

Umgang mit Trans* in der Pflege

Ilka Christin Weiß

Vorbemerkung

In der Pflege hat sich trotz aller Veränderungen in der Gesellschaft immer noch kein unvoreingenommener Umgang mit Geschlecht und Sexualität entwickelt. Trotz eines hohen Anspruchs an eine »ganzheitliche Versorgung« der Patient*innen, ist nicht klar, was das beinhaltet.

Pflegekräfte sollen kompetent sein und sich in andere Menschen einfühlen können. Sie sollen die Wünsche der Patient*innen erfüllen und den Anforderungen der Ärzt*innenschaft und anderer Berufsgruppen gerecht werden.

Das Modell der Lebensaktivitäten (LA) von Roper, Logan und Tierney (2009) hat sich als grundlegendes Arbeitsinstrument in der Pflege etabliert. Als eine Lebensaktivität benennen sie »Seine Geschlechtlichkeit leben« – in früheren Ausgaben bei Roper, Logan und Tierney: »Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten« (Roper et al., 2002, S. 58f.). Varianten dieses Modells finden sich zum Beispiel bei Schewior-Popp, Sitzmann und Ulrich (2012) und Krohwinkel (2013). Bei Schewior-Popp, Sitzmann und Ulrich (2012) ist ein kurzer Erklärungsansatz zu Transsexualität und Transvestitismus enthalten. Alle weiteren Formen von Trans* tauchen nicht auf.

Ein Ansatz zum Umgang mit Trans* in der ambulanten oder klinischen Versorgung, zur Lebenssituation oder zu Transitionsphasen fehlen vollständig. Pflegende lernen während ihrer Ausbildung entweder nichts zu diesem Thema oder sind nur am Rande davon berührt. Dementsprechend stellt sich die Situation von Trans* dar, die einer ambulanten oder stationären Behandlung bedürfen. Neben den elektiven Eingriffen ist hier die Notfallversorgung von besonderer Bedeutung und muss dringend in den Fokus der Pflege (und der Medizin) gerückt

werden, weil immer mehr Trans* ohne körperliche Angleichung leben werden, seitdem das Bundesverfassungsgericht 2011 das biologische vom juristischen Geschlecht getrennt hat.

In diesem Beitrag wird anhand von eigenem und fremdem Erleben die Situation von Trans* bei geplanten und bei Notfallbehandlungen dargestellt. Auf den dringend notwendigen Reformbedarf sowohl in der Ausbildung als auch in der Fortbildung von Pflegekräften aller Fachrichtungen wird ebenso eingegangen.

Meine Motivation, mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen

Die Motivation, mich mit dem Thema Trans* und Pflege auseinanderzusetzen, entstand im Dezember 2015 auf einem Vernetzungstreffen des Projekts »Akzeptanz für Vielfalt – Gegen Homo-, Trans*- und Inter*Feindlichkeit« in der Akademie Waldschlösschen in Gleichen bei Göttingen. Bis dahin hatte ich schon einige Jahre als trans* Frau gelebt, mich aber für ein unauffälliges Leben als Frau entschieden. Eine Freund*in lud mich zu diesem Vernetzungstreffen ein und ich änderte meine bis dahin gültige Meinung, irgendwann wäre ich mit meiner Transition fertig und damit auch mit dem Thema Trans* »durch«. Mir wurde klar, wie wichtig die Sichtbarkeit von Trans* nicht nur werden würde, sondern bereits war. Und da ich selber trans* bin und als Krankenschwester nicht nur die professionelle Seite der beruflich Pflegenden kannte, sondern auch die Seite der Patient*innen, war mir klar, dass das zu meinem Thema, wenn nicht sogar zu einem Lebensthema werden würde. Während meiner Transition war ich aus gesundheitlichen Gründen mehrfach gezwungen, Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen, die nicht in Zusammenhang mit Trans* stand. Ich war total verunsichert, wie ich als Trans* behandelt werden würde und wie ich mich in dieser Situation verhalten sollte. Wie würden die beruflich Pflegenden und die Ärzte auf mich reagieren? In was für einem Zimmer würden sie mich unterbringen? Wie würden sie mich ansprechen? Ein Mensch mit einem Körper, dessen Zuweisungsgeschlecht/Hebammengeschlecht – so bezeichnen Stalla & Auer (2015, S. 21) die Geschlechtsfestlegung nach Genitalbefund – als männlich definiert wurde, das (noch) nicht weiblich »genug« aussah, um auch als weiblich zu gelten. In der Pflege gab es dafür noch kein Verständnis. Wie würde man in der Verwaltung des Krankenhauses damit umgehen? Fragen über Fragen – und meine eigene Verunsicherung nahm nicht ab. Wie konnte ich mich darauf vorbereiten? Und wie könnte ich bei beruflich Pflegenden das Verständnis für die Lebenssitua-

tion von Trans* fördern, oder zumindest erst einmal darauf aufmerksam machen? Beruflich Pflegende lernen ein starres binär-geschlechtlich orientiertes Modell vom Menschen, auf das ich noch später eingehen werde.

Trans – trans* – Trans*

Viele Betroffene lehnen die in der ICD-10-GM unter F64.0 genannte Diagnose »Transsexualismus« generell ab. Diese lautet wie folgt:

»Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.«

Die Gründe dafür sind vielfältig. Im Vordergrund steht die Psychopathologisierung betroffener Menschen und die Erkenntnis, dass Trans* eine Selbsterklärung ist. Das Geschlecht eines Menschen kann von außen nicht bestimmt werden. Jeder Mensch hat das Recht, das eigene Geschlecht selbst zu definieren ohne gesellschaftliche, staatliche oder kirchliche Eingriffe. Zudem gibt es eine Vielzahl von geschlechtlichen (Nicht-)Verortungen, die in dem oben genannten Modell nicht einbezogen sind.

Ich persönlich fasse den Begriff Trans* sehr weit gespannt auf, auch wenn ich weiß, dass es generell schwierig ist, die ganze Spannbreite von Trans* zu erfassen oder auch nicht zu erfassen. Vielleicht tue ich dem einen oder anderen Menschen damit unrecht. Ich bitte schon jetzt um Entschuldigung. Meine eigene Definition von Trans* lautet daher: Trans* (-sexuell, -geschlechtlich, -ident, -vestit, Transgender o. a.) umfasst alle menschlichen Lebensformen und/oder Identitäten, die sich dauerhaft oder zeitweise mit einem oder mehreren anderen (auch wechselnden) als dem bei der Geburt zugewiesenen oder mit keinem Geschlecht identifizieren können oder wollen. Geschlechtsangleichende Maßnahmen (mündlich, kosmetisch, medikamentös, operativ oder andere) werden vorgenommen oder nicht vorgenommen. Die Definition der ICD-10-GM lässt dabei nur zu, sich mit dem »weiblichen« oder dem »männlichen« Geschlecht zu identifizieren. Viele Menschen definieren aber selber eine Vielzahl von Selbstidentitäten und geschlechtlichen (Nicht-)Verortungen, und empfinden sich zum Beispiel als gender-queer, als a-gender, als beides oder als weder-noch oder als nicht-binär.

S-3-Leitlinienentwurf der AWMF (März 2017)

Dieser Entwurf trägt den Namen »Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung«. In der Fassung vom März 2017 (Nieder et al., 2017, S. 1) findet der Begriff Transsexualität keine Verwendung mehr, was den Forderungen von Betroffenenorganisationen entspricht, weil sich viele trans* Menschen mit diesem Begriff nicht identifizieren, und weil Transsexualität auch nicht als Krankheit im Sinne der ICD-10-GM aufgefasst wird. Im Text heißt es:

»Trans* berücksichtigt sowohl Menschen, die eindeutig als Mann oder Frau leben als auch non-binäre Personen, die sich weder männlich noch weiblich identifizieren (z. B. genderqueer, agender). Darüber hinaus impliziert der Begriff Trans* nicht automatisch den Wunsch, sich mit Sexualhormonen oder weiteren Maßnahmen (Epilation, Logopädie, etc.) behandeln zu lassen, schließt ihn allerdings auch nicht aus« (ebd.).

Neu wird der Begriff der Geschlechtsinkongruenz in die Leitlinie eingefügt. Dort heißt es:

»Als gemeinsamer Nenner liegt den verschiedenen Begriffen die Diskrepanz zwischen Geschlechtsidentität bzw. (empfundener) Geschlecht bzw. empfundener Geschlechtszugehörigkeit und körperlichen Geschlechtsmerkmalen zugrunde, die sogenannte Geschlechtsinkongruenz (GIK)« (ebd.).

Hinzu tritt auch der Begriff der Geschlechtsdysphorie: »Leidet eine Person fort-dauernd unter dieser Diskrepanz und/oder der häufig als falsch empfundenen Wahrnehmung des eigenen Geschlechts durch Andere, kann von Geschlechtsdysphorie (GD) gesprochen werden« (Nieder et al., 2017, S. 1). Endlich setzt die Wissenschaft damit um, was von Betroffenen schon lange gefordert wurde. Trans* bedeutet nicht: »Wenn du kein Mann sein willst, musst du eine Frau sein (oder werden) bzw. andersherum: Wenn du keine Frau sein willst, musst ein Mann sein (oder werden).« Wir lösen uns damit endlich von diesem einen (Teil-)Aspekt von Trans*, der Transsexualität, die bisher die Vorstellung von körperlichem Geschlecht und Identität in der oben beschriebenen Weise dominierte. Viele trans* Personen sehen in ihrer Körperlichkeit nämlich kein Problem und vereinbaren den Körper auch mit ihrer Geschlechtsidentität, wollen folglich auch keine körperlichen oder anderen Veränderungen an sich vornehmen. Es ist jetzt

Aufgabe sowohl von einzelnen trans* Personen als auch von Betroffenenorganisationen, dieses (nicht ganz so) neue Bild in die Öffentlichkeit zu transportieren und den Menschen dieses erweiterte Bild von Trans* zu vermitteln. Da wir (fast) alle im binären Geschlechtermodell sozialisiert wurden und diesem Modell sehr verhaftet sind, wird es für die nächsten Jahre eine Mammutaufgabe werden, die viel Sichtbarkeit von Trans*, aber auch Mut erfordern wird.

Die Lebenssituation von Trans* und das Gesundheitswesen

Trans* Personen werden nach wie vor als krank angesehen, wozu die Auffassungen des Gesundheitswesens und die Gesetzeslage seit Einführung des Transsexuellengesetzes im Jahr 1980 in erheblichem Maße beigetragen haben. Mittlerweile gibt eine Reihe von Studien (vgl. ADS, 2010), die die Lebenssituation von Trans* in Deutschland und Europa untersucht haben. Nach wie vor besteht bei dem Wunsch nach körperlichen Veränderungen durch Medikamente und/oder Operationen der Zwang, sich einer Psychotherapie zu unterziehen und einen sogenannten Alltagstest durchzuführen. Entscheidungen über körperliche Veränderungen liegen bei der begutachtenden Person und nicht bei der betroffenen Person, weil sie ohne Gutachten darüber alleine nicht bestimmen darf. In Deutschland sind sowohl das körperverändernde Verfahren als auch die Vornamens- und Personenstandsänderung ein langwieriges, zum Teil sogar diskriminierendes Verfahren, das eine zusätzliche hohe psychische Belastung mit sich bringt. Zudem fallen zwischengeschlechtliche Lebensweisen aus der »amtlichen« Diagnose »Transsexualismus« gänzlich heraus und können das Verfahren gar nicht in Anspruch nehmen.

Trans* Personen unterliegen zudem in der Arbeitswelt einer hohen Gefahr diskriminiert zu werden und erzwungene Kündigungen sind keine Seltenheit. Ich beobachte gerade selbst einen Fall, in dem ein privater Arbeitgeber einer trans* Frau mit Kündigung drohte, falls sie es nicht sein lassen würde, am Arbeitsplatz »ihr Ding« durchzuziehen. Trans* Personen werden damit geradezu in Existenzängste hineingetrieben.

Im Gesundheitswesen lehnen private Krankenversicherungen die Aufnahme von trans* Personen teilweise gänzlich ab, genau wie die Kostenübernahme für medizinisch körperverändernde Leistungen. Diese Leistungsverweigerungen betreffen aber auch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Alternativ ziehen diese die Kostenübernahmeentscheidungen in unzumutbare Längen, obwohl das Patientenrecht Gegenteiliges bestimmt. Zum Teil scheinen diese Vorschriften bei den Kassen noch gar nicht angekommen zu sein. Es gibt aber nicht nur die negativen

Fälle, es gibt auch die guten – aber anscheinend immer noch in zu geringer Zahl, denn sonst bräuchten darüber keine Studien angefertigt werden.

Trans* Personen wechseln häufig ihre Ärzt*innen, weil sie diskriminiert werden, oder nehmen Arztbesuche aus Angst vor Ablehnung oder Diskriminierung erst gar nicht wahr. Auch wichtige Vorsorgeuntersuchungen unterbleiben unter Umständen aus den genannten Gründen.

Ambulant wie auch im stationären Bereich fällt auf, dass häufig die Anrede mit dem gewählten Namen verweigert, die Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts untersagt und trans* Personen zwangsisoliert oder bei Krankenhausbehandlung gar mit anderen Menschen ihres Zuweisungsgeschlechts zusammengelegt werden. Ich konnte in der Beratungsarbeit für meine Selbsthilfegruppe Trans*Net OHZ selbst mehrfach erleben, welche Konflikte das in trans* Personen auslöst. In einem Fall geschah dies sogar in einer psychiatrischen Einrichtung, die vorgab, sich mit Trans* auszukennen. Die Folgen dieser Behandlung stellen sich mit Depressionen, Ängsten und Phobien, Panikattacken, Suchtproblemen, Schlaflosigkeit, Vereinzelung und am schlimmsten mit Suizidgedanken und Suizidversuchen ein (ADS, 2010).

Was lehrt uns die Pflegewissenschaft über Trans* und Geschlecht?

Ein weitverbreitetes pflegetheoretisches Modell ist das Modell der Lebensaktivitäten (LA) (Roper et al., 2002). Eine der zwölf Lebensaktivitäten ist die LA »Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten«. Zur Thematik von Geschlecht/Sexualität findet sich Folgendes: »Da die grundlegende Körperstruktur von Jungen und Mädchen schon bei der Geburt eindeutige Unterschiede aufweist, kann die Bestimmung des Geschlechts eines Babys sofort erfolgen« (Roper et al., 2002, S. 58f.). Weiter heißt es:

»Männer und Frauen haben unweigerlich verschiedene Stile bei der Wahl ihrer Kleidung. Traditionellerweise nehmen Männer und Frauen unterschiedliche Rollen ein, sowohl zu Hause als auch in der Gesellschaft [...], wobei in vielen Teilen der Welt, die seit langem etablierten Unterschiede zwischen den Geschlechtern mehr und mehr verschwinden« (ebd., S. 59).

Nach so viel tradiertem Rollenverständnis kommt doch noch ein kleiner Lichtblick. Man denkt schon, Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern Mann

und Frau gibt es nicht und dieses Rollenverständnis kann doch nur aus dem frühen 19. Jahrhundert oder davor stammen. Doch dann kommt es noch einmal ziemlich dick: »[...] nach und nach beginnt jeder Mensch, die Erwartungen der Gesellschaft zu erlernen, wie sich Männer und Frauen verhalten sollen und wie Sexualität ausgedrückt werden kann, sei es privat oder in der Öffentlichkeit« (ebd.) Ich fühle mich bei so viel tradiertem Rollenverständnis tatsächlich in das 19. Jahrhundert zurückversetzt, doch es wird noch besser: »Jeder Mensch ist ein sexuelles Wesen und besitzt eine sexuelle Identität. Das heißt, es gibt eine Wahrnehmung des Ich als Junge oder Mädchen, später als Mann oder Frau« (ebd.). Kann es sein, dass hier doch noch ein Einsehen kommt? Ich sehe es nicht so, denn nun folgt ein Vierzeiler zu Transsexualität:

»Nur wenige Menschen erleben, manchmal sogar schon als Kind, die Situation, in das sexuelle Gegenteil ihrer tatsächlichen Körperstruktur hineingeboren zu sein. Transsexualität weist als zentrales Merkmal eine gegensätzliche geschlechtliche Identität auf. Der transsexuelle Mensch kleidet und verhält sich nicht nur wie eine Person des anderen Geschlechts, sondern er möchte sich häufig auch operieren und behandeln lassen, damit sein Körper dem des anderen Geschlechts ähnelt, obwohl dies nicht immer möglich ist« (ebd., S. 61).

In der führenden deutschen Pflegeliteratur hat sich diese Definition und Ansicht überwiegend gehalten. Im neuen Werk des Thieme Verlags *I care Krankheitslehre* (2015) wird Transsexualismus direkt als Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgeführt, genau wie in der ICD-10-GM. Was mich sehr ärgert, ist, dass direkt darunter Pädophilie aufgeführt ist und weitere sexuelle Präferenzen folgen, denen Störungscharakter bescheinigt wird. Hier wurde schlichtweg und ohne Nachzudenken abgeschrieben und der Verlag hat sich keinerlei Gedanken über die Lebenssituation von trans* Personen gemacht. Wie sollen junge Menschen, die sich in der Pflegeausbildung befinden ein Bild von trans* Personen machen, wenn Trans* in der Pflege kein Thema ist? Zudem werden tradierte und völlig überholte Rollenverständnisse vermittelt, die nicht zu einem selbstbewussten Berufsverständnis führen, denn das Rollenverständnis von Roper et. al. beruht wohl eher auf der Auffassung vom Mann als Arzt und der Frau als Schwester und damit auch auf einem überholten Berufsverständnis. Roper et al. änderten auch in späteren Ausgaben ihre Vorstellungen nicht.

Die Lehrpläne der Krankenpflegeschulen sehen ähnlich verwaist aus, was das Thema Trans* anbelangt. Jede Krankenpflegeschule kann im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege

einen eigenen Lehrplan erstellen, der keinerlei Kontrolle durch die Landesschulbehörden unterliegt. Beispielhaft nenne ich hier den Lehrplan einer Krankenpflegeschule, die aber nicht genannt werden möchte. In deren Lehrplan steht unter Pflege von Frauen in der Gynäkologie der Lernbereich Sexualmedizin mit insgesamt 44 Stunden. Die Themen beziehen sich aber ausschließlich auf die Pflege von Frauen in der Gynäkologie und Geburtshilfe und körperliche Erkrankungen wie Tumore, Störungen des hormonellen Zyklus oder zum Beispiel urologische Erkrankungen. Ich kenne ja nicht alle Lehrpläne aller Krankenpflegeschulen in Deutschland, aber in denen, die mir bekannt sind, ist Trans* kein Thema.

Welche Verwirrungs- und Konfliktpotenziale zwischen Trans* und Pflegenden gibt es?

Da Pflegende, wie wir gesehen haben, in ihrem Beruf in der Regel binär-geschlechtlich sozialisiert werden und zudem keinen Zugang zu einer LSBTT*IQ*-Community haben, ist entweder nur sehr rudimentäres oder gar kein Wissen über Trans* und deren Lebenssituation vorhanden. Entsprechend unsicher ist der Umgang mit Trans*, vor allem, wenn es sich dabei noch um einen Erstkontakt handeln sollte. Orientierung finden Pflegende dann im Verhalten der Ärzt*innenschaft, die in der Hierarchie der Kliniken vielfach immer noch »über« den Pflegenden angesiedelt ist. Dementsprechend schwer ist es, gegen diskriminierendes Verhalten seitens der Ärzt*innenschaft gegenzuhalten. Konfliktpotenziale entstehen meistens schon in der Wunschanrede.

Noch problematischer ist die Situation für Trans* ohne körperverändernde Therapie oder ohne geänderten Vornamen bzw. Personenstand. Pflegende sind auf eine solche Situation nicht vorbereitet und so kommt es sogar in operativen Abteilungen, in denen geschlechtsangleichende Operationen vorgenommen werden, zu distanziertem Verhalten gegenüber Trans*. Die äußere Erscheinung, die Kleidung, sekundäre Geschlechtsmerkmale, der Wunsch nach Unterbringung in einem Zimmer mit Menschen des eigenen Identitätsgeschlechts oder die Stimme, die nicht zum Hebammen- bzw. Zuweisungsgeschlecht passt, all das bietet viel Potenzial für Missverständnisse, aber auch für Diskriminierungen. Die Situationen habe ich vielfach von Gruppenmitgliedern der Selbsthilfegruppe Trans*Net OHZ wie auch der Selbsthilfegruppe Transsexuelle Menschen in Bremen erfahren, aber auch am eigenen Leibe erlebt. Ich will hier vier exemplarische Situationen schildern.

Eigenbeispiel 1: Mai 2014 – Stationäre Behandlung in einer Klinik in Oldenburg¹

Ich befand mich am Anfang meiner Transition und musste wegen eines Dünndarmtumors, der endoskopisch entfernt werden sollte, stationär aufgenommen werden. Ich ging vor der Behandlung davon aus, nur ambulant behandelt werden zu müssen, aber die Klinik bestand wegen der nicht ganz einfachen Entfernung des Tumors auf einer stationären Aufnahme, vor der ich weniger wegen des Tumors, sondern mehr wegen meiner Situation Angst hatte. Ich lebte erst seit Januar 2014 sowohl privat als auch dienstlich als Frau. Davor hatte ich bereits privat als Frau gelebt und ich will niemals mehr in die vorherige Rolle (zurück-)schlüpfen, nur weil ich Angst davor hatte, wie man in der Klinik mit mir umgehen würde. Auch empfand ich mein Passing als noch nicht gut genug. Ich selber nahm mich in einer merkwürdigen Zwischensituation wahr und meine Personaldokumente hatte ich auch noch nicht ändern lassen. Die Fragen, die mir durch den Kopf gingen, waren folgende: Wie werde ich untergebracht? Mit welchen anderen Menschen wird die Klinik mich zusammenlegen, wenn ich mit der auf meine männliche Existenz ausgestellten Gesundheitskarte vorstellig werde? Außerdem würde die Einweisung durch meinen Arzt unweigerlich ein Kreuzchen bei »M«, also beim männlichen Geschlecht, aufweisen. Das könnte ich auf keinen Fall so hinnehmen. Ich war eine Frau und wollte mit Frauen auf einem Zimmer liegen. Aber würden meine vermeintlichen Mitpatientinnen mich akzeptieren oder eher gegen mich rebellieren? Würde mein Geschlecht als weiblich gelesen werden? Wie würden die Pflegenden und Ärzt*innen mich dann ansprechen? Ich war in höchstem Grade verunsichert, zumal ich dazu anmerken muss, dass ich damals noch überhaupt keinerlei Trans*-Community-Erfahrung hatte und mir niemals in den Sinn gekommen wäre, ich könnte auch alles so lassen und keinerlei Veränderungen an mir vornehmen und könnte dennoch Frau sein, so wie ich es war und sein wollte. Das habe ich erst später mit zunehmender Erfahrung gelernt. Aber zu dem damaligen Zeitpunkt wäre das für mich persönlich in keiner Weise infrage gekommen. Ich musste also etwas tun, um als Frau noch »besser« zu

- 1 Ich verwende im Folgenden ganz bewusst Eigenbeispiele, weil ich damit zeigen will, dass ich Situationen wie die genannten aus eigenem Erleben kenne und damit in der Lage bin, nachzuempfinden, wie sich andere Betroffene in ähnlichen Lebenslagen fühlen. Gleichzeitig möchte ich anderen Menschen Mut machen, sich auch in der Phase der Transition um ihre Gesundheit zu kümmern und diese aus Angst vor Diskriminierung nicht zu vernachlässigen.

werden, den anderen zu beweisen, dass ich wirklich Frau war. Ich hatte dann auch noch ein wenig Glück dabei und alles wendete sich zum Guten, denn auf meine Nachfrage stellte mir meine Krankenkasse ohne zu Zögern eine neue Karte auf meinen weiblichen Namen aus, mit der ich in der Klinik vorstellig werden konnte. Weil ich mir mit meinem Passing unsicher war, rief ich zudem in der Verwaltung der Klinik an und erklärte der Mitarbeiter*in, dass ich mich gerade in der geschlechtsangleichenden Therapie von Mann zu Frau befand, aber dringend stationärer Behandlung bedurfte und sogar schon über einen Aufnahmetermin verfügte. Ich besäße auch eine Krankenkassenkarte, die mich als Frau auswies. Ich wollte aber auf gar keinen Fall in ein Zimmer mit Männern gelegt werden, dann würde ich die Klinik sofort wieder verlassen oder vorher in Bremen in einem anderen Krankenhaus anfragen. Ohne zu zögern wurde mir – zu meiner Überraschung und gleichzeitig auch Freude – erklärt, dass das für die Klinik kein Problem sei. Die würde das hinbekommen. Also ließ ich mich an meinem Termin aufnehmen und wurde dann alleine in ein Zweibettzimmer gelegt und blieb auch die ganzen fünf Tage dort isoliert. Die Behandlung durch die Pflegenden, die Ärzt*innenschaft, das Reinigungspersonal, die Verwaltung und alle anderen, denen ich begegnet bin, war großartig. Es gab keine Vorbehalte oder Diskriminierungen. Ich fühlte mich gut aufgehoben.

Zwei Situationen sind mir noch in besonderer Erinnerung geblieben. Bei der Aufnahmeuntersuchung durch die Stationsärzt*in zog ich mich das erste Mal als Frau vor einer Frau aus, da sie mich abhören wollte. Ich zog meine Bluse aus und stand im BH vor ihr. Diese Situation hat mich eigenartig berührt. Die Ärzt*in war sehr respektvoll und zugewandt. Das hat sehr gutgetan. Alle behandelten mich als Frau und sprachen mich auch immer mit Frau Weiß an. Alle Unterlagen liefen auf meinen neuen Namen.

Die zweite Situation betrifft eine Auszubildende zur Gesundheits- und Krankenpfleger*in. Sie stellte mir direkt die Frage, ob sie mich etwas fragen dürfe, weil sie schon von Transsexualität gehört habe, und wir plauderten eine Viertelstunde miteinander, bis sie anmerkte, dass nicht oft Patient*innen so bevorzugt würden wie ich im Moment. Diese Bemerkung fand ich interessant und auf meine Nachfrage hin, was sie damit meine, antwortete sie, die Bevorzugung liege darin, dass das Bett neben mir (ich lag alleine in einem Zweibettzimmer) die ganze Zeit wegen mir blockiert werden würde. Patient*innen, Pflegepersonal und im Allgemeinen wahrscheinlich die ganze Bevölkerung empfinden es als ein Privileg im Krankenhaus in einem Einzelzimmer oder alleine in einem Zimmer zu liegen. Besonders unter Pflegepersonal ist diese Wahrnehmung weitverbreitet. Sie hat auch, das räume ich

ein, eine gewisse Berechtigung, worauf ich in dieser Arbeit aber nicht weiter eingehen möchte. Ohne ihre Bemerkung zu kommentieren, antwortete ich ihr, die Kliniken und vor allem die großen Häuser müssten sich darauf einstellen, dass immer mehr Menschen wie ich Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen würden, weil immer mehr Menschen, die trans* sind, frei leben werden und auch dazu stehen würden, trans* zu sein. Die Kliniken müssten sich darauf vorbereiten. Damit endete unser Dialog und auch mein Klinikaufenthalt.

Eigenbeispiel 2: Juli 2015 – Stationäre Behandlung in einer Klinik in Bremen

In der Zwischenzeit hatte ich die Vornamens- und Personenstandsänderung erfolgreich hinter mich gebracht und hatte alle Personaldokumente geändert. Ich wartete auf die Kostenzusage für die geschlechtsangleichende Operation, da erhielt ich wieder eine schlechte Nachricht. Diesmal war es Lungenkrebs und ich sollte in Bremen im Lungenzentrum operiert werden. Damit hatte ich natürlich nicht gerechnet. Wieder eine Klinikbehandlung, diesmal offiziell als Frau, aber dennoch spürte ich wieder Ängste und Unsicherheiten. Wie sollte ich diesmal mit der Situation umgehen? Ich bin immer möglichst offen mit meinem Trans*-Sein umgegangen und stellte fest, dass das bei den Menschen, denen ich begegnete, gut ankam. Ausnahmen bestätigten dabei die Regel. Aber mir fehlte sozusagen noch die geschlechtsangleichende Operation, die in meinem Gefühl eine wichtige Rolle spielte. Ich hatte eine ziemlich lange und schwere Operation vor mir. Ich würde mindestens eine Nacht auf der Intensivstation verbringen müssen und ich würde intraoperativ einen Blasenkatheter gelegt bekommen. Unvorbereitet würden das Pflegepersonal und die Ärzt*innenschaft mich vielleicht verlachen, mich dann nicht als Frau ansehen, mich vielleicht verhöhnen oder sogar im Operationssaal während der Operation über mich lästern. Zudem kam der Schock einer erneuten Krebsdiagnose. Die Welt ist damit aus den Angeln gehoben und wenn ein Mensch dann vielleicht noch wegen Trans* verhöhnt oder diskriminiert wird, dann sind Suizidgedanken nicht weit.

Also meldete ich mich auch diesmal wieder vor der Aufnahme bei der Verwaltung als trans* an, informierte darüber, dass ich mich in der angleichenden Therapie von Mann zu Frau befand. Auch bei der Aufnahme informierte ich gleich meinen Arzt und die Pflegenden. Hier kommt eine gewisse Eigenheit

der Bremer*innen und des Lebensgefühls in Bremen zutage. Diese unglaubliche Toleranz, individuelle Eigenschaften oder auch die individuelle Situation anderer Menschen ohne Weiteres zu akzeptieren. Ich war ja nun auch noch eine Kolleg*in und in Bremen ist man immer gleich beim Du. Es ist eher seltsam, wenn gesiezt wird. Ich kam wie in Oldenburg in ein Zweibettzimmer, in dem ich alleine lag. Die Station hat das total gut gemeint und war sicher fest davon überzeugt, mir einen richtig großen Gefallen getan zu haben. Ich bin mir bewusst, dass diese Handlungsweise von anderen Menschen der Trans*-Community anders beurteilt wird, nämlich als Zwangsisolation. Ich empfand das nicht so. Ich möchte in diesem Beitrag auch eine Lanze für die Pflegenden brechen, die auf solche Situationen nicht vorbereitet sind, aber versuchen das Beste daraus zu machen. Auch für die Klinik ist das mit richtig hohen Kosten verbunden. Ein Bett eine Woche lang in einer so hochspezialisierten Abteilung nicht zu belegen bedeutet hohe Einnahmeverluste. Insgesamt verlief der Klinikaufenthalt sehr gut. Es gab keinerlei Komplikationen oder Vorbehalte gegen mich als Trans*. Da ich geheilt war, wurde ich allerdings auch am fünften postoperativen Tag entlassen, aber das sicher nicht, weil ich trans* war – oder doch? Eine Kolleg*in sagte zu mir, ich sei ja geheilt und die Klinik bräuchte die Betten bzw. andere Menschen, die ja auch krank waren, benötigten die Betten.

Fremdbeispiel 1: April 2017 – Stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik in Bremen²

Im April 2017 erhielt ich vom Sozialdienst einer psychiatrischen Klinik in Bremen einen Anruf. Ein Klient befinde sich stationär in der Klinik. Er sei transsexuell. Er sei suizidal, verletze sich selbst und wolle mit der Selbsthilfe Kontakt aufnehmen. Wir verabredeten uns für den nächsten Tag. Ich freute mich über den Anruf, weil ich im Sommer 2016 mit einer Gruppe Gleichgesinnter auf dem Gelände der Klinik an einem Tag der offenen Tür teilgenommen hatte und ich auch mit dem Klinikchef über das Thema sprach

-
- 2 Die betroffene trans* Frau hat mir ihr Einverständnis zur Schilderung ihres Falls erteilt. Sie ist sich bewusst, dass möglicherweise keine vollständige Anonymität ihrer Person gewährleistet werden kann. Da sie aber auch öffentlich transgeschlechtlich lebt und anderen mit ihrem Beispiel helfen will, ist dies von ihr voll und ganz akzeptiert.

und er mir versicherte, dass sie Erfahrung mit Transsexuellen hätten, da diese des Öfteren in der Traumatherapie seien. Ich bat ihn, klinikintern auf unser Beratungsangebot hinzuweisen, was er mir zusagte. Dementsprechend dachte ich, die Klinik sei mit den Bedarfen von Trans* vertraut. Doch im Gespräch erfuhr ich leider das genaue Gegenteil. Es wird jetzt wirklich schwierig diesen Fall zu beschreiben, weil jedes Wort falsch sein kann. Der Klient wurde mir mit einem männlichen Namen vorgestellt und die Sozialarbeiter*in sprach immer von »ihm«. Ich versuchte vorsichtig die Situation der Person vor mir zu erkunden. Ich stellte ganz einfache Fragen nach dem Namen und dem Befinden und fand heraus, dass vor mir eine trans* Frau saß – für mich keine ungewöhnliche Erkenntnis, da ich mich immer ganz nach der Selbsterklärung der betroffenen Person richte. Das Äußerliche hätte ich als eher »weiblich« zugeordnet, was aber keine Bedeutung haben musste. Mit der Selbsterklärung der Klient*in kam dem Äußerlichen aber eine Bedeutung zu, denn ich konnte durch das Hemd deutlich Brustansätze sehen. Und jetzt wurde es wirklich schlimm, weil die Klient*in mir erklärte, sie liege mit zwei Männern in einem Dreibettzimmer und die Stationsleitung habe ihr verboten sich »weiblich« zu kleiden. Sie sei hier, weil das Leben für sie unerträglich schwer sei und sie sich immer wieder selbst verletzen würde. Das war ein Schock. Die Klinik war nicht in der Lage auf die Bedarfe einer trans* Frau einzugehen, im Gegenteil verschlimmerte sie die Situation der Klient*in noch. Nicht nur wurde sie komplett misgendert, sondern sie wurde, nur weil sie noch keine Vornamens- und Personenstandsänderung hatte, mit anderen Klienten des Gegengeschlechts in ein Zimmer gelegt, obwohl sie sich bereits seit drei Jahren in der Hormonersatztherapie befand, die den Körper deutlich verweiblichte. Schließlich wird ihr auch noch das Tragen der eigenen Kleidung verboten. Ich war, milde gesagt, entsetzt. Ich erklärte der Sozialarbeiter*in, dass das schlichtweg nicht akzeptabel sei. Auch hätte ihre Klient*in einen Anspruch darauf, mit ihrem Wunschnamen angesprochen zu werden. Sie möchte bitte mit der Station klären, dass ihre Klient*in in einem Zimmer mit Frauen oder in einem Einzelzimmer untergebracht wird, dass sie mit ihrem Wunschnamen angesprochen werden soll und sie ihre eigene Kleidung tragen kann. Und das am besten noch heute, denn was hier gerade passiere, verschlimmere die Lage ihrer Klient*in ja noch erheblich. Sie werde geradezu in den Suizid getrieben. Die Sozialarbeiter*in hatte vollstes Verständnis für die Lage ihrer Klient*in und ich war froh, dass sie mich angerufen hatte. Am Abend erhielt ich von der Klient*in bereits die Nachricht, dass alles in dem Sinne wie besprochen erledigt wurde. Sie liege sogar in einem Einzelzimmer.

Fremdbeispiel 2: Stationäre Notfallbehandlung

Neander (2014) beschreibt den Fall eines trans* Mannes namens Maik Meier, der nach einem Verkehrsunfall in eine Notaufnahme eingeliefert, dort entkleidet und somit als Frau eingeordnet wurde. Nach der Operation kam er in ein Zimmer mit Frauen und erlebte ab da die schlimmsten Formen von Beleidigungen, Herabwürdigungen und Diskriminierungen. Mit Sätzen wie: »Was ist denn das hier für ein Spinner«, (Neander, 2014, S. 16), »Scheint ne kleine Transe zu sein«, (ebd.), »Typischer Fall von Vollmeise«, (ebd., S. 17), »Bin mal gespannt, was die Tussi für eine Stimme hat«, (ebd.) und »Schau mal, das ist unser Herr Meier, ein Spinner, ist doch eindeutig eine Frau« (ebd.) raubten die Klinikmitarbeiter*innen Maik den Lebensmut. Trotz mehrfacher Intervention der Mutter legte sich das Verhalten nicht. Schließlich war er so verzweifelt und kraftlos, dass er sich gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat selbst aus der Klinik entließ. Im Mai 2012 nahm sich Maik Meier das Leben. In seinem Abschiedsbrief notierte er: »Ich kann die erlebten Demütigungen und Verletzungen, die ich in der Klinik nach der Notaufnahme erleben musste, nicht verarbeiten. Sie haben meine Identität, mein Ich-Sein getötet« (ebd., S. 127). Soweit diese traurige Bilanz, wie eine trans* Person in den Suizid getrieben wurde. Neander zieht das Fazit: »Und so bleibt letztendlich das Problem der Praxis: Wie würden Patient*innen reagieren, wenn eine trans* Person mit im Zimmer wäre« (ebd., S. 21).

Wenn ein Mensch meine Beratung in Anspruch nimmt und vorhat sich zu outen, um dann endlich im Identitätsgeschlecht leben zu können, sage ich immer, man muss extrem stark sein, um das zu tun, und man braucht unbedingt Menschen, die einen dabei unterstützen.

Meine Frage wäre: Wie schaffen wir es, der Pflege und der Gesellschaft zu vermitteln, dass die Geschlechtsidentität unabhängig vom äußeren Erscheinungsbild ist? Gerade in der Pflege scheint es sehr auf die Äußerlichkeiten anzukommen und das Denken ist im binären Geschlechtersystem verhaftet.

Basics für eine trans*-sensible Pflege

Im Folgenden stelle ich acht Basics für eine trans*-sensible Pflege vor, die der Pflege als Leitmotive im Umgang mit Trans* dienen sollen. Diese Basics können durch eigene Vorschläge ergänzt werden. Mein Ziel ist es, zwölf Basics zu entwickeln, die dann neben den zwölf Lebensaktivitäten nach Roper, Logan und Tierney stehen könnten. Für Pflegende wäre das eine gute Gedankenstütze.

1. generell respektvoller Umgang mit Trans*
2. Respektieren der Selbst-Identifikation/des Identitätsgeschlechts
3. Anrede mit dem Wunschnamen
4. Zusammenlegung mit anderen Patient*innen des Identitätsgeschlechts
5. Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts
6. Achtsamkeit beim Entkleiden
7. Bougieren der Neo-Vagina kann eine Pflegehandlung werden
8. Umgang mit Klitorispenoid oder Penoidaufbau kann eine Pflegehandlung werden

Aus- und Fortbildung in trans*-sensibler Pflege

Trans*-sensible Pflege muss genauso wie zum Beispiel Transkulturelle Pflege mit einer angemessenen Stundenzahl in die Pflegeausbildung eingebettet werden, und zwar auf Basis der Ausbildungs- und Prüfungsordnung und nicht auf freiwilliger Basis der einzelnen Curricula der Pflegeschulen.

In der jetzigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003 heißt es in Anlage 1 unter Punkt 5:

»Pflegehandeln personenbezogen ausrichten.

Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,

- in ihrem Pflegehandeln insbesondere *das Selbstbestimmungsrecht und die individuelle Situation* der zu pflegenden Person zu berücksichtigen,
- in ihr Pflegehandeln das *soziale Umfeld* von zu pflegenden Personen einzubeziehen, ethnische, interkulturelle, religiöse und *andere gruppenspezifische Aspekte sowie ethische Grundfragen* zu beachten« (BMJV, 2003, S. 11).

Trans* betrifft das Selbstbestimmungsrecht der Person, die individuelle Situation der Person, das soziale Umfeld, den gruppenspezifischen Aspekt und ethische Grundfragen. Ich kann nur fragen: Warum findet das Thema keinen Einzug in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Lehrpläne der Pflegeschulen?

Ebenso ist das Thema nicht in den pflegespezifischen Fachzeitschriften oder der Pflegeliteratur vertreten oder wird schlecht und vereinfacht dargestellt. Das Thema muss Bestandteil in der Fortbildung für Pflegenden werden, weil Pflegenden darauf vorbereitet werden sollten, wie sie mit Trans* umgehen sollten, denn

immer mehr Trans* lassen sich ihr Leben nicht länger durch gesellschaftliche Zwänge verbieten und wollen auch ihre Gesundheit nicht aus Angst vor Diskriminierung vernachlässigen müssen.

Schlusswort

Somit möchte ich mich der Stellungnahme der Bundesvereinigung Trans* e. V. anschließen, die da lautet: »Um die Diskriminierung von trans*Menschen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu beenden, müssen zeitnah Aus- und Fortbildungsprogramme für alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufe entwickelt und implementiert werden« (BVT*, 2017, S. 7). Ergänzend möchte ich hinzufügen: Und das am besten getreu dem Motto »nicht ohne uns über uns«, sondern von Trans* selbst.

Literatur

- ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). (2010). Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/benachteiligung_von_trans_personen_insbesondere_im_arbeitsleben.pdf (03.07.2018).
- BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2003). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003. Zuletzt geändert durch Art. 33 G v. 18.4.2016. https://www.gesetze-im-internet.de/krpflaprv_2004/KrPflAPrV.pdf (03.07.2018).
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (Hrsg.). (2017). Policy Paper Gesundheit des Bundesverbandes Trans*. Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik. <https://www.bmfsfj.de/blob/120620/0c5e19af792f13569e13407bf0bbf825/trans-gesundheitsversorgung-bv-trans-data.pdf> (03.07.2018).
- Krohwinkel, M. (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber, Hofgrete AG.
- Neander, K.-D. (2014). *»Sich als Mann oder Frau fühlen ...«. Zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege*. Brake: Prodos Verlag.
- Nieder et al. (2017). AWMF-Leitlinienentwicklung: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Hrsg. v. DGfS – Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (14.03.2019).
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2002). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2009). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendе in der Ausbildung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Stalla, G. & Auer, M. (Hrsg.). (2015). *Therapieleitfaden Transsexualität*. Bremen: UNI-MED Verlag.
- Verlagsteam. (2015). *I Care Krankheitslehre*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Die Autorin

Ilka Christin Weiß, geb. 1963 als Holger Torsten Weiß. 1984 Studium der Rechtswissenschaften und der Psychologie ohne Abschluss. Ausbildung zur Krankenschwester von 1986 bis 1989 mit Abschluss Krankenschwester. Weiterbildungen zur Praxisanleiter*in und Pflegedienstleitung einer Station. Seit August 1998 tätig als Fortbildungsbeauftragte und als Lehrkraft für Pflege in der Gesundheitsschule des Kreiskrankenhauses Osterholz in Osterholz-Scharmbeck. 2013 erfolgte der Entschluss öffentlich als trans* Frau zu leben. 2014 offizielle Vornamens- und Personenstandsänderung. 2016 Ausbildung zur Berater*in für transgeschlechtliche Menschen, Gruppenleiter*in von zwei Selbsthilfegruppen und des Netzwerks Trans*NET OHZ. Vorständler*in im Queeren Netzwerk Niedersachsen und im Landesverband für transgeschlechtliche Selbstbestimmung Niedersachsen. Fachbuch- sowie Ratgeberautorin. Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Magazinen zum Thema Trans*.

