

Gender und sexuelle Orientierung im Alter – authentisches Verhalten förderlich für die Gesundheit?

Dr. Andrea Kuckert-Wöstheinrich

Reflektive Fragen für Praxisanleiter*innen:

- Wie würden Sie Ihre eigene sexuelle Orientierung und Genderidentität beschreiben?
- Fänden Sie es wichtig, in Ihrem pflegerischen Alltag zu wissen, welche sexuelle Orientierung oder Genderidentität eine Person hat?
- Braucht es im pflegerischen Alltag eine gesonderte Behandlung von LGBTQI*-Personen?

Seit einigen Jahren beschäftigen sich immer mehr Autor*innen mit der Frage, welche Handreichungen Mitarbeitende im Gesundheitssystem brauchen, um adäquater auf die Bedürfnisse älterer LGBTQI*-Personen¹ einzugehen. Ihre (pflegerischen) Anliegen werden nicht erkannt, sie berichten von schwer zu überwindenden Barrieren im Gesundheitssystem und fühlen sich diskriminiert. Der Fokus der Publikationen liegt auf der sexuellen Orientierung und/oder der Genderidentität.

Transgender und Homosexualität waren im historischen Kontext zwei Phänomene, die über einen langen Zeitraum nicht nur gesellschaftlich negativ besetzt, sondern auch als psychische Erkrankung diagnostiziert waren. Um die Homosexualität zu therapieren, wurden die Elektrokardiotherapie (EKT, im Volksmund „Elektroschock“) oder psychiatrische Therapien angewandt. Prof. Carp (Bakker 2018) ist in den Niederlanden zu Beginn der 50er-Jahre einer der führenden Psychiater. Er behandelte mehrere Personen mit einer Genderdystrophie, die sich als Frau fühlten, aber im biologischen Geschlecht des Mannes gefangen waren. Psychotherapie, Diätpsychologie und Psychoanalyse erzielten genauso wenig den erhofften Erfolg wie die Kastration und das Verabreichen von männlichen Hormonen. Das „Diagno-

stic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) gilt seit seiner Erscheinung 1952 als das Standardwerk für Psychiater*innen, wenn es um das Stellen von psychiatrischen Diagnosen geht. 1968 wurde in der zweiten Auflage Homosexualität als Erkrankung aufgenommen. 1987 wurde die Homosexualität aus dem DSM-III-R gestrichen und 1991 auch aus dem ICD-10, dem International Classification of Diseases². Die WHO hat im Jahr 2013 erklärt, dass Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit keine Krankheit seien. Damit besteht auch keine Indikation für eine Therapie (WHO 2020b).

Entsprechend dem deutschen statistischen Bundesamt (2020) rechnen sich in Deutschland 7,4% der Bevölkerung zu der Gruppe der LGBTQI*. Damit wächst auch die Gruppe der älteren LGBTQI*-Personen und setzt sich aus denen zusammen, die in den 1960er- und 70er-Jahren maßgeblich für ihre Rechte kämpften und damit auch einen großen Schritt zu einer nachhaltigen Emanzipation dieser Gruppe beitrugen. In der Literatur werden sie oft als die „pride generation“ beschrieben. Einerseits gibt es unter den älteren Lesben und Schwulen eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Personen, die aufgrund einer subjektiv gefühlten schlechten Lebensqualität in Kombination mit einer unzureichend erlebten Pflege sich durchaus für einen Suizid entscheiden würden. Vor allem die Versorgung am Lebensende mit einem möglichen Pflegebedarf spielt eine große Rolle. Traditionelle Ressourcen wie Familienmitglieder stehen oft nicht zur Verfügung. Daher ist es gerade in dieser Gruppe wichtig, sich abzusichern, wie sie unter Umständen in pflegerischer Abhängigkeit leben wollen. Andererseits will die Gruppe der LGBTQI*-Personen nieman-

¹ Das Akronym LGBTQI* wird neben vielen anderen Abkürzungen und Kategorisierungen in Deutschland laut Statistischem Bundesamt (2019) am häufigsten verwendet und ist aus dem Englischen übernommen: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersexual und * alle weiteren Personen.

² Die ICD-10 der WHO wird in Deutschland für die Kodierung der Todesursachen für die internationale Todesursachenstatistik eingesetzt. Als modifizierte ICD-10-GM (German Modification) dient sie in vielen Anwendungssystemen der Kodierung der Morbidität. Viele etablierte Prozesse basieren auf der ICD-10-GM: z.B. Abrechnung stationärer und ambulanter Leistungen, Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik (DIMDI 2020).



Die WHO hat im Jahr 2013 erklärt, dass Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit keine Krankheit seien.

dem zur Last fallen, aber sich auch authentisch im Alter, vor allem am Lebensende, verhalten. Der Wunsch nach authentischem Verhalten (ich bin homo- oder bisexuell, ich bin Transmann oder Transfrau) geht andererseits mit einer Angst vor Diskriminierung und Benachteiligung im Gesundheitssystem einher. Die alternde LGBTQI*-Community hat Schwierigkeiten, einen Zugang zu Einrichtungen zu finden, die auf ihre Bedürfnisse eingestellt sind. Ältere LGBTQI*-Personen verschweigen aus Angst vor Diskriminierung und aufgrund ihrer in den 60er- und 70er-Jahren gemachten Erfahrungen z. B. ihre sexuelle Orientierung. „Sie befürchten, z.T. zu Recht, eines Tages in Heime abgeschoben zu werden, die auf homosexuelle Bewohner*innen nicht eingestellt bzw. nicht vorbereitet sind.“ (Pulver 2015:310)

Authentisch im Alter sein

Die im Folgenden vorgestellten Interviewpassagen stammen aus der Studie „Ältere LGBTQI*-Männer, viel mehr als schwul und trans – Aufforderung an die Pflege: Anerkennend und personenzentriert autonomes Gesundheitsmanagement unterstützen“, die im Rahmen des Masterstudiengangs „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ an der Universität Witten/Herdecke 2020 durchgeführt wurde.³ In der qualitativen Studie wurden acht Männer zwischen 53 und 75 Jahren aus den

Niederlanden und Deutschland in autobiografischen Interviews befragt, inwiefern die Coronapandemie ihre Vorstellungen vom gesunden Altern verändert hat. Alle Männer haben komplexe Biografien, gekennzeichnet von Partnerverlust, Arbeitslosigkeit, Altersfragen, familiären und gesundheitlichen Herausforderungen neben anderen Faktoren. Aber alle identifizieren sich seit ihrer Jugend mit ihrer sexuellen oder Genderidentität. Sie haben aus vielen Krisen gelernt und sorgen mit einem für sich klaren Management, dass sie auch im Alter gesund bleiben – Autonomie steht hoch im Kurs! Die Person nicht nur auf die Zugehörigkeit zur LGBTQI*-Gruppe zu reduzieren, sondern in ihrer gesamten Identität in den Gesundheitseinrichtungen zu berücksichtigen, kennzeichnet eine adäquate Pflege.

Mit Joop, Anfang 60, der sich vor Kurzem von seiner Frau getrennt hat, um seine homosexuelle Orientierung zu leben, habe ich mich an einem kühlen Novembertag in einem Café direkt im Bahnhof von Amsterdam verabredet. Ich möchte etwas über die Alten erfahren, die sich selbst als lesbisch oder schwul oder bisexuell beschreiben, die sich zu der Gruppe der Transmänner oder Transfrauen rechnen, die sich vielleicht auch nur zu der Gruppe der Queers zählen, ohne weiter darauf eingehen zu wollen. Wie leben sie im Alter, und wie wollen sie in Zukunft leben. Es geht um die Generation, so erzählt Joop, die in den 60er- und 70er-Jahren hart für die Rechte der Lesben und Schwulen gekämpft hat und die heute im Alter in ihrer eigenen Community bleiben und sich nicht mehr rechtfertigen möchten

³ Betreut wurde die Masterarbeit von Prof. Dr. Kazuma Matoba.

für ihr Anderssein bzw. weitere Diskriminierungen nicht mehr ertragen können. Er kennt Beispiele aus Pflegeeinrichtungen, die ihn sehr nachdenklich stimmen. „Stell Dir vor, Du bist Dein Leben lang homo gewesen. Und dann musst Du in ein Altenheim, von dem Du nicht weißt, wie die Mitarbeiter dort drauf sind. Und aus Angst verschweigst Du Deine sexuelle Orientierung. Je gaat terug naar de kast.“⁴



Blamtag - stock.adobe.com

Gleichgeschlechtliche Liebe – auch heute noch ein Problem?

Ich bin etwas verwundert, hatte ich doch das Gefühl, dass die Niederlande, denen die Liberalität vorausieht, diese Zeiten längst überwunden hätten. Er erzählt das folgende Beispiel: „Eine 82-jährige Frau wird in ihrem Zuhause durch eine junge Pflegekraft versorgt. Sie entdeckt auf dem Tisch ein gerahmtes Bild einer anderen Frau mit einem schwarzen Band an einer Ecke als Zeichen, dass sie verstorben ist. Die Pflegerin fragt, wer die Person auf dem Foto sei. ‚Meine große Liebe, die nicht mehr ist,‘ erhält sie als Antwort. Daraufhin weigert sich die Pflegerin, weiterhin für die Frau zu sorgen.“

Das Beispiel macht mich nachdenklich; dass es im Jahr 2020 nach wie vor solche Herausforderungen gibt. Joop führt weiter aus: „Und wenn Menschen diese Geschichten hören und selbst in den 60er- und 70er-Jahren für ihre eigene sexuelle Orientierung angefeindet wurden, haben sie natürlich Angst, dass sich das alles wiederholt, und aus dieser Angst heraus – auch wenn sie vielleicht unbegründet ist – verschweigen sie ihre sexuelle Orientierung, die doch eigentlich so einen großen Teil ihrer Identität ausmacht.“ Das kann ich ein Stück weit nachvollziehen. Und trotzdem macht es mich betroffen. „Joop, ähnlich wie in Deutschland gibt es auch in den Niederlanden das Bestreben, Vielfalt in der Pflege zu berücksichtigen. Unter dem Deckmantel der Diversity bekennt sich eine Gesellschaft zu ihren unterschiedlichen Mitgliedern.“ Er schüttelt den Kopf.

⁴ „Man geht wieder in den Schrank zurück“: Im Niederländischen wird das Coming-out als „uit de kast komen“ beschrieben. Das Verschweigen wird dann mit dem Gegenteil beschrieben.

„Das mag schon stimmen. Das Problem ist, dass z. B. in den ganzen pflegerischen Ausbildungen die sexuelle Orientierung einer Person überhaupt keine Rolle spielt, weil man zum einen glaubt, dass alles über LGBTQI* bekannt ist und zum anderen Sexualität im Alter sowieso kein Thema ist.“

Ich schaue ihn erstaunt an und mag es nicht glauben, und doch glaube ich es, hat mir vor einigen Monaten eine examinierte Altenpflegerin in einer deutschen Großstadt erzählt, dass sie einen Bewohner und eine Bewohnerin gemeinsam unter der Dusche entdeckt habe, und das könnte ja gar nicht gehen!⁵ Wir reden weiter über diese Entwicklung, über die Zunahme der Angst vor Diskriminierung und dass die jungen LGBTQI* alles ausprobieren, aber im Geheimen. „Auf der Straße,“ so Joop, „laufen zwei Männer nicht mehr Hand in Hand!“

Joop erzählt: „Vor einigen Jahren gab es eine Untersuchung des Gesundheitsamtes (GGD 2012) unter den LGBTQI*-ers. Sie sind oft einsam, was durch eine angespannte wirtschaftliche Situation und ein fortgeschrittenes Alter noch verschärft wird. Denn es sind gerade die Älteren, die allein sind und niemanden haben, auf den sie zurückfallen können. Aber wir erfahren auch, dass das Thema ‚Sorge‘ bei vielen kein Thema ist. Man hat Angst, man müsste für jemanden sorgen, und über das eigene Bedürfnis nach Sorge spricht man auch nicht.“

Reflektive Fragen für Praxisanleiter*innen:

- Sind Ihnen die Begriffe sexuelle Orientierung und Genderidentität vertraut?
- Können Sie diese definieren?
- Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrem pflegerischen Alltag mit Personen mit verschiedenen sexuellen Orientierungen gemacht?
- Welche Herausforderungen würden Sie benennen, wenn Sie über ältere homosexuelle Personen oder Transmänner/Transfrauen nachdenken?
- Glauben Sie, dass Sie spezielles Wissen benötigen, um diese Personengruppe adäquat versorgen zu können?

Sexuelle Orientierung und Genderidentität

Die sexuelle Orientierung beinhaltet ein dauerhaftes Muster romantischer oder sexueller Anziehungskraft (oder einer Kombination davon) auf Personen des anderen Geschlechts, des gleichen Geschlechts oder auf beide Geschlechter. Heterosexualität bezeichnet die sexuelle Orientierung auf das jeweils andere Geschlecht, Homosexualität auf das gleiche Geschlecht (lesbisch oder schwul) und Bisexualität auf sowohl das andere als auch das gleiche Geschlecht. Intersexuell oder intergeschlechtlich bezeichnet die Personen, bei denen es Un-

⁵ Sinkovic und Towler (2018) schlussfolgern in einer systematischen Literaturstudie zu Sexualität im Alter, dass von Frauen eine größere, sexuelle Inaktivität erwartet wird als von Männern.

eindeutigkeiten des körperlichen Geschlechts gibt. Sie können sich in Deutschland seit 2018 als „divers“⁶ registrieren lassen. Genderidentität ist die Identifikation einer Person mit dem Geschlecht des Mannes oder der Frau. Dies kann vom Geschlecht, das Transgendern bei der Geburt durch den Arzt/die Ärztin zugewiesen wurde, abweichen. Transsexuelle Personen gehen in der Regel eine Transition, eine körperliche Anpassung ein, nehmen Hormone und lassen sich (teilweise) operieren. Eine Trans-Person kann wiederum homo- oder heterosexuell sein.

LGBT+	Derzeit gibt es kein allgemein anerkanntes Akronym für die Gemeinschaften von Menschen, die nicht heterosexuell sind und/oder ihr Geschlecht auf unterschiedliche Weise ausdrücken. LGBT+ ist ein Oberbegriff, ein häufig verwendetes Akronym für Lesben, Schwule, Bi- und Trans-Menschen. Erumfasst sowohl die sexuelle Orientierung (LGB) als auch die Geschlechtsidentität (T). Der Begriff „+“ (plus) wird verwendet, um alle anderen Geschlechtsidentitäten und -orientierungen zu identifizieren, die nicht speziell von den anderen vier Initialen abgedeckt werden.
Q	Der Buchstabe Q im Akronym LGBTQ+ enthält die „queer community“. Queer ist ein Oberbegriff, den Individuen verwenden können, um eine sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität oder einen Geschlechtsausdruck zu beschreiben, die/der nicht den vorherrschenden gesellschaftlichen Normen entspricht. Es ist möglich, die „queere“ Identität anzunehmen, um zu vermeiden, sich auf die Geschlechterbinärdateien von Frauen und Männern und/oder auf die wahrgenommenen Einschränkungen zu beschränken, die durch die sexuellen Orientierungen des LGB auferlegt werden.
Nicht-binär	Nicht-binär ist ein Adjektiv, das eine Person beschreibt, die sich nicht ausschließlich als Frau oder Mann identifiziert. Insbesondere passen einige nicht-binäre Personen nicht geschickt in die Kategorien „Frau“ oder „Mann“, oder „weiblich“ oder „männlich“. Nicht-binäre Menschen können sich als Frau und als Mann identifizieren, irgendwo dazwischen oder ganz außerhalb dieser Kategorien. Während viele sich auch als Transgender identifizieren, tun es nicht alle nicht-binären Menschen.
CIS	Cisgender oder CIS ist ein Begriff, der verwendet wird, um eine Person zu beschreiben, deren Geschlechtsidentitäten mit denen übereinstimmt, die typischerweise mit dem Geschlecht verbunden sind, das ihnen bei der

⁶ Das Bundesverfassungsgesetz stellte 2017 klar, dass das Geschlecht im Sinne des Grundgesetzes „auch ein Geschlecht jenseits von männlich oder weiblich sein kann“. Damit können intersexuelle Personen als Geschlecht auch den Begriff „divers“ wählen.

Geburt zugewiesen wurde. Cisgender stellt die Begriffe „Nicht-Transgender“ oder „Bio-Frau/Bio-Mann“ wieder her, um sich auf Personen zu beziehen, die mit dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, und ihrer Geschlechtsidentität übereinstimmen.

Heteronormativität Heteronormativität ist der Glaube, dass Heterosexualität die normale oder bevorzugte Art der sexuellen Orientierung ist. Wieder ist die Annahme, dass jeder heterosexuell ist, und dass Heterosexualität allen anderen Sexualitäten überlegen ist. Heteronormativität ist oft mit Diskriminierung und Homophobie verbunden.

Tabelle 1: Definitionen im Kontext LGBTQI* ((IENE 9, 2020).

Die Salutogenese als alternativer Betrachtungsansatz im Kontext sexuelle Orientierung und Genderidentität

Die WHO definierte 1948, dass „Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 2020c). Diese Definition hat bis heute ihre Gültigkeit beibehalten und wurde 1986 in der Ottawa Charta um den Begriff der Gesundheitsförderung erweitert. Was ist Gesundheit und was ist gesundes Altern? Die Begriffe der Gesundheit und Krankheit können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Das, was heute in einer Gesellschaft als gesund und somit positiv betrachtet wird, kann in einem anderen Kontext negativ besetzt sein.

Neben der Gesundheitsdefinition der WHO gibt es noch weitere Erklärungsansätze. Krohwinkel z. B. identifiziert Wohlbefinden und Unabhängigkeit als subjektiv empfundene Teile der Gesundheit. „Krankheit und Gesundheit sind dynamische Prozesse, die für die Pflege als Fähigkeiten und Defizite erkennbar sind.“ Das bedeutet im Umkehrschluss die Aufforderung an die Pflegenden, Personen im Ausbau ihrer Fähigkeiten zu unterstützen und durch Beratung und Information z. B. Defizite zu verringern. Lay als ein jüngerer Vertreter der Pflegewissenschaft greift den Gedanken von Krohwinkel auf und versteht Pflege als Gesundheitsförderung (Lay 2012).

- Reflektive Fragen für Praxisanleiter*innen:**
- Wann ist Ihrer Einschätzung nach eine Person krank, und wann ist sie gesund?
 - Stimmen Sie der WHO-Definition in Bezug auf Gesundheit zu?
 - Kennen Sie andere Gesundheitsdefinitionen?
 - Sind Ihnen Äußerungen von Kolleg*innen bekannt, in denen Homosexualität als Krankheit definiert wird?

„Ich habe ganz am Anfang von Corona einen Forschungsbericht gelesen, der die These aufgestellt hat, dass bestimmte

HIV-Medikamente auch das Coronavirus bekämpfen können. Da habe ich mich eine ganze Weile dran hochgezogen. Und ich habe keine Ahnung, ob das so ist. Ich habe immer eine Idee, wie es weitergeht. Ich habe nirgendwo das Gefühl, es gibt nichts, wo ich nicht noch mal einen Schritt weite machen könnte. Ich habe nicht so ein hoffnungsloses Gefühl. Ich habe meine HIV-Infizierung so spät kennengelernt, dass ich damals schon hätte längst weggefegt sein müssen, wie meine Ärztin damals sagte. Ich habe das bisher überlebt. Ich weiß, wie ich mich zu schützen habe, und wenn mal was passiert, dann vertraue ich auch darauf, dass ich im richtigen Moment die richtigen Helfer finde. Händewaschen ist eigentlich für mich nichts Neues. Ich habe lange in der Pflege gearbeitet, ich weiß, wie ich mir wirklich die Hände richtig waschen muss. Wenn es nicht so ist, dann weiß ich auch, dass das eine Vorherbestimmung ist, vielleicht. Ich weiß es nicht, aber ich habe schon das Gefühl irgendwie, ich habe das zwar alles selbst in der Hand, aber mir kann nichts passieren, das so ungeheuerlich wäre, dass ich davor echte Angst haben muss. Habe immer eine Idee, wie es weitergeht. Ich bin für mich noch nicht fertig. Dafür bin ich zu jung. Wir [Wilfried und sein Partner] haben so viele Wellen in unserem Leben schon durch, nach fast 25 Jahren, da kann uns so eine Krise nichts anhaben. Ist also nichts, was wir da nicht auch schon mal irgendwie erlebt haben und mit dem wir nicht irgendwie umgehen können mussten. Ich habe viel von meiner Mutter mitbekommen, was Sorge füreinander, was aufeinander achten bedeutet. Das hat mich sehr geprägt.“ (Wilfried, 53 Jahre alt, ehemaliger exam. Altenpfleger)

Anforderungen, auf die er keine direkt verfügbaren oder automatischen adaptiven Reaktionen hat (...)“ (Antonovsky 1997:26) Das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997) liefert damit eine andere Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. Gesundheit besitzt verschiedene Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial und ökologisch) und kann deshalb nicht allein durch naturwissenschaftliche oder biomedizinische Analysen erforscht werden. Die salutogenetische Orientierung sieht den Menschen in seiner Gesamtheit und fokussiert im Falle einer Erkrankung nicht auf den krankmachenden Teil, sondern sucht nach den Variablen, die dafür sorgen, dass eine Krankheit nicht oder in abgeschwächter Form in Erscheinung tritt.

<p>„Sense of coherence“ oder Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, dass eine Person ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens in Bezug auf die folgenden Elemente, die einander beeinflussen, hat:</p> <p>(nach Anconovsky 1997:36ff)</p>	<p>Verstehbarkeit: Die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, sind strukturiert, vorhersehbar und erklärbar;</p> <p>Handhabbarkeit: Es stehen Ressourcen zur Verfügung, um die Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;</p> <p>Sinnhaftigkeit: Diese Anforderungen sind Herausforderungen, die Anstrengung und Engagement lohnen.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

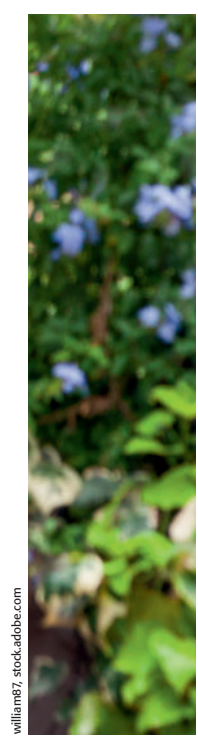
Abbildung 1: Sense of Coherence, Antonovsky (1997)

Krankheit und Gesundheit sind dynamische Prozesse

Aus den Gesundheitswissenschaften ist der Ansatz von Antonovsky (1997) bekannt, der Gesundheit als labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen und als einen der extremen Pole auf dem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit versteht. Die Salutogenese, abgeleitet aus dem Lateinischen (salus für Gesundheit/ ‚Wohlbefinden‘ und genese, lateinisch für Entstehung) beinhaltet sowohl die Suche nach einer Antwort auf die Frage, wie Gesundheit entsteht bzw. wie sie erhalten werden kann, als auch ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und ihre dynamischen Wechselwirkungen bezieht, die das Entstehen von Gesundheit beeinflussen. „Salutogenetisches Denken ermöglicht die Untersuchung der Konsequenzen aus den, an den Organismus gestellten

Im Mittelpunkt steht der sogenannte SOC, das Kohärenzgefühl. Kohärenz leitet sich aus dem Lateinischen ab: „zusammenhängend“, „Halt haben“ und setzt sich aus den drei Komponenten der „Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit“ zusammen. Die Verstehbarkeit bezieht sich auf die Faktoren, die eine Person in ihrem Leben beeinflussen und die auf eine gewisse Art und Weise nachvollzogen werden können. Wenn der Aspekt der Verstehbarkeit stark ausgeprägt/erfüllt ist, ist die Welt verständlich. Die Handhabbarkeit beinhaltet die Organisation, das Management der verschiedenen Faktoren, die eine Auswirkung auf ein Individuum und auf seine Umgebung haben. Die Person verfügt über Ressourcen, die zur Lösung von Problemen eingesetzt werden können. Die Sinnhaftigkeit verweist auf die eigenen Ziele, für die es sich aus der eigenen Perspektive lohnt, sich zu engagieren. Je stärker dieses Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, je besser kann eine Person auch mit Krisen umgehen beziehungsweise ihnen auch einen Sinn geben und Positives daraus lernen.

Wenn eine Person versteht, wie es ihr in ihrer Gesamtheit gesundheitlich geht, über welche Ressourcen sie verfügt, um mit Krisen umzugehen, was getan werden kann, um Gesundheit als solche auch im Alter zu erhal-



williams7, stock.adobe.com

ten und etwas Negativem auch etwas Positives abzugewinnen, dann ist die Person in der Lage, auch einen starken Sense of Coherence zu entwickeln. Damit lässt sich auch erklären, warum manche Personen besser mit einer Krise zurechtkommen als andere Personen.

„Vor drei Jahren haben wir auch dieses ‚Ehe für alle‘ noch mal nachgeholt. Wir haben nicht einmal Krach gehabt, nicht ein einziges Mal. Und viele bewundern auch, dass wir so lange schon zusammen sind. Weil, gerade in Schwulenbeziehungen ist das sehr selten zu sehen. Ich meine, viele haben ja diese Abenteuerlust, mal hier, mal da. Das ist alles nicht meine Art. Meine Stiefmutter – ich habe mit 20 erfahren, dass sie nicht meine leibliche Mutter ist – hat mich mit ihrer Liebe erdrückt, hat Kinder aus der Nachbarschaft missbraucht, wurde angeklagt und hat sich im Gefängnis das Leben genommen. Mein Vater war Mitglied der belgischen Regierung, hat nicht ertragen, dass sein Sohn schwul ist, und hat sich als Alkoholiker kaputt gelassen. In meiner ersten Partnerschaft bin ich an einen Zuhälter geraten, hat mich gezwungen, auf den Strich zu gehen. Nach einem Jahr bin ich davon losgekommen. Mit 19, also Anfang der 80er-Jahre, habe ich erfahren, dass mein Partner HIV-positiv ist. Ich habe ihn vier Jahre bis zu seinem Tod gepflegt. Meine Umwelt hat mich nicht verstanden, denn bei diesem Partner habe ich mich auch mit dem HIV angesteckt. Hätte ihn umbringen können. Aber ich war und bin nun mal so. Im Alter möchte ich gesund bleiben. Mit meinem Mann zusammen, dass wir gemeinsam noch alt werden können. Dass wir gemeinsam auch noch vieles erleben können, ist meine Hoffnung. Auch in zehn, fünfzehn Jahren. Und ich mei-

ne Selbstständigkeit nicht verliere.“ (Frank, 59 Jahre alt und seit 30 Jahren mit seinem jetzigen pflegebedürftigen Mann zusammen.)

In den in diesem Artikel vorgestellten Interviewpassagen erzählen Männer aus ihrem Leben, in dem sie den unterschiedlichsten Belastungen ausgesetzt waren. Aber alle definieren sich als gesund. Zwei, insoweit bekannt, von ihnen sind mit dem HIV infiziert, nehmen regelmäßig Medikamente und gehen alle drei Monate zu einer Laborkontrolle. Frank hatte darüber hinaus noch eine Osteoporose, mit der er aber im Moment gut zurechtkommt. Arie hatte sich nach einer längeren depressiven Krise in die Behandlung eines Psychologen begeben. Am Anfang hat er dem Vorschlag des Hausarztes eher skeptisch gegenübergestanden, letztendlich aber doch, wie er sagte, viel für sich lernen können. Leo beschreibt sich selbst als Hypochonder, leidet auch während der Coronapandemie unter Panikanfällen, die er aber selbst einigermaßen gut in den Griff bekommt. Paul als Transmann nimmt ebenfalls regelmäßig Medikamente, ist bei dem einen oder anderen Facharzt in Behandlung und fühlt sich gesundheitlich sehr wohl – auch wenn das Kahlwerden durch die Einnahme des Testosterons ihm manchmal Sorgen bereitet.⁷ Gerard erzählt dazu: „Ich

⁷ Bei unserem zweiten Interview hatte er deutlich mehr Haare. Er zeigte mir Bilder in seinem Mobiltelefon, die ihn zu Beginn der Hormontherapie und im Verlauf darstellten. Ein Mittel, das er im



Diskriminierungen
im Alltag

habe ein chronisches Leiden; eine Veränderung in der Bauchspeicheldrüse. Es ist kein Krebs, aber doch chronisch. Einer von den Aspekten, die das mit sich bringt, ist chronische Müdigkeit. Und die ist mal mehr und mal weniger, und das ist lästig.“ (Gerard I.6.1)

„Ich bin das Kind einer deutschen Mutter, habe in Delft Architektur studiert und bin jetzt 72. Während meines Lebens habe ich viele intime Freundschaften gehabt – ich vermute mal, dass ich von Natur aus nicht monogam bin. Am Ende der 80er-Jahre begegnete ich meinem Freund, und zu meinem Erstaunen funktionierte das gut. Wir haben sogar ein paar Jahre zusammengewohnt, und dann ist er an Krebs gestorben. Er war 36! Elf Jahre ist er krank gewesen. Mit ansehen zu müssen, wie jemand mit 36 immer weniger wird, und dann zu hören zu bekommen, dass nichts mehr hilft und er langsam stirbt... dieses Trauma habe ich nach wie vor nicht verarbeitet. Es ist ein Teil meiner Identität. Nachdem mein Partner gestorben war, folgte eine Periode, in der ich übers Internet Kontakte suchte. Mit mehr oder weniger Glück. 2012

bunden und sich z.B. der Werte der Kommunikation bewusst. Sie bekommen immer wieder mit, dass Menschen nicht reden können, alles in sich hineinfressen und vereinsamen.

„Indem ich über vieles rede, auch, wenn was ist. Und vieles auch beobachte. Auch positiv sehen und nicht negativ sehen vielleicht. Und viel auch drüber reden und nicht alles in mich reinfressen, auf Deutsch gesagt. Wenn man über vieles redet, dann ist auch vieles einfacher, nicht dieses Stillschweigen einzunehmen und nichts mehr zu sagen, das ist vollkommen falsch.“ (Frank I.45.2).

Und Wilfried führt weiter aus:

„Und erstmal Ruhe reinkriegen, erstmal auch dann durchatmen und mit Bedacht die nächsten Schritte/und das hat mich am Ende auch geprägt. Also ich denke, dass ich, wenn ich mich selber reflektiere, schon für mich reklamiere, dass ich eine gewisse Form von Empathie habe, dass ich neben meiner Kommunikation, die ich streuen möchte, auch gut aber in der Lage bin, hinzuhören und mir versuche immer die Mühe zu geben, aus dem Gehörten auch noch das Gemeinte zu verstehen.“ (Wilfried I.2.12)

Thomas, Jan, Leo, Gerard, Paul, Wilfried, Frank und Arie sprechen immer wieder von ihren verschiedenen heterosexuellen Freundschaften, die sich über all die Jahre entwickelt hatten und in denen es primär um

die Freundschaft an sich ging und nicht um eine gleichgeschlechtliche Orientierung. Gerard vertraut seiner langjährigen Freundin seine Gedanken zu möglichen Entscheidungen am Lebensende an. Entscheidend ist, dass die Anerkennung durch den anderen positiv belegt ist, und Arie, der in seiner Biografie nach dem Tod seines Partners Ablehnung durch langjährig vertraute homosexuelle Paare mitgemacht hatte, baut neue Kontakte zu Nachbarn auf, die ihn anerkannten als ihren Nachbarn, als jemanden, mit dem man gerne auf der „Galerie“ sitzt.

Man hat zwar mit dem einen oder anderen zu kämpfen, spürt manchmal auch „das Alter“, aber im Großen und Ganzen ist man mit dem subjektiven Gesundheitserleben zufrieden. Ihre sexuelle Identität bzw. Genderidentität steht für alle acht Personen außerhalb jeglicher Diskussion. Die Identifikation mit dem eigenen Geschlecht und der eigenen sexuellen Orientierung ist eine wichtige Ressource für eine stabile psychische Gesundheit und eine damit verbundene positive Lebensqualität. Es wird gerade bei der älteren Gruppe der LGBTQI*-Personen eine Korrelation zwischen einer starken sexuellen-/Genderidentität als Schutzfaktor vor lebenslangen Viktimisierungen und Diskriminierungen vermutet.



Gesundheit in ihrer Gesamtheit stärken

bekam ich Kontakt mit einem Mann aus Saudi-Arabien, der in Ägypten studierte. Warum sollte man es sich auch so leicht machen! Nun, mittlerweile sind wir verheiratet. Er ist 41 Jahre jünger als ich und wohnt jetzt in den Niederlanden. Meine Devise ist: Man muss offen sein für solche Abenteuer. Es ist wie eine Entdeckungsreise. Auch das macht einen Teil meiner Identität aus. Ich stehe jetzt vor einer total neuen Phase meines Lebens.“ (Leo, 72 Jahre alt)

Die Teilnehmer der Studie gestalten ihr Leben auf eine aktive Art und Weise, die dazu führt, dass sie ihr subjektives Niveau des Gesundheitseins halten und unter Umständen weiter ausbauen konnten. Vor allem diejenigen, die bereits berentet waren wie Paul, Arie und Leo, treiben Sport – allein oder gemeinsam –, nehmen Gesangsunterricht und singen im Chor oder lernen, weil sie mit einem Arabisch-Muttersprachler zusammen sind, arabisch. Sie sind aktiv, verabreden sich mit Freunden und besuchen verschiedene Clubs. Wilfried und Frank sind in einem beruflichen Kontext einge-

Internet gefunden hatte, zeigte deutliche Besserung (Feldnotizen 20.06.2020).

Ein starkes Bewusstsein für das „wahre Selbst“ als Teil der Authentizität kann ein protektiver Faktor gegen Diskriminierung sein. Je klarer und offener man damit auftritt, je einfacher sein Umfeld auf seine sexuelle Orientierung reagieren kann.

Pflegerisches Wissen im weitesten Sinn beinhaltet auch das Wissen über einzelne biografische Elemente aus dem Leben der zu versorgenden Person. Müssen bestimmte Bedürfnisse von (LGBTQI*-) Personen in stationären oder ambulanten Institutionen berücksichtigt werden, ist es notwendig, diese entsprechend auch zu erfragen. Maragh-Bass (2019) spricht sich dafür aus, die sexuelle Orientierung (SO) und Genderidentität (GI) standardmäßig bei der Anamnese zu erheben. Da diese Teilidentitäten unter Umständen wichtige Einflussfaktoren für eine adäquate Versorgung der Patient*innen sein können, ist eine systematische Erhebung und Dokumentation der SOGI (Sexual Orientation and Gender Identity) unabdingbar (Maragh-Bass 2019). Ist zum Beispiel bekannt, dass ein Transmann sich zwar die Brust hat amputieren lassen, die inneren weiblichen Geschlechtsorgane aber noch vorhanden sind, müssen regelmäßige gynäkologische Voruntersuchungen auch bei älteren Personen durchgeführt werden.

„Obwohl ich vor fünf Jahren – damals war ich 69 Jahre alt – mit meiner Geschlechtsanpassung angefangen habe, bin ich noch nicht als Mann registriert. Das steht noch an. In der Vergangenheit hatte ich sowohl zu Frauen als auch zu Männern Beziehungen. Die längste mit einer Frau. Diese begann Anfang der 80er-Jahre. Als ich sie kennenlernte, habe ich Männerunterhosen getragen. Das tat mir gut. Ich fand die nett. Sie gehörten zu mir. Das missfiel meiner Freundin. Um ihr einen Gefallen zu tun, habe ich wieder angefangen, Damenslips zu tragen.

In meiner Jugend gab es noch keine Möglichkeit, sich operieren zu lassen. Ich habe auch nie an diese Möglichkeit gedacht. Ich fühlte mich wie ein Junge, basta! Ich versuchte, mich so viel wie möglich wie ein Junge zu kleiden. Die Brust versteckte ich hinter weiten Hemden und stramm sitzenden Unterhemden. Ich glaube, dass so in den 90er-Jahren die Geschlechtsanpassung möglich wurde – was ich damals gar nicht mitbekam. Meine gesellschaftlichen Beziehungen waren damals – wie soll ich das sagen – etwas feministisch geprägt. Ein Mann war tabu, und deshalb wagte ich nicht zu sagen, wie ich mich fühlte. Erst später gab es ein paar Freundinnen, mit denen ich über mein Problem sprach.

2012 outete sich der Philosoph Maxim Februari⁸ und sagte, dass er weiter als Mann durchs Leben gehen würde. Ich fand

⁸ Maxim Februari lebt als bekannter Philosoph und Schriftsteller in den Niederlanden und verkündete 2012, dass er jetzt als Mann durch das Leben gehen würde (Bakker 2012).

das faszinierend und spürte Eifersucht. Da kam bei mir der Gedanke: ‚Was er kann, kann ich auch!‘ Er war erst 49, glaube ich, auch nicht mehr so ganz jung, aber ich war doch wesentlich älter. Bis dahin fand ich es nicht lohnend, mich operieren zu lassen. Aber dann fing ich doch an, mich zu informieren. Ich war mir nicht sicher, wie mein Umfeld darauf reagieren würde. Auch in Bezug auf Beziehungen. Ich dachte, ich würde nie mehr eine Beziehung führen können. Das würde dann noch komplizierter werden... So denke ich auch noch heute. Weil man doch irgendwie... eine andere Persönlichkeit wird. Die Zielgruppe, die für dich relevant ist, wird immer kleiner. Ich dachte: ‚Wenn... muss ich es jetzt in Angriff nehmen, sonst passiert nie mehr was!‘ Bevor man es weiß, kann man dement sein, und dann ist alles zu spät.“ (Paul, 75 Jahre alt, Transmann). //

Dr. Andrea Kuckert-Wöstheinrich

Hochschullehrende – Fachbereich Soziale Arbeit und Pflege, Fachhochschule Vorarlberg GmbH/Dornbirn, Österreich, St. Augustinus Gruppe, Neuss, Deutschland
andrea.kuckert@fhv.at

- Literatur**
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVV Verlag.
- Bakker, A. (2018). Transgender. Een buitengewone geschiedenis in Nederland. Amsterdam: Boomgeschiedenis.
- IENE 9 (2020). iene-lgbt.com (besucht am 22.12.2020)
- Krohwinkel, M. et al (1992). Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung (DBfK), (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12), Baden-Baden: Nomos-Verl.-Gesellschaft.
- Lay, R. (2012). Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Schlütersche Verlagsgesellschaft, zweite Auflage. Hannover 2012, S. 210 (Erstauffl. 2004, S. 144).
- Maragh-Bass, A.C. (2019). The "Ask" Is the "Answer": Implementing Routine Documentation of Sexual Orientation and Gender Identity in Health Care American Journal of Public Health 109, 1071_1073, doi.org/10.2105/AJPH.2019.305192.
- Pulver, M. (2015). Anders Altern. Zur aktuellen Lebenslage von Schwulen und Lesben im Alter. In: Schmidt, F. & Schondelmayer, A. C. & Schröder, U. B. (Hrsg.). Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine. Wiesbaden: Springer VS.