

LGBTIQ* und Pflege: warum braucht es spezielle Pflegekonzepte?

Fachvortrag im Rahmen eines Workshops zu „Sexuelle Orientierung und
Pflegebedürftigkeit“ im Rahmen des Dt. Pfllegetags 2018

Berlin, Samstag den 17.03., 09.00-11.30 Uhr

Referent: Dr. Markus Schupp

Sehr geehrte Menschen in ihrer Vielfalt,

im Programm für den diesjährigen Deutschen Pfllegetag habe ich bereits das
Ergebnis meines Vortrags vorweggenommen. Ich habe dort folgende These
formuliert:

„Nur wenn Pflegende um die besonderen Biographien von LGBTIQ*¹ und den
daraus resultierenden Bedürfnissen wissen, wird eine subjektorientierte Pflege
möglich.“

Schuldig bin ich Ihnen einzig die Begründung für diese These. Dies möchte ich nun
tun.

Grundlage für die folgende Begründung ist eine Forschungsarbeit von meinem
Kollegen Heiko Gerlach und mir, die wir in den vergangenen Jahren durchführten
und 2017 abschlossen (Gerlach und Schupp 2017). Ausgangsfragestellung dieser
qualitativen Studie war die Erforschung der Lebenssituation gleichgeschlechtlich
liebender Frauen und Männer in der ambulanten und stationären Altenpflege. Befragt
wurden 32 pflegebedürftigen Lesben und Schwule² sowie 11 Pflegefachkräfte der
Altenpflege mit Erfahrung in der Pflege von homosexuellen Menschen. Im Ergebnis
unserer Studie formulierten wir eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten
in der Altenpflege. Diese Theorie, angelehnt an die Anerkennungstheorie des
Philosophen Axel Honneth und an den Pflegewissenschaftler Heiner Friesacher,

¹ Sollte von Seiten der Moderation dieses Kürzel noch nicht erläutert sein, an dieser Stelle folgender Hinweis.
LGBTIQ* ist die englischsprachige Abkürzung für die Gruppen der Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente,
Intersexuelle und Queere sowie das Sternchen für sexuelle oder geschlechtliche Identitäten, die sich nicht
zuordnen wollen oder können.

² In einem Geschlechterverhältnis von 8 lesbischen Frauen und 24 schwulen Männer.

beschreibt, wie sich die erfahrene emotionale Zuwendung, die rechtliche Gleichstellung und die soziale Wertschätzung im pflegerischen Handeln auf die Identität lesbischer und schwuler Pflegebedürftiger auswirkt. Wir konnten zeigen, dass erfahrene Anerkennung identitätsstärkend wirkt, während das Ausbleiben einer solchen schädlich für die sexuelle Identität und damit für das Wohlbefinden lesbischer und schwuler Pflegebedürftiger wirken kann.

Wie sich in unserer Studie auch zeigt, haben die befragten pflegebedürftigen lesbischen Frauen und schwulen Männer alle ein mehr oder weniger ausgeprägtes Stigma-Management im Umgang mit ihrer sexuellen Identität entwickelt, welches sie in der Regel bis in die Gegenwart der Pflegebedürftigkeit weiterverfolgen. Ihre Erfahrungen, zum Teil als Jugendliche im Nationalsozialismus, mehrheitlich jedoch ihre Sozialisation in der Adenauer Zeit der gesellschaftlichen und rechtlichen Repression homosexuellen Lebens, hat bei vielen zu einer versteckten Lebensweise geführt, die sie auch in der Pflegebedürftigkeit weiterleben. So bspw. eine lesbische Frau als Begründung für ihr früheres verstecktes Leben:

„Also ich hatte halt Angst vor Diskriminierung. [I: hm] Oder [I: hm] dass ich von irgendetwas ausgeschlossen worden wäre.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 700).

Ein schwuler Mann äußert sich im Interview wie folgt:

„Also äh – als es galt, also Jungens müssen äh hart wie Kruppstahl, zäh wie Leder, w_ flink wie die Windhunde sein“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 388).

Bei dem schwulen Mann handelt es sich um einen Probanden, der im Nationalsozialismus aufwuchs. Dies beeinträchtigte auch sein Selbstbild, da er das gesellschaftliche Ideal internalisierte und sich selbst verachtete, was keinen Einzelfall in unserer Untersuchung darstellt:

„Nun ja, ich merkte doch äh - äh dass das abgelehnt wurde. - Vom Staat, von der Kirche, von der Familie. Und das schlimme ist, das habe ich wohl auch verinnerlicht. Und bin dadurch in äh_ ja sch_ständige Schuldgefühle, auch Angstgefühle geraten.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 399)

Einige der befragten lesbischen und schwulen Pflegebedürftigen geben sich gegenüber ihrem Umfeld komplett offen, andere leben ihre sexuelle Identität

situations- oder Umfeld bezogen offen und wenige leben fast gänzlich versteckt. Naturgemäß konnten wir niemanden interviewen, der oder die komplett verschlossen lebt. Es zeigen sich hingegen Phänomene der geschlossenen Lebensweise gegenüber dem Pflegepersonal, während mit Freundinnen und Freunden ein offen homosexuelles Leben gelebt wird. Ein besonderes Phänomen zeigt sich bei einigen Frauen, die als Teil ihres Stigma-Managements ihre sexuelle Identität gegenüber dem Pflegesetting abspalten und dort als Frauen wahrgenommen werden wollen. Ihre Bedürfnisse reduzieren sie hierbei auf ihre geschlechtliche Identität des Frauseins, während sie ihre sexuelle Identität des Lesbischseins komplett ausblenden. Hierzu eine Probandin auf die Frage, wie sie mit ihrer sexuellen Identität in der Pflegebedürftigkeit umgeht:

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

Wie eingangs beschrieben, wurden pflegebedürftige lesbische Frauen und schwule Männer sowie Pflegefachkräfte befragt. Nicht Untersuchungsgegenstand waren Einrichtungen der Altenpflege. Allerdings haben wir analysiert, wie homosexuelle Pflegebedürftige und wie Pflegefachkräfte ihre Einrichtungen oder ihre Pflegedienste wahrnehmen. Hierbei standen für uns die Fragen im Mittelpunkt, ob eine konzeptionelle Einbindung der homosexuellen Identitäten Pflegebedürftiger erkennbar ist, und wenn ja, ob dies Auswirkungen auf die Lebenssituation dieser Menschen hat. Hierbei zeigte sich eine beschriebene Dreiteilung von Einrichtungen,

1. die speziell auf die Zielgruppe homosexueller Männer und/oder auf die Zielgruppe HIV-positiver Männer ausgerichtet waren,
2. von herkömmlichen Einrichtungen mit einer erkennbaren Öffnung für die Zielgruppe homosexueller Menschen
3. und von herkömmliche Einrichtungen ohne erkennbare Öffnung für die Zielgruppe homosexueller Menschen (Gerlach und Schupp 2017, 427ff).

Im Ergebnis zeigt sich für uns, dass diejenigen das größte Maß an Anerkennung ihrer sexuellen Identität erfahren, die in speziellen Einrichtungen für schwule Männer oder für Männer mit HIV leben. Hintergrund hierfür ist die konzeptionelle Ausrichtung

der Einrichtungen auf diese Zielgruppen, die die Merkmale der homosexuellen Identität proaktiv in die Betreuung und Pflege miteinbeziehen. Proaktiv bedeutet, dass überlegt wird, welche Biographien homosexuelle Menschen haben und welche Bedürfnisse daraus resultieren und wie diesen im Pflegesetting begegnet werden kann. Hierzu ein Proband aus einer solchen Einrichtung zur Frage, warum er diese für sich gewählt hat:

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

Ein vergleichsbares Pendant für lesbische Frauen gibt es derzeit in Deutschland nicht.

Annähernd eine Anerkennung erfahren homosexuelle Pflegebedürftige in herkömmlichen Einrichtungen mit einer Öffnung für diese Zielgruppen. Eine solche Öffnung kann bspw. bedeuten, aktiv um diese Zielgruppen zu werben, sei es in speziell angebotenen Führungen, mit einem Regenbogenaufkleber an der Tür oder auch durch die Teilnahme der Einrichtung an den lokalen CSD-Umzügen. Eine konzeptionelle Öffnung im Sinne des Proaktiven Einbezugs wie oben beschrieben, war hier allerdings nicht zu erkennen.

Ebenso war ein solcher proaktiver Einbezug nicht in herkömmlichen Einrichtungen zu erkennen.

Ein solcher Befund in dieser vorgenommenen Dreiteilung bedeutet nicht – und dies möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich betonen – dass homosexuelle Pflegebedürftige sich ausschließlich in speziellen Einrichtungen wohlfühlen und in den anderen nicht. Wie sich an folgendem Beispiel zeigt, fühlen ein schwuler Mann und sein Partner ausgesprochen wohl und wertgeschätzt in einer herkömmlichen Einrichtung:

„Ja. Ich bin zufrieden und es muss halt dann sein. Zufrieden_heit, ist ein großes Wort. Und die Leute sind nett zu mir und ich bin nett zu denen.“
(Gerlach und Schupp 2017, 464f)

Wie sich bei beiden jedoch auch zeigt, gibt es eine Strategie des Ausblendens möglicher negativer Erfahrungen:

„Ich habe gleich von Anfang an gesagt, ich bin reingegangen, da habe ich gesagt, ich brauche einen Platz für meinen Freund, weil zuhause geht es nicht mehr, der ist so krank. Und die wissen das, und die Sache ist erledigt. Was die hinter mein... oder hinter unserem Rücken sagen, stört mich nicht, sind alle freundlich“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 718)

Ein entscheidender Faktor für das Wohlbefinden der beiden Männer in dieser stationären Einrichtung ist ein freundschaftliches Verhältnis zur lesbischen Stationsleitung, die ihre lesbische Identität offen in der Einrichtung lebt. Beide erleben diese Verbindung als anerkennend und stärkend für ihre eigene Identität.

Lassen Sie mich nun zur Begründung meiner o.g. These kommen, dass eine subjektorientierte Pflege für lesbische Frauen und schwule Männer nur dann möglich ist, wenn Pflegende um die besonderen Biographien um diese Personen wissen. Hierbei steht unsere Theorie exemplarisch für andere sexuelle und geschlechtliche Minderheiten, für die es derzeit kaum oder keine entsprechenden Forschungsarbeiten gibt.

Geht man davon aus, dass pflegerisches Handeln als Berufshandeln einer doppelten Professionalisierung der Anwendung von wissenschaftlichem Wissen bei gleichzeitiger Fähigkeit des hermeneutischen Fallverstehens unterliegt, wie namhafte Pflegewissenschaftler_innen dies zugrunde legen (Oevermann 1978; Weidner 1995, 45ff; Darmann-Finck 2009, 17f, 2010, S. 65; Friesacher 2008, S. 260), so stellt sich die Frage, wie Pflegende dies gegenüber homosexuellen Pflegebedürftigen leisten können. Wie sich bei den von uns befragten Pflegefachkräften zeigt, sind ihre Erfahrungen in der Pflege von homosexuellen Menschen in der Regel marginal und meist auf schwule Männer beschränkt. Dies hängt mit der versteckten Lebensweise älterer Generationen und mit der Unsichtbarkeit lesbischen Lebens zusammen. Hinzu kommt – und dies formulieren die befragten Pflegekräfte als solches – dass sie kaum fachliches Wissen um die Biographien homosexueller Menschen und den daraus resultierenden Bedürfnissen haben. Daraus abgeleitet fordern sie in den

Interviews entsprechende Inhalte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege, wie dies die folgenden Zitate exemplarisch zeigen:

„Also ich --- ich kann mich echt nicht erinnern, dass irgendwo vorkam ... Ja gut, vielleicht als der Betriebsarzt die Fortbildung gemacht hat über HIV.“

„...ich weiß nicht, wie es in der Altenpflegeausbildung ist. Da ist es eigentlich wichtiger noch als in der Krankenpflegeausbildung. Weil da halt keine richtige Beziehungspflege stattfindet, ja. Die Patienten liegen nur kurz im Krankenhaus. [I: Ja] Aber in der Altenpflege, wo du dann - Beziehungspflege im Prinzip auch lernst, - gerade da ist es wichtig, äh wie ich wie gehe ich mit Anderssein um.“
(Gerlach und Schupp 2017, S. 491).

Während die Probandin eine Unsicherheit zeigt, ob entsprechende Inhalte in der Ausbildung zur Altenpflege gelehrt werden, bestätigen andere Befragte, dass dem nicht so ist. Auch unsere Auswertung zahlreicher Lehrmaterialien bestätigt dies (Gerlach und Schupp 2017, 59ff).

Nach unserer Untersuchung kommen wir zu dem Befund, dass Pflegende zwar ein breites Wissen über die gesellschaftliche Ausgrenzung homosexueller Menschen in der Vergangenheit haben und dass sie auch die gegenwärtig noch immer verbreiteten Homophobie wahrnehmen, sie wissen hingegen nicht, was dies für die Betroffenen bedeutet. Sie wissen wenig vom erlernten Stigma-Management und den daraus resultierenden Strategien der Informationskontrolle. Sie wissen nichts vom immer erneut notwendigen Coming-Out, immer dann, wenn sich Lebensbedingungen verändern, bspw. beim Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Sie können sich nicht erklären, warum Pflegebedürftige keinen Besuch bekommen oder wissen nicht, wer die Besuchenden sind, weil sie nichts über die Verbindung zu Personen aus dem früheren „privaten“ Umfeld wissen sollen. Sie wissen nicht, warum homosexuelle Pflegebedürftige ein starkes Bedürfnis haben, unter Gleichgesinnten zu sein, weil sie ansonsten Angst haben, in Zusammenhängen zu leben, in denen sie und ihre Lebensweise nicht vorkommen. Auch wissen sie oftmals nicht, welche Folgen die über Jahrzehnte anhaltende Kriminalisierung schwuler Männer auf der Grundlage des Paragraphen 175 für deren berufliche Karriere und darüber hinaus für deren persönliches Leben bedeutete. Auch fehlt es an einem Wissen darüber, was eine Doppelstigmatisierung als schwuler und HIV-positiver Mann bedeutet. ...

Ich könnte diese Liste des besonderen Pflegebedarfs homosexueller Menschen noch einige Zeit weiter fortführen. Jedoch denke ich dargelegt zu haben, warum es wichtig ist, dass Pflegenden in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sensibilisiert werden für von der Mehrheit abweichende sexuelle und geschlechtliche Identitäten, damit sie diesen Menschen in ihrem Sosein, wie auch in ihrem Sogewordensein begegnen können.

Eine solche Sensibilisierung endet nicht bei der Aneignung von Wissen. Wie bspw. im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen üblich, nehmen besondere Pflegebedarfe Einzug in Pflegekonzepte. Wie wir ebenso in unserer Arbeit zeigen konnten, besteht hier ein erheblicher Nachholbedarf. Selbst konzeptionelle Ansätze des Diversity basieren meist auf Unterschiedsmerkmalen der kulturellen und/oder religiösen Andersartigkeit (Gerlach und Schupp 2017, 89ff). Unterschiedsmerkmale wie bspw. die der sexuellen oder der geschlechtlichen Andersartigkeit werden hierbei oftmals nicht bedacht.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, ich freue mich auf ihre Fragen.

Literaturverzeichnis

Darmann-Finck, Ingrid (2009): Professionalisierung durch fallrekonstruktives Lernen. In: U. Böhnke, I. Darmann-Finck und K. Straß (Hg.): Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse (Mabuse-Verlag : Wissenschaft, 111), S. 11–36.

Darmann-Finck, Ingrid (2010): Interaktion im Pflegeunterricht. Begründungslinien der interaktionistischen Pflegedidaktik. Frankfurt, M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, NY, Oxford, Wien: Lang (IPP-Pflegeforschung, Bd. 1).

Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V & R Unipress [u.a.] (Pflegewissenschaft und Pflegebildung, 2).

Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2017): Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen. eingereicht am 12.06.2017. Online verfügbar unter <https://d-nb.info/1149220007/34>, zuletzt geprüft am 25.02.2018.

Oevermann, Ulrich (1978): Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz: einige Überlegungen zu Folgeproblemen der Einrichtung berufsorientierter Studiengänge für Soziologen und Politologen: unveröffentlicht.

Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 22).