung und äußern diese.
- Die Teilnehmenden gehen kritisch mit den Inhalten der Texte und ihrer Haltung dazu um.
- Die Teilnehmenden reagieren auf die Meinung anderer.

Zeit

45 Minuten (1 UE)

Material

- Anhang A: Handlungssituationen und Leitfragen für die Teilnehmenden
- Anhang B: Handlungssituationen und Denkanstöße bzw. Auswahl der Lösungsansätze für Referent*innen

Teilnehmendenzahl

max. 15; sonst Trennung der großen Gruppe in zwei kleine Gruppen, um eine produktive Diskussion zu ermöglichen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

- Die Teilnehmenden lesen den Text „Situation 1“ für sich.
- Die Teilnehmenden schreiben ihre Gedanken/Erfahrungen dazu auf Moderationskarten einer bestimmten Farbe.
- Die Karten werden an eine Wand gepinnt oder auf dem Boden verteilt.
- Die Teilnehmenden lesen die Karten und erhalten die Möglichkeit, mit Moderationskarten einer anderen Farbe auf einzelne Äußerungen zu reagieren.
- Die Teilnehmenden lesen den zweiten Text „Situation 2“.
- Wieder schreiben die Teilnehmenden ihre Gedanken auf Karten; wieder werden diese für alle sichtbar verteilt und wieder erhalten alle die Möglichkeit, eigene Gedanken mit einer weiteren Moderationskarte zu ergänzen.

Darauf soll geachtet werden

- Der Gedankenaustausch bleibt still. Es wird im Anschluss kein geleitetes Gespräch über die Inhalte der Moderationskarten geben.
- Sollten Inhalte diskriminierend oder diffamierend sein, so wird dies durch die Referent*innen angesprochen. Die Methode wird dazu kurzzeitig unterbrochen.

2.12.1 Anhang A – Fallbeispiel zur Diskussion

Situation 1

„Das geht so nicht. Das ist unmöglich. Ich erkenn da nix.“ Mit diesen Worten verlässt der Pfleger Herr Thoma das Zimmer von Hermann Ott.

Hermann Ott ist 65 Jahre alt und wegen einer langjährigen Depression nicht mehr in der Lage, sein Leben selbstständig zu bewältigen. Seit sechs Monaten wohnt er im Senior*innenstift Am Bach, in dem er sich recht wohl fühlt.

Herr Ott trinkt seit einigen Tagen schlecht und hat aufgrund von früheren Operationen eine Harninkontinenz, die er bislang selbstständig versorgte. Sein Allgemeinzustand hat sich in den letzten Tagen allerdings verschlechtert, so dass das Betreuungsteam entschied, ihm vorübergehend einen Blasenverweilkatheter zu legen.

Nun kommt Herr Thoma mit seiner Kollegin Frau Thiele ins Zimmer. „Also ich hab's Dir ja gerade schon erklärt. Es ist unmöglich bei ihm einen Katheter zu legen. Ich weiß nicht, ob da im Inneren irgendwo noch ein Knick oder eine Verengung ist. Vielleicht hast Du mehr Glück oder ein besseres Gefühl dafür.“

Herr Ott zieht die Decke über seinen Körper und ruft „Verschwinden Sie. Lassen Sie mich in Ruhe.“

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was denken Sie über die Reaktion von Herrn Ott? Was könnten aus Ihrer Sicht Gründe dafür sein?
- b) Was denken Sie über das Verhalten der Pflegenden? Welche Handlungen oder Äußerungen sind für Sie nachvollziehbar? Welche nicht?

Situation 2

„Das geht so nicht. Das ist unmöglich. Ich erkenn da nix.“ Mit diesen Worten verlässt der Pfleger Herr Thoma das Zimmer von Hermann Ott.

Hermann Ott ist 65 Jahre alt und wegen einer langjährigen Depression nicht mehr in der Lage, sein Leben selbstständig zu bewältigen. Seit sechs Monaten wohnt er im Senior*innenstift Am Bach, in dem er sich recht wohl fühlt.

Zur Vorgeschichte:

Herr Ott wurde in seiner Kindheit wegen einer „Fehlbildung seiner Genitalien“ mehrfach operiert. Heute weiß er, dass er intersexuell ist. In seiner Kindheit haben ihn – auf Anraten des damaligen ärztlichen Teams – seine Eltern als Mädchen erzogen. In seiner Jugend litt Herr Ott unter seinem großen Körperbau. Er begann früh zu trinken und rebellierte gegen seine Eltern. Im Alter von vierzig Jahren, also in den 1990er-Jahren, las Herr Ott einen Artikel über Kinder, die mit „uneindeutigen“ Geschlechtsmerkmalen auf die Welt kamen und die im frühen Kindesalter zwangsoperiert wurden. Seitdem hat sich vieles in seinem Leben zum Positiven verändert. Er lebte fortan das Leben als Mann, das ihm bis dahin verwehrt schien. Dank einer langjährigen Partner*innenschaft hielt er wiederkehrende unangenehme Fragen und Untersuchungen bei Ärzt*innen und Behörden aus.

Herr Ott trinkt seit einigen Tagen schlecht und hat aufgrund von früheren Operationen eine Harninkontinenz, die er bislang selbstständig versorgte. Sein Allgemeinzustand hat sich in den letzten Tagen allerdings verschlechtert, so dass das Betreuungsteam entschied, ihm vorübergehend einen Blasenverweilkatheter zu legen.

Nun kommt Herr Thoma mit seiner Kollegin Frau Thiele ins Zimmer. „Also ich hab's Dir ja gerade schon erklärt. Es ist unmöglich bei ihm einen Katheter zu legen. Ich weiß nicht, ob da im Inneren irgendwo noch ein Knick oder eine Verengung ist. Vielleicht hast Du mehr Glück oder ein besseres Gefühl dafür.“

Herr Ott zieht die Decke über seinen Körper und ruft „Verschwinden Sie. Lassen Sie mich in Ruhe.“

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was hat sich für Sie verändert im Vergleich zur Situation 1?
- b) Welche Gründe für das Verhalten von Herrn Ott identifizieren Sie nun?
- c) Was denken Sie, könnte Herrn Ott helfen, sich wohler zu fühlen?
- d) Sind die Hintergrundinformationen für Sie relevant? Wenn ja, warum?
- e) Welchen Bedarf äußert Herr Ott? Welches Bedürfnis liegt dem zugrunde? Was glauben Sie, warum äußert Herr Ott dieses Bedürfnis?

2.12.2 Anhang B – Handlungssituationen und Denkanstöße bzw. Auswahl der Lösungsansätze für Referent*innen

Situation 1

„Das geht so nicht. Das ist unmöglich. Ich erkenn da nix.“ Mit diesen Worten verlässt der Pfleger Herr Thoma das Zimmer von Hermann Ott.

Hermann Ott ist 65 Jahre alt und wegen einer langjährigen Depression nicht mehr in der Lage, sein Leben selbstständig zu bewältigen. Seit sechs Monaten wohnt er im Senior*innenstift Am Bach, in dem er sich recht wohl fühlt.

Herr Ott trinkt seit einigen Tagen schlecht und hat aufgrund von früheren Operationen eine Harninkontinenz, die er bislang selbstständig versorgte. Sein Allgemeinzustand hat sich in den letzten Tagen allerdings verschlechtert, so dass das Betreuungsteam entschied, ihm vorübergehend einen Blasenverweilkatheter zu legen.

Nun kommt Herr Thoma mit seiner Kollegin Frau Thiele ins Zimmer. „Also ich hab's Dir ja gerade schon erklärt. Es ist unmöglich bei ihm einen Katheter zu legen. Ich weiß nicht, ob da im Inneren irgendwo noch ein Knick oder eine Verengung ist. Vielleicht hast Du mehr Glück oder ein besseres Gefühl dafür.“

Herr Ott zieht die Decke über seinen Körper und ruft „Verschwinden Sie. Lassen Sie mich in Ruhe!“

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- a) Was denken Sie über die Reaktion von Herrn Ott? Was könnten aus Ihrer Sicht Gründe dafür sein?
 b) Was denken Sie über das Verhalten der Pflegenden? Welche Handlungen oder Äußerungen sind für Sie nachvollziehbar? Welche nicht?

a)

Gründe:

- mit Herrn Ott wird nicht gesprochen; es wird über und evtl. über ihn hinweg gesprochen
- Herr Ott wird nicht in die Pflegehandlung mit einbezogen

b)

- Herr Thoma wirkt angespannt/genervt/gestresst
- fehlende Kommunikation von Herrn Thoma führt zu einer Abwehrhaltung von Herrn Ott
- nachvollziehbar:
 - Herr Thoma holt Hilfe
 - Herr Thoma sucht nach Gründen, warum er es nicht schafft, einen Katheter zu legen
- nicht nachvollziehbar:
 - Herr Thoma spricht nicht mit Herrn Ott
 - Herr Thoma bezieht Herrn Ott nicht mit ein; Expertise über den eigenen Körper wird nicht eingeholt

Situation 2

„Das geht so nicht. Das ist unmöglich. Ich erkenn da nix.“ Mit diesen Worten verlässt der Pfleger Herr Thoma das Zimmer von Hermann Ott.

Hermann Ott ist 65 Jahre alt und wegen einer langjährigen Depression nicht mehr in der Lage, sein Leben selbstständig zu bewältigen. Seit sechs Monaten wohnt er im Senior*innenstift Am Bach, in dem er sich recht wohl fühlt.

Zur Vorgeschichte:

Herr Ott wurde in seiner Kindheit wegen einer „Fehlbildung seiner Genitalien“ mehrfach operiert. Heute weiß er, dass er intersexuell ist. In seiner Kindheit haben ihn – auf Anraten des damaligen ärztlichen Teams – seine Eltern als Mädchen erzogen. In seiner Jugend litt Herr Ott unter seinem großen Körperbau. Er begann früh zu trinken und rebellierte gegen seine Eltern. Im Alter von vierzig Jahren, also in den 1990er-Jahren, las Herr Ott einen Artikel über Kinder, die mit „uneindeutigen“ Geschlechtsmerkmalen auf die Welt kamen und die im frühen Kindesalter zwangsoperiert wurden. Seitdem hat sich vieles in seinem Leben zum Positiven verändert. Er lebte fortan das Leben als Mann, das ihm bis dahin verwehrt schien. Dank einer langjährigen Partner*innenschaft hielt er wiederkehrende unangenehme Fragen und Untersuchungen bei Ärzt*innen und Behörden aus.

Herr Ott trinkt seit einigen Tagen schlecht und hat aufgrund von früheren Operationen eine Harninkontinenz, die er bislang selbstständig versorgte. Sein Allgemeinzustand hat sich in den letzten Tagen allerdings verschlechtert, so dass das Betreuungsteam entschied, ihm vorübergehend einen Blasenverweilkatheter zu legen.

Nun kommt Herr Thoma mit seiner Kollegin Frau Thiele ins Zimmer. „Also ich hab's Dir ja gerade schon erklärt. Es ist unmöglich bei ihm einen Katheter zu legen. Ich weiß nicht, ob da im Inneren irgendwo noch ein Knick oder eine Verengung ist. Vielleicht hast Du mehr Glück oder ein besseres Gefühl dafür.“

Herr Ott zieht die Decke über seinen Körper und ruft „Verschwinden Sie. Lassen Sie mich in Ruhe.“

Diskutieren Sie gemeinsam folgende Fragen:

- Was hat sich für Sie verändert im Vergleich zur Situation 1?
- Welche Gründe für das Verhalten von Herrn Ott identifizieren Sie nun?
- Was denken Sie, könnte Herrn Ott helfen, sich wohler zu fühlen?
- Sind die Hintergrundinformationen für Sie relevant? Wenn ja, warum?
- Welchen Bedarf äußert Herr Ott? Welches Bedürfnis liegt dem zugrunde? Was glauben Sie, warum äußert Herr Ott dieses Bedürfnis?

a)

- Hintergrundinformation zur Transgeschlechtlichkeit nun vorhanden
- Hintergrundinformationen zu möglichen früheren negativen Erfahrungen vorhanden

b)

- negative Erfahrungen in der Vergangenheit
- Gefühl der Stigmatisierung gegeben

c)

- in die Pflegehandlung einbeziehen
- Expertise und Wohlbefinden erfragen
- eigenes Nichtkönnen kommunizieren

d)

ja:

- Wissen über frühere negative Erfahrungen relevant, um das Verhalten zu verstehen
- mögliche Stigmatisierung verstehen

nein:

- Kommunikation und Einfühlungsvermögen (hier: unangenehme, intime Situation) sind immer relevant, unabhängig von der Vorgeschichte
- Legen eines Blasenkatheters ist intim; es gibt viele Gründe für eine Abwehrhaltung

e)

Bedürfnis	Bedarf
Anerkennen seines Körpers Anerkennen seiner Person	respektvoller Umgang; Einbeziehen in die Pflegehandlung
Sicherheit (kein Ausgeliefertsein)	Aufklärung über jeden Schritt; Kommunizieren
Ruhe, Alleinsein	Rückzugsmöglichkeit
Selbstbestimmung	eigenes Zimmer, aus dem er Personen verweisen kann

– da die Bedürfnisse nach Anerkennung und Sicherheit nicht befriedigt wurden, entstehen die Bedürfnisse nach Ruhe und Selbstbestimmung, die Herr Ott mit seinem Verhalten zu befriedigen weiß

2.13 Modul II.4 – „Planspiel“

Methodenname

Planspiel

Modulbereich

II.4 Planspiel

kurz erklärt

In Planspielen sollen die Teilnehmenden durch Simulation einer Praxissituation einen möglichst realistischen und praxisbezogenen Einblick in gezielte Probleme und Zusammenhänge gewinnen, eigene Entscheidungen treffen und Konsequenzen ihres Handelns erfahren. [...] Dabei sollen Möglichkeiten zum kreativen, weitgehend autonomen und selbstorganisierten Handeln in Bezug auf konkrete Probleme und deren Lösung gegeben sein.

Konstruktivistische Planspiele zeichnen sich vor allem durch einen konstruktiven Möglichkeitsraum aus, in dem verschiedene Rollen und Perspektiven eingenommen werden können, um durch Perspektivwechsel und in Entscheidungssituationen einen Zuwachs an Handlungsmöglichkeiten zu erfahren und zu reflektieren. (Reich, 2017).

Ziele

- Die Teilnehmenden kennen die unterschiedlichen, involvierten Perspektiven.
- Die Teilnehmenden erkennen die Komplexität im Prozess der Lösungsfindung.
- Die Teilnehmenden erkennen die spezifischen Belange von queeren Personen an, berücksichtigen jedoch zum einen den Aspekt der Intersektionalität innerhalb einer Person sowie die Dimensionen von Vielfalt aller Bewohner*innen.

Zeit

165 min (max. 4 UE insgesamt)

Zeitlicher Ablauf der Arbeitsschritte (Reich, 2017):

Schritt 1: Spieleinführung	60 min
Schritt 2: Informations- und Lesephase	
Schritt 3: Meinungsbildung und Strategieplanung innerhalb der Gruppe	
Schritt 4: Interaktion zwischen den Gruppen	45 min
Schritt 5: Vorbereitung einer Konferenz	60 min
Schritt 6: Durchführung einer Konferenz	
Schritt 7: Spielauswertung	

Material

- Flipchart für Übersicht der einzelnen Schritte mit zeitlicher Planung
- Informationsmaterial (kann z. B. aus den Literaturhinweisen aus den vorherigen Modulen zusammengestellt werden)
- ausreichend Tische für fünf Arbeitsbereiche (Tischgruppen)
- Moderationskarten, Flipcharts und Stifte für die Bearbeitungsphase je Gruppe
- Anhang A: Arbeitskarten (pro Person)
- Anhang B: Rollenkarten (für jede Person in den jeweiligen Gruppen)
- Anhang C: Ereigniskarten (1 × für die jeweilige Gruppe)
- Anhang D: Ergebnisse für die Konferenz
- Anhang E: Reflexion des Prozesses

Teilnehmendenzahl

max. 20 Personen in fünf Gruppen

Schritt-für-Schritt-Anleitung

Schritt 1: Spieleinführung

- Vorstellung des Planspiels, evtl. durch eine Einführung mittels Power-Point-Präsentation
 - Material
 - Rollen und Ereignisse
 - Spielablauf
- Klärung von Verständnisfragen
- Einteilung in Arbeitsgruppen
- Problem wird geschildert

Schritt 2: Informations- und Lesephase

- Gruppen teilen sich auf; nach Möglichkeit eigener Arbeitsbereich (eigene Tischgruppe).
- Gruppen erhalten Zeit, um sich das Informationsmaterial durchzulesen.
 - Arbeitskarten
 - Informationsmaterial

Schritt 3: Meinungsbildung und Strategieplanung innerhalb der Gruppe

- Informationen werden gruppenintern strukturiert.
- Ausgangssituation wird analysiert.
- Handlungsoptionen werden besprochen.
- Kreative Ideen und Strategien werden entwickelt.
- Spielleitung berät bei Rückfragen, beobachtet nur und interveniert nur bei Notsituationen.

Schritt 4: Interaktion zwischen den Gruppen

- = intensive Spielphase
- Gruppen agieren ...
 - Versenden von Nachrichten an die übrigen Gruppen
 - Besuche bei anderen Gruppen
 - Führen von Gesprächen
- ... und reagieren auf die Anfragen anderer Gruppen.
- Mittels Ereigniskarten können gezielt Impulse und Veränderungen eingebracht werden.
- Die Spielleitung beobachtet nur.

Schritt 5: Vorbereitung einer Konferenz

- = Höhepunkt im Spielverlauf
- Gruppe plant die Konferenz.
 - Ergebnisse zusammentragen, verarbeiten und bewerten
 - die zu vertretenden Positionen werden besprochen
 - mögliche Argumente, Strategien und Eingangsstatements werden besprochen
 - Gruppensprecher*in wird bestimmt

Schritt 6: Durchführung einer Konferenz

- Alle Teilnehmenden nehmen an der Konferenz teil.
- Vortragen und Präsentieren der jeweiligen Gruppenergebnisse.
- Offene Fragen oder weitere Interessenskonflikte werden im Schritt 7 ausgewertet.
- Spielleitung = Konferenzvorsitz.

Schritt 7: Spieldauswertung

- Zusammenfassung und Analyse von:
 - den Inhalten
 - dem Spielverlauf
- Konstruktive Kritik und Reflexion durch die Teilnehmenden.
- Spielleitung = Leitung des Gesprächs und neutrale Moderation.

2.13.1 Anhang A – Arbeitskarten

Schritt 1: Spieleinführung

- Ihnen wird das Planspiel vorgestellt und Sie haben die Möglichkeit, Fragen zum Ablauf zu stellen.

Schritt 2: Informations- und Lesephase

- Sie wurden oder haben sich einer Gruppe zugeteilt.
- Machen Sie sich mit Ihrer Rolle vertraut. Lesen Sie dazu möglicherweise bereitgestelltes Informationsmaterial oder finden Sie selbstständig Informationen aus dem Internet zusammen. Notieren Sie sich erste Gedanken und Fragen.

Schritt 3: Meinungsbildung und Strategieplanung innerhalb der Gruppe

- Tauschen Sie sich in der Gruppe über das Gelesene und Ihre ersten Gedanken aus.
- Klären Sie folgende Fragen:
 - Was ist Ihre Position (in der Rolle, die Sie innehaben)?
 - Was sind die Positionen der anderen Gruppen?
 - Wer teilt Ihre Position? Welche Position ist von Ihrer am weitesten entfernt?
 - Was ist Ihr Ziel? Was möchten Sie erreichen?
 - Was möchten Sie mindestens (also auf jeden Fall) erreichen? Und was wäre ein zusätzliches Ziel, worauf Sie im Notfall aber auch verzichten könnten?
 - Wie können Sie Ihr Ziel erreichen?
 - Welche weiteren Informationen (z. B. von den anderen Gruppen) benötigen Sie noch?
 - Wer kann Ihnen behilflich sein? Welche Gruppe könnte Sie unterstützen?
 - Welche Gruppe können Sie selbst unterstützen?
- Entwickeln Sie aus den oben gestellten Fragen verschiedene Strategien und stellen Sie Ihre Strategien in einer Mindmap dar.
- Die Spielleitung berät Sie bei Rückfragen, beobachtet ansonsten nur und interveniert nur bei Not-situationen.

Schritt 4: Interaktion zwischen den Gruppen

- Wenn Sie Ihre Strategien entwickelt haben, dann gehen Sie in den Austausch mit den anderen Gruppen.
- Sie können sich Vertreter*innen anderer Gruppen zum Beispiel zu einem Gespräch einladen oder einen offiziellen Brief an eine Gruppe schreiben. Sie können ein Telefonat imitieren oder anders in Kontakt treten.
 - Stellen Sie in dem Kontakt dar, wer Sie sind und was Sie von Ihrem Gegenüber möchten. Sie müssen dabei (noch) nicht Ihr strategisches Ziel verraten, können es aber, wenn es Ihnen sinnvoll erscheint.
- Ziel dieser Phase ist es, dass Sie herausfinden, ob die Positionen, die Sie den anderen zunächst „unterstellt“ haben, auch tatsächlich zutreffen und mit wem Sie z. B. in eine Kooperation gehen, um Ihr eigenes Ziel zu erreichen.
- In dieser Phase wird es Ereigniskarten geben, die z. T. Ihre Position oder Ihre Ausgangslage verändern können. Es ergeben sich dann evtl. neue Verhandlungen.

Schritt 5: Vorbereitung einer Konferenz

- Planen Sie in Ihrer Gruppe Ihren Teil der Konferenz.
 - Tragen Sie Ihre Ergebnisse zusammen. Verarbeiten und bewerten Sie sie.
 - Besprechen Sie die zu vertretenden Positionen, mögliche Argumente, Strategien und Eingangsaussagen.
 - Bestimmen Sie Ihre*n Gruppensprecher*in, der/die Sie auf der Konferenz vertritt.

Schritt 6: Durchführung einer Konferenz.

- Nehmen Sie alle an der Konferenz teil.
- Sie tragen Ihre jeweiligen Gruppenergebnisse vor und präsentieren diese.
- Die Spielleitung übernimmt die Rolle des Konferenzvorsitzes.

Schritt 7: Spielauswertung

- Sie haben es geschafft. Atmen Sie einmal tief durch und machen Sie kurz Pause.
- Nun fassen Sie über Ihre eigene Gruppe hinweg das gesamte Planspiel zusammen und analysieren die Inhalte und den Spielverlauf.
- Bitte denken Sie daran, einander konstruktiv zu begegnen und reflektieren Sie den Spielverlauf und Ihre eigene Rolle.

Was ist Ihre Position (in der Rolle, die Sie innehaben)?

Was sind die Positionen der anderen Gruppen?

Wert teilt Ihre Position? Welche Position ist von Ihrer am weitesten entfernt?

Was ist Ihr Ziel? Was möchten Sie erreichen?

Was möchten Sie mindestens (also auf jeden Fall) erreichen? Und was wäre ein zusätzliches Ziel, worauf Sie im Notfall aber auch verzichten könnten?

Wie können Sie Ihr Ziel erreichen?

Welche weiteren Informationen (z. B. von den anderen Gruppen) benötigen Sie noch?

Wer kann Ihnen behilflich sein? Welche Gruppe könnte Sie unterstützen?

Welche Gruppe können Sie selbst unterstützen?

2.13.2 Anhang B – Rollenkarten



Einrichtungsleitungsteam

Sie sind das Leitungsteam der Altenpflegeeinrichtung. Sie sind ein junges Team und haben die Einrichtung vor einem halben Jahr erst übernommen und seitdem viele Umstrukturierungsmaßnahmen durchgeführt.

Es ist Ihnen von Anfang an wichtig, dass sowohl Ihre Mitarbeiter*innen als auch Ihre Klient*innen Teil des Veränderungsprozesses sind. Daher haben Sie eine Bewohner*innen- und Angehörigenvertretung ins Leben gerufen. Sie stehen im engen Austausch mit allen Beteiligten.

Ihre Umstrukturierung hat neben dem Öffnen und der Partizipation aller Beteiligten gegenüber auch einen anderen Grund. Die Einrichtung schreibt derzeit rote Zahlen und steht davor, geschlossen zu werden. Sie müssen sparen. Es gibt derzeit keine weiteren Mittel für mehr Personal oder Einzelzimmer oder zusätzliche Angebote.

Mit Blick auf den demografischen Wandel, Diversity Management und eine gute Pflegequalität versuchen Sie, Ihre Einrichtung zu stärken. Sie möchten mit einem weltoffenen Profil zahlungskräftige Klient*innen gewinnen.

Ein Teilprojekt Ihrer Umstrukturierung ist die Öffnung für LSBTIQ*-Personen. Sie möchten sichtbarer werden, den alten Menschen, die für ihre Rechte gekämpft haben, die nötige Anerkennung erweisen, und darüber hinaus eine Unternehmenskultur schaffen, die junges und motiviertes Fachpersonal anzieht. Zu diesem Zweck haben Sie eine Projektgruppe ins Leben gerufen, die aus Personen unterschiedlicher Wohnbereiche besteht. Alle Beteiligten erhalten von Ihnen für das Projekt zwei Stunden zusätzlich für das monatliche Projektgruppentreffen, bei dem sich die Projektgruppenmitglieder austauschen und die nächsten Schritte planen.



Personal

Sie arbeiten in der Pflegeeinrichtung. Vor einigen Monaten hat das Leitungsteam gewechselt und seitdem besteht es aus einem jungen Team, das innerhalb des letzten halben Jahres viele Umstrukturierungen vorgenommen hat. Bis jetzt wurde niemand gekündigt. Die Umstrukturierungen beziehen sich auf die Arbeitsabläufe und zum Teil auf die Nutzung der Räume.

Wie es häufig der Fall ist, finden Sie nicht alle Maßnahmen gut. An einige haben Sie sich so schnell gewöhnen können, dass Sie schon gar nicht mehr wissen, wie es vorher war. Das kurze wöchentliche Briefing (also ein kurzes regelmäßiges Treffen), bei dem die Leitung Sie nach Ihrem Befinden bezüglich der Veränderungen fragt, Sie um weitere Vorschläge bittet und Ihnen neue Informationen aus der Leitungsebene vorstellt, kommt Ihnen mittlerweile so „normal“ vor, dass Sie sich gar nicht mehr vorstellen können, ohne dieses Briefing zu arbeiten. Sie fühlen sich von der neuen Leitung gesehen und wahrgenommen. Gleichzeitig wird viel selbstständiges Engagement von Ihnen abverlangt, das Sie nicht immer leisten wollen oder können.

Sie haben erfahren, dass zu der gesamten Umstrukturierung auch speziell für LSBTIQ*-Personen umstrukturiert werden soll. Sie fühlen sich überrumpelt von dem Anstoß der Leitung, dass die Einrichtung sich LSBTIQ*-Personen gegenüber öffnen möchte. Sie verstehen die Gründe nicht, denn bisher sind Ihnen keine Anfeindungen oder abwertenden Äußerungen aufgefallen. Außerdem ist Ihnen nicht bekannt, dass es schwule, lesbische, trans* oder inter* Personen in der Einrichtung gäbe. Schließlich befürchten Sie, dass es mehr Arbeit für alle bedeutet.

Dennoch finden Sie die Idee gut und sind grundsätzlich nicht abgeneigt davon. Sie benötigen allerdings viel mehr Hintergrundwissen und fordern mehr Personal, um das zu bewerkstelligen.



Bewohner*innen- und Angehörigenvertretung

Sie sind Mitglieder der Bewohner*innen- und Angehörigenvertretung (BAV).

Vor Kurzem hat die Einrichtungsleitung die BAV ins Leben gerufen, Sie haben sich aufstellen lassen und wurden gewählt. Als BAV vertreten Sie die Interessen aller Bewohner*innen.

Sie werden über Entscheidungen von Seiten der Leitung informiert und haben zum Teil Mitspracherecht. So waren Sie zuletzt an der Entscheidung beteiligt, zu welchem Mittagsmenü-Anbieter die Einrichtung wechseln soll. Sie lieferten dabei wertvolle Impulse und legten den finanziellen Rahmen fest. Zudem legten Sie einen Kriterienkatalog vor, mit Ansprüchen, die mindestens erfüllt sein mussten. Die Leitung war Ihnen für Ihre Arbeit sehr dankbar und richtete sich danach.

Weniger kooperativ zeigte sich das Leitungsteam, als Sie Forderungen nach mehr Personal und mehr Beschäftigungsangeboten für die Bewohner*innen vorlegten. Der Haushalt gäbe dies nicht her, argumentierte das Leitungsteam.

Sie treffen sich monatlich und arbeiten ehrenamtlich.

Sie fühlen sich überrumpelt von dem Anstoß der Leitung, dass die Einrichtung sich LSB-TIQ*-Personen gegenüber öffnen möchte. Sie verstehen die Gründe nicht, denn bisher sind Ihnen keine Anfeindungen oder abwertenden Äußerungen aufgefallen. Außerdem ist Ihnen nicht bekannt, dass es schwule, lesbische, trans* oder inter* Personen in der Einrichtung gäbe.

Viel wichtiger ist Ihnen, dass die Einrichtung eine interkulturelle Öffnung vornimmt, denn das scheint Ihnen relevanter.



Lokale Interessenvertretung LSBTIQ*

Sie sind vom örtlichen Verein verqueert e. V. und bieten neben Bildungsangeboten für Schulen auch eine Beratungsstelle für queere Menschen an. Dazu zählt die Beratung für trans* Personen und homosexuelle Jugendliche, die Unterstützung im eigenen Coming-out benötigen.

Zunehmend sehen Sie den Bedarf nach einer adäquaten Betreuung von älteren und alten queeren Personen, die in Pflegeeinrichtungen leben. Langfristig sind Sie daran interessiert, eine Expertise und Strukturen aufzubauen, um diesem Bedarf gerecht zu werden.

Sie stellen immer wieder fest, dass das Personal unzureichend geschult ist und häufig sagt „so etwas gibt es bei uns nicht“. Dass die Bücher im Regal, die Bilder an der Wand oder die Angebote im Haus häufig einer heteronormativen und heterosexuellen Mehrheit gelten, fällt vielen nicht auf. Für die meisten Menschen beginnt Diskriminierung mit direkten Beleidigungen. Doch auch Strukturen, die bestimmte Lebenswelten unsichtbar machen und nicht wahrnehmen, können die gleichen psychosozialen Auswirkungen haben. So kann es zum Rückzug und zu einem Vertrauensverlust von LSBTIQ* gegenüber den Altenpflegeeinrichtungen kommen. Dem möchten Sie entgegenwirken.

Sie können sich vorstellen, mit Altenpflegeeinrichtungen eine Kooperation einzugehen, um gemeinsam eine Öffnung der Altenpflegehilfe voranzutreiben.



Alte/Ältere LSBTIQ* Personen

Sie sind lesbisch, trans*, inter*, schwul oder empfinden Ihre sexuelle Orientierung oder Ihre geschlechtliche Identität anders als die Mehrheit der Gesellschaft.

Einige von Ihnen sind im jungen Erwachsenenalter eine heterosexuelle Ehe eingegangen. Erst spät – nachdem die Kinder aus dem Haus waren und Sie sich haben scheiden lassen – lebten Sie Ihre Identität aus. Andere waren nie verheiratet und haben keine eigenen Kinder.

Sie bauten sich einen Personenkreis auf, der für Sie stets mehr war als „nur“ Freundschaft. Er war Ihre Familie. Sie fühlten sich wahr- und angenommen und Sie konnten immer so sein wie sie wollten.

Einige von Ihnen haben noch Kontakt zu den eigenen Kindern, andere nicht. Manche Kinder verleugnen Ihre sexuelle Identität andere nicht.

Egal, wie offen oder wie versteckt Sie Ihr Leben bislang lebten, Sie haben Angst, in einer Pflegeeinrichtung nicht Sie selbst sein zu können. Sie möchten sich nicht wieder verstecken und erklären müssen. Sie möchten auch nicht von fremden Personen geoutet werden. Sie möchten nicht für Ihre Zimmernachbarin oder Ihren Zimmernachbarn zur Zielscheibe von Anfeindungen werden. Früher konnten Sie diesen Leuten aus dem Weg gehen. In der Einrichtung könnten Sie ihnen wieder ganz nah begegnen müssen.

Einige von Ihnen haben Angst, dass Ihre Kinder, die bis heute nichts von Ihrer Beziehung zu einer besonderen Person wissen, durch das Pflegepersonal davon erfahren und Sie somit ungewollt geoutet werden.

Wenn Sie sich schon nicht mehr allein zu Hause versorgen können, dann möchten Sie in eine Einrichtung, die Ihre Lebenswelt anerkennt und wertschätzt. Sie möchten die Bedeutung der Person, die Sie regelmäßig besuchen kommt, gewürdigt wissen, auch wenn Sie nicht verheiratet sind. Und Sie möchten Bücher, Filme und Musik in Ihrem Regal stehen haben können, ohne dass es besonders positiv oder besonders negativ kommentiert wird. Sie möchten keinen eigenen CSD-Wagen auf der jährlichen Parade, aber die Möglichkeit, jeden ersten Freitag im Monat zu Ihrem Stammtisch gehen zu können.

Kurz: Sie möchten eine Öffnung der Altenpflegeeinrichtungen, aber es soll Ihnen kein Stempel auf die Stirn gedrückt werden. Sie möchten nicht als Quote herhalten müssen.

2.13.3 Anhang C – Ereigniskarten

Ereignis Einrichtungsleitung:

Herzlichen Glückwunsch!

Ihr Förderantrag für die Durchführung bei der Stiftung MenschenPLUS für das Diversitätsprojekt wurde genehmigt. Sie erhalten folgende Förderung:

Mittel für Personalkosten:

15.000 € (entspricht einer Teilzeitkraft mit 10 Stunden/Woche)

Mittel für Sachkosten (u. a. Honorare, Ausstattung, Fortbildungen)

30.000 €

Förderungszeitraum:

ein Kalenderjahr

Ereignis Bewohner*innen- und Angehörigenvertretung:

Es reicht!

Das Gerede um eine spezifische Personengruppe reicht Ihnen. Sie kennen das Projekt und das, was Sie bisher mitbekommen haben, passt nicht mehr zu Ihren Vorstellungen darüber, wie Sie leben möchten. Eine Bewohnerin aus Ihren Reihen kündigt daher ihren Auszug an.

Sie kommunizieren Ihre bevorstehende Entscheidung der Einrichtungsleitung.

Ereignis Interessensvertretung

Herzlichen Glückwunsch!

Ihr Förderantrag bei der Menschenrechtsstiftung für Ihr Projekt zur Vernetzung Ihrer Arbeit mit der offenen Hilfeeinheit (Kinder-, Jugend- und Altenhilfe) wurde genehmigt. Ihr Vorhaben, die inhaltliche und personelle Vernetzung sowie die Übernahme von Fachpatenschaften, kann mit einer Fördersumme von insgesamt 30.000 € umgesetzt werden. Die Leistungen teilen sich wie folgt auf:

Mittel für Personalkosten:

15.000 € (entspricht einer Teilzeitkraft mit 10 Stunden/Woche)

Mittel für Sachkosten (u. a. Honorare, Ausstattung, Fortbildungen, Reisekosten)

15.000 €

Förderungszeitraum:

ein Kalenderjahr



Ereignis Personal:

Sie kommen wie gerufen!

Auf der Teamsitzung ist Ihnen Ihre neue Kollegin Annett Schönhauser vorgestellt worden. Frau Schönhauser kam dabei auch selbst zu Wort und erzählte dem Kollegium, dass sie eine Transfrau ist. Sie habe von dem Projekt und dem Engagement der Einrichtung gehört, sich queeren, alten Personen zu öffnen und sich deshalb bei Ihnen in der Einrichtung beworben.

Das Einrichtungsleitungsteam präsentiert Frau Schönhauser als eine Schlüsselfigur und ist sichtlich erfreut über den Zuwachs. In der Sitzung erklärt die Leitung, dass Frau Schönhauser eine besondere Rolle zum Beispiel in Form einer LSBTIQ*-Beauftragten erhalten könnte. Mit Extraplatz für Bürotage.

In kleiner Runde erzählt Frau Schönhauser an ihrem ersten Arbeitstag, dass sie das Vorhaben sehr unterstützt und gern für die Vernetzung mit örtlichen queeren Gruppen eintreten kann, aber nicht als Beauftragte und erste oder einzige Ansprechpartnerin dienen möchte. Sie will Sichtbarkeit zeigen, aber nicht die Aufgabe der alleinigen Verantwortung übernehmen müssen, so nach dem Motto: Sie ist trans*, sie kann das ja machen. In erster Linie ist sie Altenpflegerin und möchte als professionelle Fachkraft für ihre Bewohner*innen da sein. Frau Schönhauser wünscht sich vor allem von ihren nicht queeren Kolleginnen Initiative, Engagement und Unterstützung.



Ereignis Einrichtungsleitung:

Sie kommen wie gerufen!

In Ihrer Einrichtung hat sich Annett Schönhauser beworben. Sie ist eine Transfrau und schrieb bereits in der Bewerbung, dass die Öffnung der Einrichtung für queere Menschen ein Grund für ihre Bewerbung war.

Sie sehen darin eine große Chance und sinnieren über mögliche Aufgabenfelder, die Frau Schönhauser übernehmen kann.

Vielleicht ist sie der Schlüssel zu einem gendergerechten und queeren Personal?

2.13.4 Anhang D – Ergebnisse für die Konferenz

In der vorherigen Spielphase waren Sie im Austausch mit den anderen Gruppen. Auf der Konferenz werden nun Ihre Verhandlungsergebnisse vorgestellt.

Das war unsere Ausgangslage:

Das sind unsere Verhandlungsergebnisse:

2.13.5 Anhang E – Reflexion des Prozesses

Erkenntnisse, die ich aus dem heutigen Planspiel gewonnen habe:

Fragen, die noch offen sind:

Folgende Verhaltensweisen in meiner Gruppe und im Austausch mit den anderen Gruppen waren hilfreich für den Arbeitsprozess:

Folgende Verhaltensweisen standen dem Weiterkommen dagegen eher im Weg:

Situationen, in denen die Spielleitung konstruktiv unterstützt und weitergeholfen hat:

Situationen, in denen ich mir mehr Unterstützung, klarere Anweisungen oder andere hilfreiche Tipps gewünscht hätte:

Das zur Verfügung gestellte Material war ...

Für mein nächstes Planspiel wünsche ich mir mehr ...

3 Mikro-Coaching

3.1 Beispielhaftes Instrument zum selbstständigen Coaching

Das Coaching ist in drei Schritte aufgeteilt.

Schritt 1

Erfahrungen
sammeln

Schritt 2

Themen
konkretisieren

Schritt 3

kollegialer
Austausch

Eine Kopiervorlage der Fragebögen befindet sich unter 3.1.1 Anhang A

3.1.1 Anhang A: Fragebogen zum selbstständigen Coaching

Schritt 1: Sammeln. Reflexion der eigenen Erfahrungen:

Frage	Ja	Nein
Haben Sie in der letzten Woche etwas Neues zu dem Thema Arbeit mit queeren Klient*innen erfahren/erlebt/umgesetzt/ausprobiert?		
<p>Wenn ja, was genau? Notieren Sie Ihre Punkte.</p> <p>Wenn nicht, was hat Sie gehindert? Notieren Sie Ihre Punkte.</p> <p>Wo hätten Sie diesbezüglich in der letzten Woche aktiver, motivierter sein können? Notieren Sie Ihre Punkte</p> <p>Was ich sonst reflektieren möchte ...</p>		

Schritt 2: Konkretisieren. Persönliches Wachstum reflektieren und Handlungsoptionen erarbeiten/verfestigen, um die Optionen im Schritt 3 mit Kolleg*innen zu teilen.

Frage	Ja	Nein
Gab es in der Beschäftigung mit dem Thema oder in Begegnungen mit queeren Klient*innen ein Aha!-Erlebnis?		
Wenn ja, welches?		
Haben Sie dabei etwas für sich persönlich oder für Ihre Berufspraxis gelernt? Wenn ja, was?		
Wenn Sie letzte Woche etwas Neues in der Arbeit mit möglicherweise queeren Bewohner*innen ausprobiert haben, was ist der Erfolg, der dahinter steht?		
Was würden Sie Ihren Kolleg*innen als Idee mitgeben?		

Frage	Ja	Nein
Gab es unerwartete Reaktionen auf Ihr Handeln in Bezug auf die Arbeit mit möglicherweise queeren Bewohner*innen? (positiv/negativ) <div style="text-align: right;"> von Klient*innen? von Kolleg*innen? </div>		
Wenn ja, welche?		
Was ich sonst mitteilen möchte:		

Schritt 3: Kollegialer Austausch im Team. Die Kolleg*innen sind eingeladen, die Ergebnisse der eigenen Reflexion kollegial zu teilen. Dazu werden zwei Fragen nacheinander gestellt:
 Welche Reflexionen/Erkenntnisse möchte ich mit Euch für unsere Praxis teilen?
 Was möchte ich noch lernen? Wo bin ich noch unsicher?

**Praxistipps aus der qualitativen Evaluation
des Modellprojekts Queer im Alter –
Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO
für die Zielgruppe LSBTIQ***

**Teil der Evaluation von SowiTra
im Auftrag des AWO Bundesverbandes,
Projektstelle Queer im Alter**

Verantwortlich: Stefan Reuyß, Esther Mader



Inhaltsverzeichnis

1. **Konkrete Tipps für die Praxis** 244
 - 1.1 Kulturelle Öffnung 245
 - 1.2 Zusammenarbeit mit queeren Communitys 247
 - 1.3 Öffentlichkeitsarbeit – Sichtbarkeit nach innen und außen 248
 - 1.4 Personalentwicklung und Fortbildung 249
 - 1.5 Organisationsentwicklung 250
 - 1.6 Kurzfazit: Was hat das Modellprojekt bislang schon erreicht? 252

2. **Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige und flächendeckende Öffnung der Pflegewelt für LSBTIQ*-Senior*innen** 254
 1. Fester Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung 254
 2. Den Mehrwert kommunizieren 254
 3. Zentrale Anlaufstelle einrichten 254
 4. Ausdehnung auch auf andere Betreuungseinrichtungen 255
 5. Ausdehnung in die ländlichen Gebiete besonders fördern 255
 6. Zertifizierungen initiieren 255
 7. Verstetigung des Themas 255
 8. Vernetzung fördern 255
 9. Sterbebegleitung als weiteres Handlungsfeld stärker berücksichtigen 255
 10. Thema für Thema oder gleich eine Öffnung der Pflegewelt hin zu individualisierten Pflegekonzepten, die auf Vielfalt und Toleranz beruhen? 255

- Literatur 257

1. Konkrete Tipps für die Praxis

In pflegewissenschaftlichen Diskursen wird pflegerisches Handeln oftmals als ein Berufshandeln verstanden, das durch eine doppelte Professionalisierung gekennzeichnet ist: der Anwendung von wissenschaftlichem Wissen bei gleichzeitiger Fähigkeit des hermeneutischen Fallverstehens. Dieses Pflegeverständnis hat sowohl in der Ausbildungs- wie in der Berufspraxis allerdings erst in den letzten Jahren eine verstärkte Aufmerksamkeit erfahren.¹

In der Praxis der professionellen Altenpflege begegnet einem oft immer noch die Haltung: „Wir pflegen alle gleich“. Dies mag auf den ersten Blick fair und tolerant wirken, es übersieht jedoch, dass Menschen in verschiedenen Lebenswelten leben, unterschiedliche Erfahrungen machen und Biografien Menschen eben unterschiedlich prägen. Insofern kommt es – so die Erfahrungen aus den hier geführten Interviews in den Modellstandorten – dass eine nicht adäquate Pflege von Menschen mit einer queeren Lebensweise oftmals nicht ein Akt bewusster Diskriminierung ist, sondern unbewusst oder ungewollt passiert.

Eine wesentliche Ursache ist – so ein zentrales Ergebnis der Projektevaluation – ein unzureichendes Wissen über die verschiedenen und spezifischen Lebenswelten. Eine weitere Ursache liegt im fehlenden Verständnis darüber, dass unterschiedliche Lebenswelten auch unterschiedliche Umgangsweisen erfordern. Ein „one-fits-all“-Ansatz in der Pflege empfiehlt sich daher genau nicht.

Wir leben in einer überwiegend heteronormativen Welt, die noch immer weitestgehend ausgerichtet ist auf Menschen in heterosexuellen Partnerschaften, mit heterosexueller Verwandtschaft und Angehörigen. Gerade ältere Menschen, die sich dieser Lebenswelt nicht zugehörig fühlen und die

womöglich Diskriminierung und Strafverfolgung ausgesetzt waren, haben oft über Jahrzehnte hinweg gelernt, ihr Verhalten anzupassen, eigene Aussagen zu selektieren und Informationen zu filtern, um nicht geoutet und womöglich stigmatisiert zu werden. Insbesondere wenn diese Filterfunktion bei Menschen im Alter brüchig wird, ist in der Altenpflege eine besondere Sensibilität gefragt. Daher ist es für inklusiv, queer-sensibel Pflegenden notwendig, sich ein spezifisches Wissen über unterschiedliche Lebenswelten anzueignen, das ergänzt wird durch eine Handlungskompetenz, die die Pflegekräfte vor Ort zu einer gleich würdigenden, bedarfsgerechten und personenzentrierten Pflege und Betreuung befähigen.²

Im Zuge der Evaluation des Modellprojekts hat SoWiTra Interviews mit fast allen Projektbeteiligten geführt und hat daraus die vorliegenden Praxistipps und Handlungsempfehlungen abgeleitet. Der erste Teil (1. Konkrete Tipps) enthält Tipps und Weiterempfehlungen, die aus der bisherigen Umsetzung des vorliegenden Projektdesigns gesammelt wurden. Folglich wurden diese Tipps aus den Interviews mit den Projektbeteiligten abgeleitet und richten sich an zukünftige Standorte, die diesen Weg der Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ*-Senior*innen beschreiten wollen. Der zweite Teil (2. Handlungsempfehlungen) formuliert weitergehende Handlungsempfehlungen und Wünsche aus Sicht beteiligter Expert*innen für eine bessere Nachhaltigkeit bisheriger Ergebnisse und für das Ziel der Ausweitung der Reichweite. Daher richtet sich der zweite Teil an Vertreter*innen in Politik, Verbänden und Trägern.

Das Wissen zur Sensibilisierung für queere Belange und entsprechende Methoden zur Einübung von Handlungskompetenzen für eine queer-offene Altenhilfe finden sich im Fortbildungspaket didak-

- 1 Albiez, Thomas (2005): Professionelle Pflege und Fachexpertise am Beispiel Pflegediagnostik, In: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 2; Darmann, I. (2004): Problemorientiertes Lernen – Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen, in: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 9
Peter, Claudia (2006): Die Methode des Fallverstehens als Grundlage für professionelles pflegerisches Handeln? Pflege im Diskurs, Gesprächsreihe 1, Veröffentlichungsreihe des EvKB Bielefeld; Matolycz, Esther (2013): Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen, Springer-Verlag Wien
- 2 Dies gilt gleichermaßen für diverse, religiöse, kulturelle oder milieuspezifische Lebenswelten.

tisch aufgearbeitet zur Durchführung von Schulungen. Doch die Aneignung spezifischen Wissens und der dringend benötigten Kompetenzen stellen nur einen von mehreren Bausteinen für den Abbau von Diskriminierung in Einrichtungen der Altenhilfe dar. Die tatsächliche Öffnung erfordert das Drehen an sehr vielen Stellschrauben in verschiedenen Bereichen.

Die bisherigen Modellstandorte haben diesbezüglich viele Erfahrungen gemacht, die wir zusammengetragen haben. Soll die eigene Altenhilfeeinrichtung für queere Lebensweisen geöffnet werden, lassen sich fünf zentrale Handlungsfelder identifizieren, die es zu bearbeiten gilt. Dies sind:

1. die durchgängige kulturelle Öffnung der Pflegewelt
2. die enge Zusammenarbeit der Betreuungseinrichtungen mit lokalen queeren Communitys
3. die Herstellung von Sichtbarkeit von LSBTIQ*-Lebensweisen in den Einrichtungen
4. ein adäquates Personalentwicklungskonzept mit einem entsprechenden Weiterbildungsangebot
5. Veränderungen in der Organisationsebene

Was innerhalb der fünf Handlungsfelder für eine erfolgreiche Öffnung der Einrichtung getan werden kann, wird in den folgenden Abschnitten ausführlicher beschrieben:

1.1 Kulturelle Öffnung

Brauchen wir dieses Thema bei uns denn überhaupt? So oder so ähnlich waren die Reaktionen eines Teils der Mitarbeiter*innen in den jeweiligen Modellstandorten. In einem der Standorte berichtet unserer*e Gesprächspartner*in, dass selbst die verantwortliche Person zu Beginn des Projekts die Notwendigkeit eines solchen Vorhabens in Frage stellte, schließlich seien sie doch eine offene und tolerante Einrichtung. Dieses Selbstbild einer weltoffenen und diskriminierungsfreien Pflegeeinrichtung wurde oftmals auch damit untermauert, dass die AWO per se, also in ihrem Grundverständnis ein Verband sei, der jede Form von Feindlichkeit, Diskriminierung, Extremismus und Rassismus gegen Menschen und soziale Gruppen zu bekämpfen versucht (vgl. Grundsatzprogramm der AWO).

Ein solches Grundverständnis ist eine hilfreiche Voraussetzung für eine Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für queere Belange. Doch erst durch die tiefergehende Auseinandersetzung im Rahmen der Fortbildungen wurde dann der notwendige Handlungsbedarf sichtbar und die Teilnehmer*innen kamen zu der Erkenntnis, dass ein kultureller Wandel hin zu einer queer-sensiblen Einrichtung Zeit benötigen wird.

Die bestehenden Berührungspunkte zeigten sich teilweise erst im Laufe des Projekts. Selbst in Einrichtungen, die sich als dem Thema Queer zugewandt verstehen, zeigten sich neben großen Wissenslücken (insbesondere zur Situation von trans* und inter*) auch versteckte Widerstände aufgrund einer vorherrschenden Heteronormativität, teils sogar aufgrund von negativen Erfahrungen im Umgang mit LSBTIQ*-Personen. Erst als ein gewisses Vertrauen aufgebaut war, konnten einzelne Mitarbeiter*innen z. B. ihr Unwohlsein artikulieren, das sie empfinden, wenn sich bspw. queere Menschen küssen. Dieses Teilkapitel gibt Hinweise wie eine kulturelle Öffnung der Einrichtungen unterstützt werden kann.

- Um zuvor genannte Widerstände bei sich selbst abzubauen, ist es nötig, sich **befremden zu lassen**, d. h. bereit zu sein, sich auf unbekannte Lebenswelten einzulassen.
- Notwendig ist die Entwicklung einer offenen Betriebskultur, die jedoch nicht davon ausgeht, dass alle Bewohner*innen und Klient*innen stets gleich behandelt werden, sondern **dass es immer Vorurteile gibt**. Diese Vorurteile und Stereotype in den Köpfen aller Beteiligten dürfen nicht negiert werden, sondern müssen vielmehr zum Bezugspunkt einer konstruktiven Auseinandersetzung werden. Nur so kann es gelingen, unterschiedliche Lebenswelten sichtbar werden zu lassen, Widerstände in der Belegschaft ab- und notwendiges Wissen sowie erforderliche Handlungskompetenzen aufzubauen.
- Wichtig ist auch die **Einbeziehung der Bewohner*innen und Klient*innen**, schließlich prägen diese maßgeblich die Atmosphäre in der jeweiligen Einrichtung, sei es beim gemeinsamen Mittagessen oder den verschiedenen Aktivitäten, die in der Einrichtung stattfinden. In den Standorten hat sich deutlich gezeigt, dass nicht nur eine Sensibilisierung des Personals, sondern auch der Bewohner*innen nötig ist.

Ein*e Expert*in aus dem Projektbeirat formuliert treffend:

„Es braucht aber eine hohe Bereitschaft, sich Befremden zu lassen und das ist etwas, was wir im Alltag eigentlich nicht haben, sondern wir haben eher (...) den angelegten Mechanismus, Komplexität zu reduzieren, nicht zu vermehren. Deshalb braucht es (...) eine ständige Auseinandersetzung.“

Regelmäßiger Austausch: Neues Wissen aufzunehmen, sich daran zu erinnern, zu verinnerlichen und tatsächlich danach zu handeln, geht nur mit Geduld, Wiederholung und Übung. Der Sensibilisierungsprozess braucht oftmals viel mehr Zeit als erwartet. Und auch der Lernprozess ist nicht einfach nach einer oder zwei Fortbildungen abgeschlossen. Beides muss vielmehr als eine Daueraufgabe verstanden werden. Daher braucht es regelmäßigen Austausch und stete Auseinandersetzung mit dem Thema Diskriminierung – weit über die Fortbildungen hinaus. Die folgenden Tipps, können einen regelmäßigen Austausch unter Beschäftigten unterstützen:

- **Mikroschulungen**, die Thematisierung in monatlichen Team-Besprechungen oder kurze Treffen zur Einzelfallbesprechung (hierfür gibt das Fortbildungspaket gute Beispiele) sind wichtige Instrumente, um Regelmäßigkeit zu etablieren.
- **Jährliche Aktualisierung** und Thematisierung von Leitbildern können einen guten Grund liefern, sich erneut mit dem Thema auseinanderzusetzen. Förderlich sind offene Diskussionen über Leitbilder und Konzepte und dies auch über die Einrichtung hinaus z. B. mit Hilfe von Diskussionsveranstaltungen. Diese können auch genutzt werden, um Menschen anzusprechen. Daran kann ein Projekt wachsen.
- Wichtig ist eine gute **Atmosphäre im Team**, damit Selbstreflexion möglich ist und niemand Angst hat, Nachfragen zu stellen, oder etwas Falsches zu sagen. Wichtig sind das sensible Äußern und das Annehmen von konstruktiver Kritik.

Folgende Tipps aus den befragten Standorten legen den Fokus auf den Kontakt zwischen Mitarbeitenden und Bewohner*innen oder Klient*innen und haben das Ziel der Sensibilisierung der Bewohner*innen bzw. Klient*innen:

- Das **Agendasetting**, kann beispielsweise über symbolische Handlungen, wie dem Hissen der Regenbogenfahne oder Plakate aufhängen, erfolgen. Mit der Frage: „Kennen Sie dieses Symbol?“ lässt sich auch gut ein Erstgespräch zum Thema mit Bewohner*innen oder Klient*innen einleiten. Wichtig ist auch hier, dass das Thema queere Lebensweisen immer wieder thematisiert wird.
- Sehr hilfreich sind individuelle **persönliche Geschichten** und Erfahrungsberichte von queeren Personen. Sie stellen beim Gegenüber Verständnis für die Eigenheiten des Themas her, da mit der Geschichte ein konkretes Gesicht verbunden werden kann.
- **Eingreifen:** Mitbewohner*innen und andere Klient*innen können problematisch sein – hier hat das Personal eine Mittler*innenfunktion. In Konflikten kann das Personal helfen, vermitteln und Mitbewohner*innen aufklären oder auf Fehlverhalten hinweisen. In Fällen von Diskriminierung ist auch das Zurechtweisen durch das Personal gefordert. Dies kann nicht nur lernende Effekte für die diskriminierende Person haben, darüber hinaus kann es sehr bestärkend für die von Diskriminierung betroffenen Personen sein.

Expert*innen formulierten diese Tipps für Mitarbeitende im Umgang mit (offen oder verdeckt lebenden) queeren Bewohner*innen oder Klient*innen:

- **Unterstützung signalisieren:** Aus Sicht queerer Bewohner*innen kann es stark verunsichern den*die Mitbewohner*in nicht zu kennen, insbesondere wenn dessen*deren Haltung unklar ist. Daher verstecken sich viele Queers aus Angst vor erneuter Stigmatisierung durch Mitbewohner*innen – schließlich sind die Mitbewohner*innen zur gleichen Zeit sozialisiert und hätten sie früher vielleicht sogar angezeigt. Dies kann dazu führen, dass queere Bewohner*innen mit dem Einzug in Einrichtungen wieder zurück ins Versteck gehen, auch wenn sie zuvor schon offen im privaten Umfeld gelebt haben. Signale durch das Personal, im Zweifelsfall unterstützend zu wirken, sind folglich sehr wichtig. So ein Signal kann auch ein gut sichtbares „Queer im Alter“ Plakat an der Stationstür sein.
- **Lieber nicht neugierig nachfragen!** Besonders nicht, wenn es um die Sexualität geht, denn das ist ein sehr persönliches Thema. Besser ist

es, Fragen offen zu formulieren (z. B. nicht einfach von einer Ehefrau ausgehen, sondern offen nach nahen Personen fragen). Es ist wichtig, zunächst durch Offenheit und spezifische Zeichen Vertrauen aufzubauen. Im Fortbildungspaket finden sich noch viele weitere solcher Beispiele.

1.2 Zusammenarbeit mit queeren Communitys

Die besten Erfahrungen und den höchsten Gewinn an Sichtbarkeit queerer Lebensweisen konnten die Standorte erzielen, die eng mit queeren Ehrenamtlichen zusammenarbeiten und bei denen queere Beschäftigte Teil des Projektteams sind. Die Erfahrung zeigt deutlich, dass die Communityanbindung sehr wichtig ist, um das Projekt richtig ins Rollen zu bringen. Diese Standorte greifen nicht nur auf einen größeren Wissens- und Erfahrungshorizont zurück, auch ist beispielsweise das ehrenamtliche Engagement in mehrfacher Weise bereichernd. Eine solche Zusammenarbeit setzt Synergien frei und sorgt dafür, dass nicht an den Belangen von Queers vorbeigearbeitet wird. Darüber hinaus geht Ehrenamtlichenarbeit oft mit einer zunehmenden Vernetzung mit der Nachbar*innenschaft und den Communitys einher, was zusätzliche Möglichkeitsräume eröffnet, die Sichtbarkeit des Themas über die Einrichtung hinaus zu erhöhen und so auch in den Stadtteil hinein zu wirken.

Ein Ehrenamtlicher aus der lokalen queeren Community berichtet von der gemeinsamen Arbeit an einem Modellstandort mit den Multiplikator*innen und Beschäftigten und hebt hervor:

Es braucht ein „wir wollen mit euch“ und nicht ein „für euch“

- Die aktive **Einbindung von queeren Menschen an Entscheidungsprozessen** sorgt dafür, dass nicht über queere Menschen gesprochen wird, sondern ihre Interessen und Belange aktiv in das Projekt einfließen.

Der **Start von Communityarbeit** kann auf **unterschiedliche Weise** erfolgen. Je nach Standort kann die eine oder andere Variante besser passen:

- **Für Einsteiger*innen:** Für einige Standorte hat sich gezeigt, dass zunächst mit Schulungen der

Beschäftigten begonnen werden sollte, um eine grundlegende Sensibilität zu fördern und schließlich erst im zweiten Schritt bzw. parallel Kontakt zu Communitys zu suchen. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich für „Neulings-Einrichtungen“, d. h. Einrichtungen in denen sich vermuten lässt, dass viele der Beschäftigten bisher noch keinen persönlichen Kontakt zu queeren Menschen hatten.

- **Für Erfahrene:** Eine andere Möglichkeit ist, erst den Kontakt zur Community zu suchen und gemeinsam mit Ehrenamtlichen ein Konzept für die Öffnung zu erarbeiten. Dann kann ein solches Projekt zum Selbstläufer werden und spezifisch auf die Belange der dort aktiven Community eingegangen werden. Dieses Vorgehen empfiehlt sich vor allem für Standorte, die bereits eine hohe Affinität und Wissen im Themenfeld LSBTIQ* aufweisen.

Für eine bessere Vernetzung mit queeren Vereinen und Verbänden lassen sich folgende Tipps aus den bisher gemachten Erfahrungen der Standorte ableiten:

- Hilfreich ist es, die bereits in Einrichtungen **bestehende Expertise zu nutzen:** Meistens gibt es schon queere Bewohner*innen, Klient*innen, Beschäftigte und Affinitäten innerhalb der Belegschaft – deren Erfahrungen und Kontakte in die Community zu nutzen, ist meist sehr lohnend.
- Als gewinnbringend zeigen sich die **gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten** mit queeren Gruppen, Stammtischen, Vereinen jeden Alters bzw. das Zurverfügungstellen von Räumlichkeiten für ehrenamtliche Gruppen. Dies eröffnet Räume für Begegnungen und Austausch und erleichtert das Kennenlernen verschiedener Lebenswelten.
- Sollten sich keine queeren Vereine oder Organisationen in der Kommune finden, empfiehlt es sich, Kontakte in die nächstgrößere Stadt oder Region aufzunehmen. Darüber hinaus kann auch mit Vereinen Kontakt aufgenommen werden, die sich mit anderen Formen von Diskriminierung beschäftigen.
- Wichtig ist eine **feste Ansprechperson** für die Belange von queeren Menschen und für diesbezügliche Fragen von Seiten der Beschäftigten, auf eine solche Benennung sollte nicht verzichtet werden. Wenn möglich, empfiehlt sich so-

gar die Einrichtung einer Beratungsstelle, deren Mitglieder spezifisch geschult werden. Sie sind es dann auch, die auch als Ansprechpartner*innen für Angehörige und zukünftige queere Klient*innen fungieren können.

1.3 Öffentlichkeitsarbeit – Sichtbarkeit nach innen und außen

Obwohl der Begriff Öffentlichkeitsarbeit suggeriert, dass damit vor allem die Öffentlichkeit – also das Publikum außerhalb der Einrichtung – adressiert wird, ist die Öffentlichkeitsarbeit nach außen und nach innen grundlegend für die Öffnung von Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ*-Personen. Öffentlichkeitsarbeit nimmt in der Herstellung von Sichtbarkeit queerer Lebensweisen innerhalb von Einrichtungen eine wesentliche Rolle ein. Beispiele dafür sind nicht nur eine Presseerklärung und die Zeitungsberichte über ein Projekt, auch queere Symbole und Informationsmaterialien innerhalb und außerhalb der Einrichtung, Diskussionsveranstaltungen zum Thema oder die Teilnahme an queeren Veranstaltungen außer Haus sind förderlich. Durch Öffentlichkeitsarbeit können Netzwerke entstehen, findet Austausch statt und die Attraktivität für Personal und Klient*innen erhöht sich.

Diese *Tipps für Öffentlichkeitsarbeit* konnten zusammengetragen werden:

Informationsmaterial sichtbar auslegen: Es braucht leicht zugängliche Informationen zur Aufklärung, Sensibilisierung und zum Nachschlagen. Flyer und Broschüren oder auch Bücher über die Geschichte, die aktuelle Situation, Begriffe und zu möglichen Problematiken von LSBTIQ*-Menschen sollten immer leicht und nicht erst bei Erfragen zugänglich sein. Nicht jede*r gibt zu, etwas nicht zu wissen.

Für die **Einbeziehung aller Bewohner*innen bzw. Klient*innen** können beispielsweise informative Filmabende oder Diskussionsveranstaltungen zum Thema helfen. Oftmals ist Sexualität im Alter allgemein ein Tabu, daher könnte es sich lohnen, das Thema auch allgemein zu bearbeiten.

Zur Öffentlichkeitsarbeit gehört auch die **Anpassung interner und externer Formulare** nicht nur hinsichtlich geschlechtsneutraler Ansprache. Mit

Blick auf queere Lebensweisen sollten Formulare nicht binär formuliert sein (z. B. Anmeldebögen anpassen, indem nicht von Ehefrau/Ehemann gesprochen wird, sondern neutrale Formulierung verwendet werden wie Lebenspartner*in/Beziehung/wichtige Personen).

Offene themenbezogene Angebote anbieten: Dies stellt Sichtbarkeit des Themas nach innen und außen her, gibt die Möglichkeit des Austauschs, erhöht Wahrnehmung und Akzeptanz und kann eine gute Werbung für die Einrichtung darstellen.

- Sehr bewährt haben sich Angebote wie **Gruppenfahrten** in die lokale Queerbar oder gemeinsame queer-bezogene Ausflüge (z. B. gemeinsame Teilnahme an der Queerparade der Stadt). Solche Fahrten können sich an die Bewohner*innen und Klient*innen richten oder auch zusätzlich Nachbar*innen einladen.
- Bedacht werden sollte dabei, dass die Teilnahme von queeren Bewohner*innen und Klient*innen womöglich für diese zum Outing führt und einige aus Angst davor nicht teilnehmen werden. In bestimmten Fällen bieten sich deshalb **offene Angebote** an, wie eine Kneipentour, die auch Queerbars mit auf der Route hat oder ein gemeinsamer themenspezifischer Ausflug für eine ganze Wohngruppe.

Vernetzung zwischen Einrichtungen hat sich bewährt und sollte gefördert werden. Für kleine Einrichtungen oder Einrichtungen mit wenig offen lebenden queeren Menschen ist der lokale Zusammenschluss von verschiedenen Einrichtungen (z. B. in der Nachbarschaft oder im Verbund) für gemeinsame Community- sowie Öffentlichkeitsarbeit besonders attraktiv. Die Vernetzung dient auch dem Austausch von Erfahrungen unter den Standorten. Einerseits kann von einander gelernt werden, andererseits steigt dadurch der Radius von Öffentlichkeitsarbeit.

- Vernetzung mit Nachbarschaft fördern, indem **Ehrenamtlichenarbeit** ermöglicht und beworben wird. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Öffnung der Standorte für LSBTIQ*-Senior*innen mit viel Beteiligung von Ehrenamtlichen zügiger voran geht – insbesondere, wenn es sich um engagierte Queers handelt.
- Sehr gut bewährt haben sich **niedrigschwellige, öffentliche Veranstaltungen** in den Stand-

orten. Die queere Nachbar*innenschaft zum Frühstück oder Brunch einzuladen kann einen ersten Kontakt zur Community (oder interessierten Einzelpersonen) herstellen und interessante, ungezwungene Gespräche eröffnen. Ein Modell-Standort lädt beispielsweise regelmäßig interessante Persönlichkeiten zu einem gemütlichen Stammtischgespräch mit Bewohner*innen und Nachbar*innen ein. Solch niedrigschwellige Angebote können gute Eisbrecher sein und Kontakte zur Nachbarschaft herstellen.

- Ein Standort gibt den Tipp, **queere Senior*innen von außerhalb** der Einrichtung einzuladen (z. B. ein älteres Pärchen), die aus ihrem Leben erzählen, damit die Bewohner*innen Personen erleben, die von eigenen Schwierigkeiten und ihrem Umgehen damit erzählen können. Wenn Bewohner*innen und Erzählende im gleichen Alter sind oder ähnliche Biografien haben, zeigt sich dies als besonders gewinnbringend für queere und nicht queere Bewohner*innen.
- Gibt es bereits engagierte Ehrenamtliche kann auch ein **Vernetzungstreffen von Ehrenamtlichen** aus verschiedenen Standorten unterstützend wirken, um gegenseitig Tipps und Tricks auszutauschen und ggf. gemeinsam etwas zu planen.
- Hilfreich ist eine Vernetzung zwischen den Standorten auch, um gegebenenfalls spezifische Informationen auszutauschen, wie etwa Listen von **LSBTIQ*-Mediziner*innen**. Gibt es eine lesbische Allgemeinärztin oder explizit queerfreundliche Ärzt*innen in der Stadt und wo findet sich Fachpersonal für queere Themen? Für solche Informationen lohnt es sich auch, queere Organisationen im Ort zu kontaktieren. Oftmals liegen solche Listen jedoch nicht vor, sondern entsprechende Informationen (basierend auf persönlichen Erfahrungen) werden in Netzwerken weitergegeben.

1.4 Personalentwicklung und Fortbildung

Geht es um die Öffnung von Altenhilfeeinrichtungen kommt kein Standort umhin, die Belegschaft fortzubilden, um Vorurteile und mögliche Diskriminierungen zu erkennen und zu vermeiden. Sorgt diese Sensibilisierung für eine bessere Betriebskultur und zur höheren Identifizierung des Personals mit der Einrichtung, steigt auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen und ihre Motivation. So können diese Fortbildungen auch zum

Motor gegen Personalmangel werden. Sowohl Diversity-Kompetenz als auch die Entwicklung hin zu einer biografieorientierten und kultur-sensiblen Pflege werden zunehmend wichtiger in der Pflege und folglich auch zunehmend in der Personalentwicklung. Neben Fragen der Implementierung von Fortbildungen sind aber auch Fragen der Zusammensetzung des Personals wichtig oder danach, wer sich als Ansprech- oder Beratungsperson für queere Belange gut eignet.

Folgende Handlungsempfehlungen für eine gelingende Personalentwicklung konnten aus bisherigen Erfahrungen mit den **Fortbildungen** gewonnen werden:

- Nur die **kontinuierliche und regelmäßige Durchführung von Fortbildungen** kann eine nachhaltige Sensibilisierung garantieren. Das Fortbildungspaket sammelt das nötige Wissen und Vokabular, das es braucht, um queere Lebenswelten zu verstehen und pflegerische Belange von LSBTIQ*-Senior*innen richtig zu erkennen und umzusetzen. Es handelt sich um Wissen, das nicht nur theoretisch, sondern vor allem praktisch eingeübt werden muss. Für die Nachhaltigkeit ist daher insbesondere eine Kontinuität bei der Durchführung von Fortbildungen zentral. Einmal erlerntes Wissen wird schnell vergessen. Erst das wiederholte Üben sorgt für Nachhaltigkeit. Die Kontinuität wird insbesondere auch vor dem Problem des häufigen Personalwechsels relevant.
- **Pflichtfortbildungen für alle Mitarbeitenden:** Die Erfahrung zeigt, dass Fortbildungen verpflichtend für das gesamte Personal durchgeführt werden sollten. So kann sichergestellt werden, dass sich nicht nur Personen damit auseinandersetzen, die ohnehin schon offen für das Thema sind, sondern das gesamte Personal mit dem Thema in Berührung kommt. Für den Abbau von Diskriminierung ist eine Veränderung des Betriebsklimas wichtig, daher sollten alle Bereiche (auch Hauswirtschaft, Verwaltung etc.) eingeschlossen sein.
- In den ersten Durchführungen von Fortbildungen und Mikroschulungen während der Kontaktbeschränkungen durch COVID-19 hat sich gezeigt, dass viele Methoden aus dem Fortbildungspaket auch **online gut umsetzbar** sind. Als besonders hilfreich in Mikroschulungen haben sich auch ansprechende, kurze Videos erwiesen.

Abgeleitete Praxistipps aus der Projektevaluation

- Um Ressourcen zu sparen, empfiehlt es sich auch Fortbildungen **gemeinsam im Verbund** oder mit anderen Einrichtungen zu organisieren.

Für eine **diversitätssensible Personalentwicklung** können folgende Empfehlungen der verschiedenen Modellstandorte herausgestellt werden:

- Als hilfreich hat es sich gezeigt, wenn **queeres und diverses Personal** unter den Mitarbeitenden ist. Diversität in der Personalstruktur lohnt sich, dadurch ist spezifisches Lebenswelt-Wissen vorhanden. Das sorgt dafür, dass sich queere Bewohner*innen oder Klient*innen besser verstanden und sicherer fühlen. Um Diversität im Team herzustellen, müssen Stellenausschreibungen spezifisch formuliert werden. LSBTIQ*-Personen müssen sich davon angesprochen fühlen, damit sie sich bewerben. Außerdem müssen diese – sowie Personen, die von anderen Formen von (Mehrfach-)Diskriminierung betroffen sind – auch bewusst bevorzugt eingestellt werden. Die Sichtbarkeit von queeren und diversem Personal trägt außerdem dazu bei, das Thema auch durch diese Form der Repräsentation sichtbar zu machen.
- Durch die Fortbildungen entstehender (aber auch anderer projektbezogener) **Mehraufwand muss eingeplant werden**. Die Erfahrung zeigt, dass wenn Fortbildungen nach Feierabend durchgeführt werden, dies teilnehmende Personen überfordern kann, da nicht genug Zeit bleibt, um sich richtig zu erholen. Einige sind unter diesen Umständen gar nicht zu einer Teilnahme bereit. Um die Bereitschaft des Personals zur Auseinandersetzung zu fördern, müssen diversitätssensibilisierende Maßnahmen, wie beispielsweise Schulungen, aber auch die Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen etc. in die Dienstpläne integriert und somit als Arbeitszeit anerkannt werden.
- Nicht zu vergessen ist der Einbezug von **Beratungspersonal im Projekt und vor allem auch in Schulungen**, denn nicht selten beginnt der Kontakt von Klient*innen mit einem Träger oder einer Einrichtung in einem Beratungsgespräch. Ein Standort hat explizit auf die Schulung des Beratungspersonals gesetzt und sehr gute Erfahrungen damit gemacht, weil die Beratungsperson dadurch nun nicht nur für Anfragen von außen ansprechbar ist, sondern auch für Belange innerhalb der Einrichtung.

Zur Frage, wer konkret die verantwortliche Person für das Projekt in der Einrichtung sein soll, gibt es keine eindeutige Antwort. Von Vorteil ist, wenn die Person Erfahrungen mit queeren Lebenswelten, nötiges Wissen und eine gewisse Sensibilität mitbringt.

- Vor allem braucht es **motivierte Menschen**, die die Implementierung dieses Themas als selbstverständlich sehen und nicht als zusätzliche Aufgabe.
- Vorsicht: engagierte **Mitarbeitende aus der Community** dabei zu haben, mag für die Einrichtung ein **Segen** sein, für die Communitys ist der Einsatz als Wissensressource oft ein **Fluch**. Denn die Last von Anti-Diskriminierungsprojekten liegt meist auf den Schultern von Betroffenen, die sich nicht selten im Betrieb unbezahlt für das Thema aufarbeiten. Besonders problematisch wird dies, wenn dadurch das Thema auf solche Einzelpersonen ausgelagert wird und eine breitere Auseinandersetzung dadurch gehemmt wird. Die eigentliche Intention der Haltungsarbeit kann damit verfehlt werden: Sensibilisierungsarbeit läuft dann Gefahr, nicht als strukturelle Arbeit verstanden zu werden, die alle angeht, sondern wird zu einer Form der Repräsentationspolitik („Wir haben doch einen Schwulen“).

1.5 Organisationsentwicklung

Nur wenn eine Einrichtung dazu bereit ist, strukturelle Veränderung zuzulassen, kann die Öffnung nachhaltig gelingen. Entscheidend für den Öffnungsprozess ist nicht nur der Erwerb von Wissen, darüber hinaus sind für die Stabilisierung des Erlernten auch organisatorische Anpassungen nötig, um den Weg für Veränderungen zu ebnen. Im Folgenden haben wir Praxistipps gesammelt, die Eingriffe auf struktureller Ebene betreffen und sich im Modellprojekt bewährt haben.

- **Ganz besonders wichtig ist die Unterstützung der Leitung!** Unterstützung meint mehr, als das Projekt einfach nur zuzulassen und Mitarbeitende machen zu lassen. Für die Öffnung einer Einrichtung braucht es auch das Engagement und die Förderung der Leitung (z. B. durch das Bereitstellen von Ressourcen). Wenn die Einrichtungsleitung nicht richtig hinter dem Projekt steht, funktioniert die Umsetzung nicht. Sie

ist es auch, die für die folgenden Punkte die Hauptverantwortung trägt.

- Es braucht eine **klare Botschaft**: Den Verantwortlichen muss es gelingen, eine leicht verständliche und einprägsame Vision Ihrer Ideen und Lösungen zu schaffen sowie darauf aufbauend, eine konkrete Strategie zu erarbeiten, mit deren Hilfe die Öffnung der eigenen Einrichtung für queere Lebensweisen erfolgen soll. Je besser die direkt und indirekt Beteiligten wissen, wohin der Weg führt, desto mehr können sie sich darauf konzentrieren, die formulierten Ziele umzusetzen, so die Erfahrung aus den Praxisstandorten. Diese Botschaft oder Vision, von der einige unserer Gesprächspartner*innen sprachen, sollte nach anerkannten Change-Management-Theorien sechs Merkmale aufweisen:

 - a. *Vorstellbar*: Die Vision muss ein klares und glaubwürdiges Bild der Zukunft erzeugen.
 - b. *Erstrebenswert*: Die Vision sollte die langfristigen Interessen der Stakeholder innerhalb der Organisation ansprechen.
 - c. *Machbar*: Die Vision muss realistisch und erreichbar sein.
 - d. *Fokussiert*: Die Vision muss klar genug formuliert sein, um als Entscheidungshilfe zu dienen.
 - e. *Flexibel*: Die Vision sollte im Bedarfsfall auf veränderte Bedingungen reagieren.
 - f. *Mittelbar*: Die Vision sollte einfach zu kommunizieren und schnell zu erklären sein. (vgl. Kotter 2011)
- Dieses Vorhaben ist nicht alleine zu bewältigen. Idealerweise erreicht man es durch den Einsatz einer **Steuerungsgruppe** aus verschiedenen Beteiligten und von Statusgruppen in den Einrichtungen, um die Arbeit auf mehr Schultern zu verteilen. So bekommt das Projekt aber auch mehr Strahlkraft, je mehr Menschen daran beteiligt sind (zwei Multiplikator*innen sind nicht ausreichend). Die Steuerungsgruppe sollte sich regelmäßig treffen, um kontinuierlich arbeiten und Arbeit gut verteilen zu können. Wenn zu viel Arbeit auf Einzelpersonen lastet, ist dies weniger gewinnbringend. Die Reichweite einer einzelnen Person ist zu gering in einer Organisation, um nachhaltige Veränderungen erreichen zu können, außerdem besteht die Gefahr der Überlastung dieser Person. Außerdem: Endet ihre Arbeit in der Einrichtung, würde zusammen mit ihr das ganze Wissen gehen.
- Die Anbindung an queere Communitys vor Ort ist sehr wichtig. Solche Vernetzungen herzustellen, ist aber oft von Einrichtungen nicht leistbar, wenn es dort nicht bereits engagiertes queer-affines Personal gibt. Es empfiehlt sich, eine **Kontaktperson** in den Standorten einzusetzen, die vor allem mit dieser Aufgabe betraut ist und sich Zeit nehmen kann, sich entsprechendes Wissen anzueignen und Kontakte herzustellen. Diese Kontaktperson kann schließlich auch Ansprechperson für Belange von Mitarbeitenden und Klient*innen bezüglich queerer Themen sein. Es hat sich gezeigt, dass sich die Person mit den Kontakten zur Community auch gut eignet, um spezifische Informationen weiterzugeben oder ggf. an entsprechend queere Beratungsstellen weitervermitteln kann.
- Bereitstellen von **Ressourcen**: Damit die Umsetzung und Nachhaltigkeit des Projekts gewährleistet werden kann, braucht es Ressourcen innerhalb der Einrichtungen. Beispielsweise sollten Mitarbeitende für bestimmte Aufgaben oder in einem bestimmten Stundenumfang freigestellt werden, um zu vermeiden, dass Projektaufgaben in der Arbeitszeit noch zusätzlich erledigt werden müssen. Fortbildungen und Schulungen gehören zur Arbeitszeit und zudem braucht es Gelder für Veranstaltungen, Anschaffungen, Informationsmaterial etc. Letztendlich braucht es Unterstützung durch die Leitungsebene auch bezüglich der Freigabe von Ressourcen.
- Insbesondere für eine bessere Nachhaltigkeit hat sich eine **dauerhafte Prozess-Begleitung** als sinnvoll erwiesen. Im Modellprojekt waren zwei externe Coachinnen mit der strukturierten Begleitung der Projektteams in den Standorten betraut. Sie gaben den Teams Hilfestellungen zur eigenständigen Entwicklung einrichtungsbezogener Veränderungsprozesse und zur Lösungsfindung bei Hürden, Konflikten und Problemen. Diese Begleitung hat sich als empfehlenswert herausgestellt, nicht alleine aufgrund des Fachwissens zur Steuerung von Veränderungsprozessen in Organisationen, sondern auch weil eine Außenperspektive oft weitere hilfreiche Sichtweisen einbringt. Darüber hinaus dient der Austausch mit der Prozessbegleitung immer auch der Überprüfung des Ist-Zustands im Team, ist im Veränderungs-Prozess eine „Qualitätskontrolle“ und bietet die Möglichkeit bei Bedarfen rechtzeitig nachjustieren.

1.6 Kurzfazit: Was hat das Modellprojekt bislang schon erreicht?

Das Modellprojekt „Queer im Alter – Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO für die Zielgruppe LSBTIQ*“ hat das Ziel, in den Altenhilfeeinrichtungen der AWO ein diskriminierungsfreies Umfeld für LSBTIQ*-Personen zu schaffen, welches von Toleranz, Akzeptanz und Respekt gegenüber den jeweiligen sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten und den damit verbundenen Lebensformen und -weisen geprägt ist. Hier der Versuch eines ersten, kurzen Zwischenfazit:

Am ersten Modellprojekt nahmen sechs unterschiedliche (stationäre und ambulante) Standorte teil, deren Queer-Affinität und Erfahrungen mit LSBTIQ*-Belangen ein breites Spektrum aufweisen. Alles war vertreten: Standorte, die sich erstmals dem Thema LSBTIQ* öffneten und sich als „Einsteiger*innen“ verstehen und welche, die teils bereits erste Kontakte zu Communitys aufwiesen oder aber schon vor Projektstart mit ehrenamtlichen Queers zusammen arbeiteten und erste Fortbildungen genutzt haben.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass sich das entworfene Projektdesign (bestehend aus den Instrumenten Fortbildungen & Schulungen, Prozessbegleitung & (Team-) Coaching, Community-Mapping & Begleitung durch Zielgruppen, VielfALT Scan & Checklisten) auf alle Standorte gewinnbringend anwenden ließ. Mit der Konzeptionierung „Leitfaden und Instrumente“ und dem Fortbildungspaket inkl. Coaching-Konzept stehen ein erfolgreich durchführbares Projektdesign und für die Altenhilfe spezifisch angepasste Inhalte für einen möglichen Ablauf der Öffnung von Altenhilfeeinrichtungen zur Verfügung.

Die Unterschiedlichkeit der Standorte hat jedoch auch aufgezeigt, dass es eine bedarfsorientierte Umsetzung benötigt. Die Umsetzung sowie Gewichtung und Reihenfolge der zur Verfügung stehenden Instrumente und Maßnahmen muss individuell an die Standorte angepasst werden. Jeder Standort muss für sich selbst schauen, wie die Lage vor Ort ist, wie Instrumente angepasst werden, welche Maßnahmen sich besonders gut eignen und vielleicht auch in welcher Reihenfolge verschiedene Schritte vollzogen werden sollten.

Denn eine Schablone für alle unterschiedlichen Situationen der Standorte funktioniert nicht.

Vor dem Hintergrund der bedarfsorientierten Anpassung des Projektdesigns wird der Austausch innerhalb der Einrichtungen und zwischen den Standorten besonders wichtig. Einerseits braucht es in den Standorten ein ganzes Team, das über die Umsetzung berät. Andererseits zeigte sich der Austausch von Ratschlägen und Erfahrungen zwischen Standorten im Öffnungsprozess als sehr fruchtbar. Auch wenn das eine oder andere Gespräch zum Ergebnis kommt, dass sich gemachte Erfahrungen aufgrund der Unterschiedlichkeit der Standorte nicht eins zu eins übertragen lassen, hilft dies meist trotzdem zur Lösung der eigenen Problemstellung.

Mit dem ersten Modellprojekt hat die AWO ihr Ziel, ihre Einrichtungen und Angebote vielfaltssensibel, inklusiv und offen für Alle zu gestalten, sicherlich noch nicht erreicht, jedoch hat sie als erster großer Träger von Altenhilfeeinrichtungen sich auf den Weg gemacht und das Modellprojekt ist ein wichtiger Baustein auf dem Weg zu diesem Ziel.

Um diesem Ziel einen weiteren Schritt entgegen zu gehen, wurde das Projekt fortgesetzt und weiterentwickelt. Die neue Koordinierungsstelle des Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) richtet sich trägerübergreifend an alle Angebote und Einrichtungen der institutionellen Altenhilfe.

Zentrale Angebote der Koordinierungsstelle sind:

- Unterstützende Beratung von Trägern und Einrichtungen der Altenhilfe
- Regionale Informationsveranstaltungen für Verbände und Einrichtungen der Altenhilfe und kommunale Akteur*innen
- Transferworkshop mit Beteiligten des ersten Modellprojekts
- Implementierung, Begleitung und Bewerbung von Fortbildungsangeboten und Vermittlung von Dozent*innen
- Teilnahme an Tagungen und Kongressen – u. a. Deutscher Seniorentag vom 24. bis 26. November 2021 in Hannover
- Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit

Was aus Sicht der Projektbeteiligten, Expert*innen wie Mitarbeiter*innen der Modellstandorte, noch getan werden muss, damit ein offenes Leben unterm Regenbogen in naher Zukunft in möglichst vielen der jeweils über 14 000 Pflegeheimen und ambulanten Dienste in Deutschland selbstverständlich wird, fasst das folgende Kapitel mit Handlungsempfehlungen für eine flächendeckende Öffnung der Pflegewelt für LSBTIQ* zusammen.

2. Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige und flächendeckende Öffnung der Pflegewelt für LSBTIQ*-Senior*innen

Während sich die Praxistipps im vorhergehenden Kapitel an Einrichtungen der Altenhilfe richten, die sich auf den Weg machen wollen zu einer LSBTIQ*-offenen Einrichtung, spricht das folgende Kapitel vor allem Entscheider*innen von Trägern, Verbänden und Politik an. Es geht nun um Ideen für eine nachhaltige und flächendeckende Öffnung von Pflegeeinrichtungen für LSBTIQ*-Senior*innen. Diese Ideen basieren auf Interviews mit den am Projekt beteiligten Expert*innen zu Altenpflege und LSBTIQ*-Belangen aus Wissenschaft, Interessen- und Pflegeverbänden. Auch Überlegungen für potenzielle politische Weichenstellungen, mit der Zielsetzung der Nachhaltigkeit der Projektidee, werden aufgegriffen.

Alle Expert*innen waren sich einig, dass das Projekt „Queer im Alter“ einen wichtigen Impuls setzt für einen Einstieg in eine kultursensible und queer-offene Pflege der beteiligten AWO-Einrichtungen. Einigkeit bestand jedoch auch darin, dass mit dem Projekt lediglich ein erster Schritt hin zu einer LSBTIQ*-sensiblen Pflegewelt gemacht wurde. Um die erzielten Erfolge zu verstetigen und auch auf andere Einrichtungen deutschlandweit zu übertragen, braucht es weitere Anstrengungen. Hier die gesammelten Impulse, was geschehen müsste:

1. Fester Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung: Inhalte für die diversitätsbezogene Sensibilisierung für die Belange von Menschen aus queeren und diversen Lebenswelten sollten umfassend in die *Curricula von Berufsausbildungen von Pflegeberufen* eingearbeitet werden. Zudem ist es auch wichtig, dieses spezifische Wissen in berufsbezogenen Weiterbildungen zu implementieren. Das vorliegende Fortbildungspaket liefert sehr gute Methoden und Übungen dafür – der erste Schritt ist also getan.

2. Den Mehrwert kommunizieren: Eine Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für die Belange von queeren Senior*innen hat eine Vielzahl von Vorteilen für alle Beteiligten: Durch die Förderung einer kultursensiblen Betreuung und Pflege in der es gilt, stärker die Biografie der Klient*innen zu berücksichtigen und den Blick für Unterschiedlichkeiten zu stärken, verbessert sich maßgeblich die Qualität der Pflege. Dieser Qualitätsgewinn hat Vorteile für *alle* zu Pflegenden, weil mit diesem Blick stärker nach individuellen Belangen gefragt wird. Darüber hinaus werden die Einrichtungen für alle Menschen attraktiver, die ebenfalls nicht der heteronormativen Mehrheitsgesellschaft angehören und die auf der Suche nach einer Betreuungseinrichtung sind, in der sie ihre Individualität leben können und einfach sie selbst sein können. Und schließlich – so die Einschätzung einiger Expert*innen – bringt ein solcher Wandel eine höhere Arbeitgeberattraktivität mit, da viele Pflegekräfte sich selbst einer queeren Lebenswelt zugehörig fühlen. Dieses *Wissen um den vielfachen Mehrwert einer solchen Öffnung muss viel stärker in die Pflegewelt getragen werden*, um den Prozess der Öffnung wesentlich voran zu treiben.

3. Zentrale Anlaufstelle einrichten: Verschiedene Expert*innen betonen die Notwendigkeit einer bundesweiten *AWO-Koordinierungsstelle*. Aufgabe dieser Stelle wäre neben der Steuerung des Gesamtprozesses die Informationsvermittlung, die punktuelle Unterstützung (Prozessbegleitung, Coaching, Beratung) sowie die Vernetzungen zwischen den Einrichtungen und ggf. die Unterstützung beim Austausch mit der lokalen queeren Lebenswelt. Letztlich bräuchte jeder größere Träger eine entsprechende zentrale Anlaufstelle. Diese Stellen könnten mittelfristig ausgebaut werden zu *Beratungsstellen für eine fallbezogene Pflege* und damit auch

Ansprechpartner*in sein z.B. für die Belange von (queeren) Menschen mit migrantischen Biografien oder mit religionspezifischen Belangen.³

4. Ausdehnung auch auf andere Betreuungseinrichtungen: Vor dem Hintergrund dieses Praxisnutzens ist es auch sinnvoll über die *Erweiterung auf andere Care-Einrichtungen* nachzudenken, d. h. die diversitätssensible Öffnung nicht nur in der Altenhilfe, sondern auch in Krankenhäusern, bei Angeboten für Menschen mit Behinderung u. Ä. zu unterstützen.

5. Ausdehnung in die ländlichen Gebiete besonders fördern: Insbesondere Expert*innen für die Belange von LSBTIQ*-Senior*innen wünschen sich, dass die Öffnung der Altenhilfe aus urbanen Ballungszentren rauskommt und sich bundesweit auch in ländlichen Regionen entwickelt. In diesem Kontext kam der Vorschlag auf, verschiedene AWO-Einrichtungen jenseits des Modellprojekts (z. B. in einer ländlichen Region) zu koordinieren und gemeinsam für alle Einrichtungen einführende kultursensible Fortbildungen durchzuführen. Als wichtig wurde herausgestellt, dass nicht nur das Pflegepersonal, sondern alle Beschäftigten in den jeweiligen Einrichtungen sensibilisiert werden sollten.

6. Zertifizierungen initiieren: Einige Einrichtungen in Deutschland haben positive Erfahrungen mit Zertifizierungen gemacht (Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt – Berlin; Regenbogenschlüssel – Frankfurt/M.). Aber auch Erfahrungen in anderen Ländern (Roze Loper – Niederlande) und in anderen Bereichen (audit beruf & familie für familienfreundliche Arbeitgeber), zeigen, dass solche Zertifikate Anreize geben, ein entsprechendes Konzept der kultursensiblen Pflege in der eigenen Einrichtung strukturell und nachhaltig umzusetzen. Zusätzlich Zertifizierungen durchzuführen, steht nicht im Widerspruch zum Konzept einer möglichst flächendeckenden Sensibilisierung, kann diese aber gut ergänzen.

7. Verstetigung des Themas: Sowohl die prozessbegleitenden Expert*innen als auch einige Teil-

nehmer*innen aus den Modellstandorten betonen die Wichtigkeit der Verstetigung. Die Auseinandersetzung mit queeren Themen muss *Einzug erhalten in die alltäglichen Arbeitsabläufe*, aber auch in die *berufliche Fort- und Weiterbildung*. Das wiederum setzt voraus, dass das bestehende Fortbildungspaket und die Leitfäden zur Öffnung regelmäßig überarbeitet und um die neuesten (wissenschaftlichen) Erkenntnisse ergänzt werden.

8. Vernetzung fördern: Mehrfach formulierten Modellstandorte den Wunsch nach bundesweiten Treffen aller queer-affinen Standorte in der AWO. Der Wunsch nach kollegialem Lernen und nach einem Erfahrungsaustausch der Akteur*innen vor Ort kann die Nachhaltigkeit des Vorhabens wesentlich unterstützen.

9. Sterbebegleitung als weiteres Handlungsfeld stärker berücksichtigen: Die adäquate Begleitung von queeren Menschen am Ende ihres Lebens sollte in den Fortbildungen noch stärker thematisiert und im Sinne eines diversitätssensiblen Ansatzes verstetigt werden, so die Sicht eines*r Expert*in.

10. Thema für Thema oder gleich eine Öffnung der Pflegewelt hin zu individualisierten Pflegekonzepten, die auf Vielfalt und Toleranz beruhen? Altenpflegeeinrichtungen für Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans*- und intergeschlechtliche Menschen zu öffnen, ist dringend geboten. Gleiches gilt jedoch auch für andere Menschen, die ebenfalls nicht den vorherrschenden kulturellen Leitbildern entsprechen und die daher (auch) im Alter Ungleichbehandlungen bis hin zu Diskriminierungen ausgesetzt sind. Hier stellt sich die Frage unmittelbar, wie eine solch offene Pflegewelt erreicht werden kann, in der alle Menschen, unabhängig von ihrer Hautfarbe, ihrem Glauben, ihrer ethnischen und sozialen Herkunft, ihrer sexuellen Identität und unabhängig von anderen sozialstrukturellen Merkmalen bestmöglich ihrem Lebensende entgegen gehen können. Eine Variante dieser Öffnung ist es, die Pflegewelt und ihre Akteur*innen Thema für Thema zu sensibilisieren und zu befähigen. Die andere Variante

3 Für diese Belange bräuchte es jedoch eigenständige Fortbildungspakete, Netzwerkarbeit, Community-Mapping usw., weil es sich um spezielle Anforderungen handelt.

Abgeleitete Praxistipps aus der Projektevaluation

wäre es, gleich von Beginn an Pflegekonzepte zu etablieren, die auf Vielfalt und Toleranz beruhen. Hier herrschte Uneinigkeit zwischen den Expert*innen, welcher Weg der erfolgversprechendere wäre. Klar war jedoch, dass am Ende alle Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland dieses Ziel erreichen müssen.

Literatur

- Albiez, Thomas (2005): Professionelle Pflege und Fachexpertise am Beispiel Pflegediagnostik, in: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 2
- Bohnsack, Ralf (2000): Gruppendiskussion, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbeck: Rowohlt
- Darmann, I. (2004): Problemorientiertes Lernen – Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen, in: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 9
- Gerlach, Heiko; Markus Schupp (2016): Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland. Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung, <https://schwuleundalter.de/download/lebenslagen-partizipation-und-gesundheitlich-pflege-rische-versorgung-aelterer-lesben-und-schwuler-in-deutschland/>, Zugriff 16.06.20
- Gläser, Jochen; Grit Laudel (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden: VS Verlag
- Kardorff, Ernst von (2000): Qualitative Evaluationsforschung, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbeck: Rowohlt
- Kotter, John P. (2011): Leading Change. Wie Sie Ihr Unternehmen in acht Schritten erfolgreich verändern. München: Verlag Vahlen
- Lottmann, Ralf; Ingrid Kollak (2018): Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige – Ergebnisse des Forschungsprojekts GLESA, in: International Journal of Health Professions, 5(1): 53–63
- Lottmann, Ralf; Rüdiger Lautmann, Maria Do Mar Castro Varela (Hg.) (2016): Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Springer
- Matolycz, Esther (2013): Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen, Wien: Springer-Verlag
- Mayring, Phillip (2000): Qualitative Interviews, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbeck: Rowohlt
- Mayring, Phillip (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim: Beltz
- Peter, Claudia (2006): Die Methode des Fallverstehens als Grundlage für professionelles pflegerisches Handeln? Pflege im Diskurs, Gesprächsreihe 1, Veröffentlichungsreihe des EvKB Bielefeld
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview, in: Forum Qualitativ Social Research No 1, Vol 1, <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>

Autor*innen



Lothar Andrée

ist als Soziologe seit vielen Jahren in der Implementierung und Umsetzung beruflicher Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen tätig. Leitung des Modellprojekts „Queer im Alter“ zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für die Zielgruppe LSBTIQ* beim Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. in Berlin.



Melike Berfê Çınar

ist Diplom-Politologin und Bildungsreferentin mit dem Schwerpunkt Vielfalt, Demokratieförderung und Antidiskriminierung. Sie ist seit zehn Jahren in der Wohlfahrtspflege tätig und gibt Seminare, Inputs und verfasst Artikel im Themenfeld. Sie lebt und wirkt in Berlin und in aktivistischen Zusammenhängen gerne auch bundes- und weltweit.



Katrin Drevin

ist gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin und studierte Pflegewissenschaftlerin. Sie ist aktives Mitglied des Netzwerkes queer*pflegen. Pflegewissenschaftlich interessiert sie die Situation von transgeschlechtlichen Personen in unterschiedlichen Pflegesettings. Ergebnisse verschiedener Arbeiten wurden im Sammelband trans & care (Hg.: Castro Varela, Appenroth) veröffentlicht. Sie lebt und arbeitet als Dozentin in Leipzig.



Ralf Lottmann

studierte Soziologie in Berlin und Gerontologie in Amsterdam. Er promovierte an der Technischen Universität Dresden und arbeitete an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin zu den Themen gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Selbstbestimmung und Pflege im Alter. 2017 bis 2019 war er Marie Skłodowska-Curie Fellow am Centre for Research on Ageing and Gender (CRAG) an der University of Surrey in Großbritannien. Derzeit ist er Vertretungsprofessor für Gesundheitspolitik an der Hochschule Magdeburg-Stendal.



Christiane Luderer

ist gelernte Pflegekraft und promovierte Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin (Schwerpunkt: Klinische Expertise). Als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg lehrt und forscht sie unter anderem im Bereich der Didaktik für Gesundheitsberufe, der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit, der Kommunikation der Gesundheitsberufe und der bedürfnisorientierten Pflege von Menschen in der Akut- und Langzeitpflege sowie in der Palliativpflege.



Esther Mader (Mag. Soz.)

arbeitete bis zum Frühjahr 2021 als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei SowiTra zu Geschlechterverhältnissen auf dem Arbeitsmarkt. In ihrer Promotion zum Thema „Handlungsfähigkeit in queeren Räumen“ befasst sie sich mit Anti-Diskriminierung, Intersektionalität sowie Queer Theory. Sie war mehrfach beteiligt an qualitativen und quantitativen Erhebungen und Evaluationen zu Studien im Pflegebereich.



Stefan Reuyß (Dipl.-Soz.)

ist Diplom-Soziologe (Schwerpunkt Arbeitssoziologie), Business-Coach, gelernter Krankenpfleger und Geschäftsführer von SowiTra. Er verfügt über eine 20-jährige Forschungs- und Beratungspraxis zu den Themen Gender/Diversity, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung. In empirischen Forschungsprojekten auf nationaler und internationaler Ebene hat er in und mit Unternehmen sowie Non-Profit-Organisationen zusammengearbeitet, dort Gleichstellungs- und Diversity-Fragen, betriebliche Abläufe und Strukturen sowie entsprechende Bedarfe analysiert, beschrieben und diskutiert.



Goska Soluch

ist eine aus Polen stammende Sozialwissenschaftler*in, Supervisor*in und Trainer*in.

Der Motor ihrer Arbeit ist das macht- und gesellschaftskritische Engagement, bei dem es ihr wichtig ist, auf unterschiedlichen Ebenen thematisch gegen Homofeindlichkeit, Rassismus, Sexismus, Feindlichkeit gegenüber Menschen mit Behinderung sowie anderen Formen von Diskriminierung anzutreten.

ÖFFNUNG DER ALTENHILFEINRICHTUNGEN FÜR LSBTIQ*



Die Biografien von älteren Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und queeren Menschen (kurz LSBTIQ*) sind nicht selten von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen geprägt. Sind LSBTIQ* im hohen Lebensalter auf Angebote der institutionellen Altenhilfe angewiesen, befürchten nicht wenige von ihnen erneute Ablehnung und Ausgrenzung. Dieses Praxishandbuch zeigt im ersten Teil konkrete Maßnahmen auf, wie sich verschiedene Einrichtungen und Serviceformen der Altenhilfe für queere Senior*innen öffnen können.

Der zweite Teil beinhaltet ein Fortbildungspaket mit Coaching-Konzept. Mitarbeitende von Altenhilfeeinrichtungen werden in einzelnen Modulen für die Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Lebensweisen und Identitäten sensibilisiert und erfahren die Relevanz geschlechtlicher Diversität und sexueller Lebensweisen im Kontext der Altenhilfe. Neben den einzelnen Modulbeschreibungen wird eine umfangreiche Methoden- und Materialsammlung bereitgestellt, wodurch die Module unmittelbar anwendbar sind.

Das Praxishandbuch wendet sich also sowohl an Einrichtungen der institutionellen Altenhilfe als auch an Anbieter*innen der beruflichen Erwachsenenbildung.

Das komplette Handbuch steht kostenlos als Download zur Verfügung.

www.queer-im-alter.de
www.queer-im-alter.awo.org

