Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sonderausgabe

Vielfalt im Beruf

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Arbeitsalltag
Eine Bildungsinitiative der HOSI Salzburg

WAS wir tun:

Workshops # Fortbildungen # Vorträge

zum Thema „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“

FÜR ein Arbeitsumfeld, das von Empathie
und einem vielfältigen Miteinander geprägt ist

Kontakt

HOSI Salzburg | Gabelsbergerstraße 26 | 5020 Salzburg
0676 - 310 85 91
beruf@hosi.or.at
www.hosi.or.at

HOSI salzburg
VIELFALT IM BERUF
LAND SALZBURG
STADT : SALZBURG

Themenheft

05 **Das Gender Unicorn - Komplexes einfach erklärt**
Mag.a Gabriele Rothuber

07 **Weiblich, Männlich, anders?**
Birgit Meinhard-Schiebel

09 **LGBTIQ in der pflegerischen Ausbildung**
Mag.in Dr.in phil. Ursula Halbmayr-Kubicsek MSc

13 **Regenbogenkompetenz in der Pflege**
Tanja Allerberger MA

19 **LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle**
Priv.-Doz. Dr. Martin Plöderl

29 **„Bedürfnisse und Nöte beider Seiten verstehen“**
Interview mit Conny Maxima Felice

33 **Die Auswirkungen von Homophobie auf die psychische Gesundheit von LGBT und die Massnahmen für die psychiatrische Pflege**
Georg-Dan Marin

37 **Diversität und Soziale Verantwortlichkeit in Employer Branding: Flagge zeigen mit Akkreditierungslabels?**
Prof.(FH) Mag. Dr. Martin Waiguny
Prof.(FH) Denise Kleiss, MSc., MBA, B.A.

43 **Vorurteile gegenüber queeren Menschen – Sozialpsychologische Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung in Gesundheitsberufen**
Dipl.-Psych. Marcel Hackbart
Prof.in Dr.in Barbara Thies

53 **„Sich wohl genug für ein Outing fühlen“**
Interview mit Tim Schmiedlechner

55 **Intergeschlechtlichkeit – Körperliche Vielfalt als Herausforderung für die Pflege?**
Tobias Humer

61 **Regenbogenfamilien in der Praxis**
Julia Eva Friedreich BSc

65 **„Regenbogenfamilien und ihre Bedarfe“**
Interview mit Elisabeth Cinatl

69 **Queere Bildung für Gesundheitsberufe – Ein Aufruf!**
Kathleen Schröder

73 **„Es bräuchte eine klar kommunizierte inter*friendly Haltung an den Kliniken“**
Interview mit Magdalena Klein

75 **Paardynamik und gleichgeschlechtliche Beziehungen – Grundlagen, Handlungsfelder und Empfehlungen für die therapeutische Praxis**
Dr. Roman Winkler MMSc

81 **Transition**
Anton Cornelia Wittmann

82 **„Zur Pflege von Trans*Personen“**
Interview mit Mag.a Eva Fels

85 **„per aspera ad arcum“ Über raue Pfade zum Regenbogen, im Rahmen eines sensibilisierten Umgangs mit LGBTIQ* Personen im Altenpflegebereich**
Lukas Ertler M.Ed.
Mag.a (FH) Christiane Hintermann

93 **Trans Senior_innen in der Pflege – Ein Leitfaden für Pflegekräfte**
Lea Schubert

101 **Pflege von an Demenz erkrankten Menschen aus der Lesbian-, Gay-, Bisexual-, Transgender- und Intersex Community im Akutbereich mit Schwerpunkt: Hautpflege und Kommunikation**
Thomas Schrenk Jahn

105 **Bedürfnisse von LGBTI*- Senior*innen in der Pflege und Altenbetreuung**
Sina Muscarina

115 **Regenbogen überm KWP**
Mag.a Mag.a Geraldine Smetazko

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN, MScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber
Markus Golla, BScN, MScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN, MScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) nito
(C) 2021 Markus Golla, BScN, MScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

BILDUNG.
FREUDE INKLUSIVE.

Lehrer/in für Gesundheits- und Krankenpflege (m/w/d)

Vollzeit, 38 Wochenstunden oder in Teilzeit bei berufsbegleitender Spezialisierung für Lehraufgaben

Zur Verstärkung unseres Teams der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der AK am BFI Salzburg suchen wir an unserem Standort Salzburg eine/einen Lehrer/in für Gesundheits- und Krankenpflege, Vollzeit, 38 Wochenstunden oder in Teilzeit bei berufsbegleitender Spezialisierung für Lehraufgaben.

Ihr Aufgabenbereich:

- Lehrtätigkeit mit drei Ausbildungsmöglichkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Dazu zählen aktuell die Ausbildung zur PA, PFA, Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege
- Lehrtätigkeit in der Schule für medizinische Assistenzberufe
- Mitwirkung an der Qualitätssicherung von Pflegeausbildungen
- Mitwirkung an der Konzeptionierung von Bildungsprodukten
- Freude an konstruktiver Vernetzung von theoretischen und praktischen Lehrinhalten

Das BFI Salzburg ist eine der führenden Erwachsenenbildungseinrichtungen und öffnet seit Jahrzehnten vielen Menschen neue Chancen am Arbeitsmarkt und im Beruf.

Wir erwarten von Ihnen:

- Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege oder abgeschlossenes Bachelorstudium in Gesundheits- und Krankenpflege
- Mehrjährige Praxiserfahrung in der Pflege
- Sonderausbildung für Lehraufgaben oder Univ.-Lehrgang für Lehrer/innen für Gesundheits- und Krankenpflege oder Masterlehrgang für Pflegepädagogik bzw. Gleichhaltung
  oder
  Bereitschaft zur Spezialisierung für Lehraufgaben (Übernahme der erforderlichen Ausbildungskosten möglich). Von Vorteil ist eine absolvierte Weiterbildung in der Praxisanleitung gem. GuK-WV.
- Ein hohes Engagement, Teamfähigkeit, die Bereitschaft am Ablauf eines Schulbetriebs in einer Erwachsenenbildungseinrichtung sowie an der Konzeptionierung von Bildungsprodukten mitzuwirken, sollten gegeben sein.

Unser Angebot:

Neben einer abwechslungsreichen Tätigkeit in einem modernen, innovativen Arbeitsumfeld der Erwachsenenbildung bieten wir Ihnen gemäß BABE-KV, Verwendungsgruppe 5 ein Brutto-Mindestgehalt beginnend mit EUR 2.892,95 (Vollzeit / 38 Wochenstunden). Eine höhere Einstufung ist auf Basis einschlägiger Erfahrung möglich.

In den Sommerferien bietet das BFI für Mitarbeiter/innen auch die Möglichkeit einer Kinderbetreuung für 5- bis 14-jährige.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung per E-Mail an Frau Rita Schnaitl, BA (bewerbung@bfi-sbg.at). Für telefonische Rückfragen stehen wir gerne unter 0662 883081-721 zur Verfügung.

Liebe*r Leser*in!

Toleranz alleine reicht nicht. Erduldet oder ertragen werden will niemand.
Akzeptanz trifft es wohl eher: eine uneingeschränkte Bereitschaft zur Annahme einer Person. Noch wichtiger erscheint mir Respekt gegenüber der Zielgruppe, der diese Ausgabe gewidmet ist: Achtung, Höflichkeit, Fairness, Anerkennung, Empahtie und Vorsicht gegenüber sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten.

Meine Arbeit als Sexualpädagogin zeigt, dass die meisten Menschen „eh kein Problem mit Homosexualität“ zu haben glauben, mit Transidentität oder Intergeschlechtlichkeit. Die gesetzlichen Reformen – von der Ehe für alle Menschen bis zum dritten Geschlechtseintrag – lassen vermuten, in Österreich seien sexuelle und geschlechtliche Minderheiten bestens akzeptiert.
Die vielen Beiträge dieses Heftes zeigen jedoch auf, dass ein achtsamer und respektvoller Umgang mit LGBTI*-Personen in vielen Lebensbereichen noch immer nicht selbstverständlich ist.

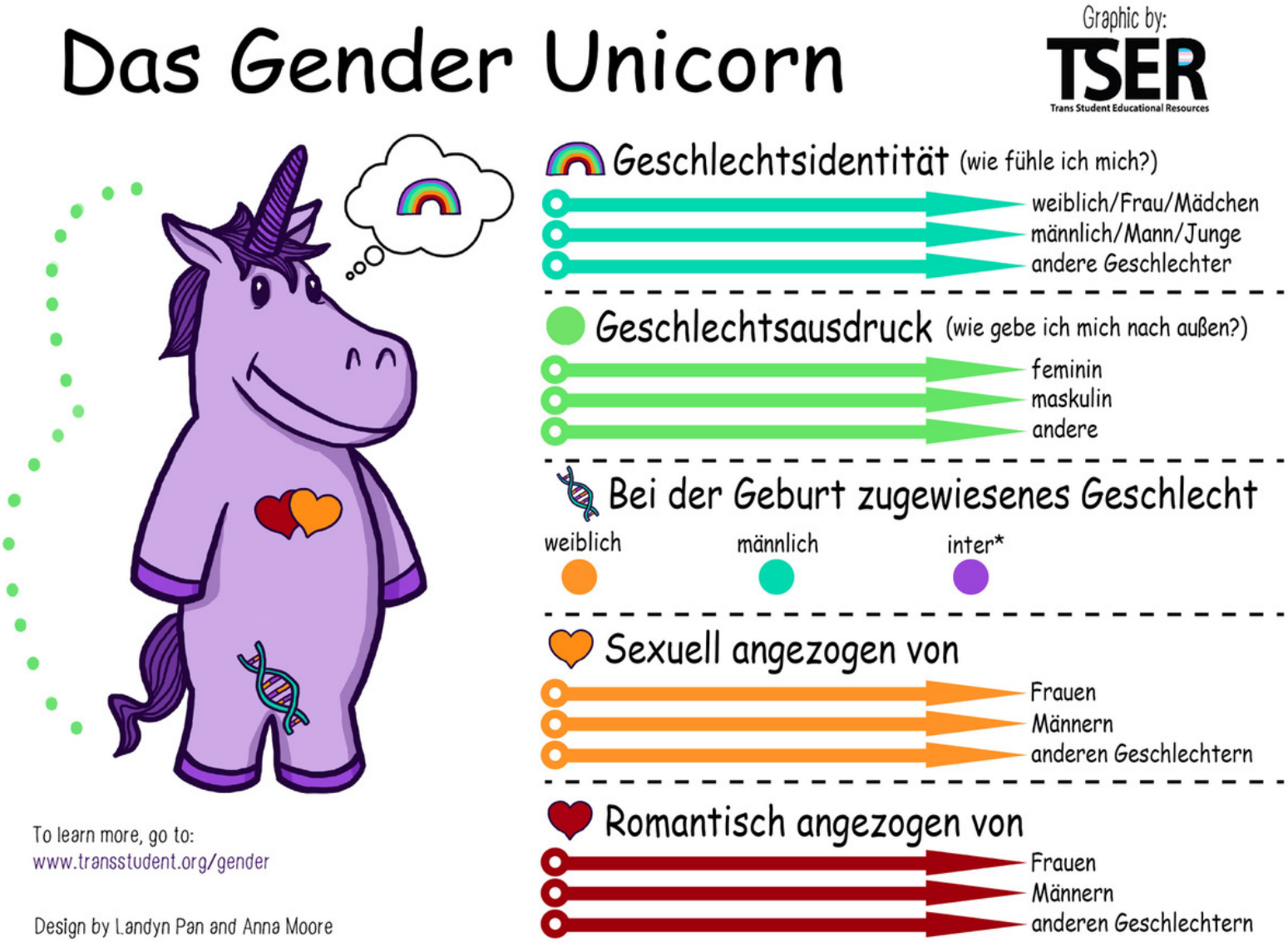
Gerade im großen Bereich der Pflege, den wir alle im Lauf unseres Lebens immer wieder beanspruchen, ist ein menschenrechtsbasierter und vorurteilsfreier Raum von großer Bedeutung: vom Kinderwunsch homosexueller Paare, über die Geburt, von angestrebten geschlechtsangleichenden Maßnahmen transidenter Menschen oder erzwungenen geschlechtsverändernden Maßnahmen an intergeschlechtlichen Kindern bis zum ambulanten oder stationären Aufenthalt und schlussendlich zum Pflegeheim.
Für LGBTI*Personen ist dies oftmals ein Spießrutenlauf, sind Untersuchungen oder Aufenthalte in Kliniken mit starken Diskriminierungserfahrungen verbunden.

Damit sich das ändert, damit Sie sich umfassend zum Thema LGBTI* & Pflege informieren und somit zu einem (noch) besseren Miteinander beitragen können – deshalb ist dieses Sonderheft entstanden. Entstanden aus meiner Frage an Markus Golla, ob er nicht mal ein Schwerpunkt-Heft zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt machen möchte. Und ja, klar, wollte er! Ein Anpacker und Veränderer, dem ich an dieser Stelle ganz herzlich danken möchte für seinen Rund-Um-Die-Uhr-Einsatz für dieses Heft!

Viel Spaß beim Lesen wünscht
Gabriele Rothuber

Mag.ª Gabriele Rothuber
Geschäftsführung Fachstelle Selbstbewusst – Sexuelle Bildung & Prävention von sexuellem Missbrauch, Obfrau und Intersex-Beauftragte der HOSI Salzburg, Sexualpädagogin, Sexualberaterin, System. Traumafachberaterin und -Pädagogin

Fotocredit: Alex Jürgen



Das Gender Unicorn

Komplexes einfach erklärt

Ein Einhorn, um zu erklären, wie komplex das mit der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität, dem Körpergeschlecht und Geschlechtsausdruck ist? Zugegeben: skurril. Aber bewährt (etwa in den vielen Bildungsprojekten der HOSI Salzburg). Und ja, wir haben auch überlegt, wie man es optimieren und allen Anforderungen gerecht werden könnte – wir haben nichts gefunden und sind auch nicht kreativ genug, um das zu verändern. Deshalb – tadaaa – lieben wir das Einhörnchen und dürfen es auch hier verwenden. An dieser Stelle großes Danke an TSER!

Leider kann hier nur die statische Variante abgebildet werden. Es gibt aber auch eine interaktive Version, die ich Ihnen sehr ans Herz lege.

Der Einfachheit halber gibt es im Folgenden die Möglichkeit, nur das blau Gedruckte zu lesen. Dann haben Sie einen guten „Einsteiger*innen-Überblick“. Wenn Sie das alles eh schon wussten, können Sie mit den weiteren kursiven Ausführungen noch ein wenig tiefer eintauchen.

Beginnen wir mit dem Kopf des Einhorns: die GESCHLECHTSIDENTITÄT ist das „innere Wissen“ eines Menschen, welches Geschlecht er_sie hat. Sie ist von außen nicht erkennbar.

Wenn die Geschlechtsidentität mit dem übereinstimmt, was in der Geburtsurkunde steht (also: welchem Geschlecht wir bei der Geburt zugewiesen wurden), spricht man von CIS, wenn sie nicht damit

übereinstimmt von TRANS.

Wenn es nur teilweise für die Person stimmig ist, passt vielleicht die Bezeichnung non-binary (nicht-binär, also auf die beiden Normgeschlechter m/w bezogen; weder ausschließlich männlich noch weiblich). Als genderfluid können sich Menschen bezeichnen, die sich zwischen den Geschlechtern m/w bewegen, in unterschiedlicher, veränderlicher Ausprägung.

Der GESCHLECHTSAUSDRUCK meint, wie wir uns nach außen geben – wie wir von anderen Menschen aufgrund unseres Aussehens, unserer Stimme, unseres Verhaltens etc. „gelesen", wahrgenommen werden. Das ist natürlich auch stark kulturell geprägt.

Oft wird vom Geschlechtsausdruck (z.B. Lippenstift) auf die Geschlechtsidentität (= weiblich) geschlossen. Leider ist ein Geschlechtsausdruck, der von Rollenerwartungen an Männer/ Burschen und Frauen/Mädchen abweicht, häufig Anlass für Mobbing, für Diskriminierung und Gewalt.

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, auch KÖRPERGESCHLECHT: anhand unserer Genitalien wurden wir als weiblich oder männlich im Geburtsregister eingetragen.

Menschen, deren Körper in eine eindeutige medizinische Norm von männlichen bzw. weiblichen Körpern passen bezeichnet man als endogeschlechtlich im Gegensatz zu intergeschlechtlichen Menschen, bei denen dies nicht der Fall ist.

Die SEXUELLE ORIENTIERUNG oder Anziehung meint, zu wem man sich sexuell hingezogen fühlt / mit wem man gerne Sex hat (hätte).

Eine Anziehung zum eigenen Geschlecht nennt man Homosexualität, zum anderen Geschlecht Heterosexualität, zu beiden Geschlechtern Bisexualität.

Da diese Kategorien jedoch nur die beiden Normgeschlechter Frau und Mann beinhalten, hat sich der Begriff der Pansexualität etabliert: es wird keine Vorauswahl bezüglich körperlicher Geschlechtsmerkmale oder Geschlechtsidentität getroffen – man kann sich also sexuell zu Menschen jeden Geschlechts hingezogen fühlen und sich in sie verlieben.

Asexualität bedeutet die Abwesenheit sexueller Anziehung gegenüber anderen, ein fehlendes Interesse an Sex oder ein nicht vorhandenes Verlangen danach (nicht zu verwechseln mit Abstinenz, also den Verzicht auf Sex, oder einem Ekel vor Sexualität, der seinen Ursprung in einem traumatischen Ereignis haben kann).

Die ROMANTISCHE ANZIEHUNG oder Orientierung meint, in wen man sich verliebt.

Die romantische Orientierung muss nicht mit der sexuellen Orientierung übereinstimmen. Es ist zum Beispiel möglich, dass sich ein Mensch zwar ausschließlich in Frauen verliebt, aber auch Sex mit Männern und nicht-binären Personen hat.

Und wozu brauchen wir diese vielen Unterscheidungen oder neuen Schubladen?

Weil die allermeisten Menschen so sozialisiert wurden, dass sie denken und fest annehmen,

- es gäbe nur 2 Geschlechter: Mann und Frau (binäre Norm)
- jeder Mensch identifiziere sich zeitlebens mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht
- alle Menschen verlieben sich / begehren das Gegengeschlecht (Heterosexualität)
- die beiden Normgeschlechter sollten auch „von außen" erkennbar sein (Geschlechtsausdruck)

Das nennt man **Heteronormativität**. Und ist eigentlich völliger Schwachsinn. Führt aber dazu, dass alles, was von dieser dämlichen gesellschaftlich, politisch, medizinischen Norm abweicht als zumindest „anders" bewertet wird, zu Ausgrenzung, Queerfeindlichkeit und Gewalt führt.

Autorin

Mag.ª Gabriele Rothuber
Geschäftsführung Fachstelle Selbstbewusst – Sexuelle Bildung & Prävention von sexuellem Missbrauch, Obfrau und Intersex -Beauftragte der HOSI Salzburg, Sexualpädagogin, Sexualberaterin, System. Traumafachberaterin und -Pädagogin

Weiblich, männlich, anders?

Bei den meisten Formularen findet man heute, egal ob im WWW oder auf Papier, diese Möglichkeit, sein/ihr/anders Geschlecht anzugeben. Wir sind begeistert. Oder doch nicht?

Was das mit der Pflege zu tun hat? Eine ganze Menge. Kommt es in der Anamnese auch so vor? Und wenn ja, was heißt dann „anders“? In der Pflege hat sich viel geändert. Schuld daran war AIDS. Weil sich eine weltweit grassierende, sexuell übertragbare Erkrankung aufgrund ihrer rasanten Ausbreitung und deren Folgen nicht unter das Mäntelchen des Schweigens kehren ließ. Eine plötzlich im Rampenlicht stehende, damals noch Homosexuellen Bewegung genannte Bewegung, hat die Verhältnisse in der Gesellschaft verändert. Die Forschung und Medizin hat es geschafft, an Aids erkrankten Menschen sehr oft das Leben zu retten. Und Pflege hat ganz besonders dazu beigetragen, mit offenem Visier für „diese Patienten - oder Patientinnen“ zu kämpfen. Sie hat aidserkrankte Menschen oft über Jahre begleitet. Oft genug sind sie mit der eigenen Umgebung dabei in Konflikt geraten, um gegen die Vorurteile und Diskriminierungen gegenüber aidserkrankten Menschen anzukämpfen.

Was hat das mit der Altenpflege zu tun? Im Alter wegen einer pflegebedürftigen Erkrankung in eine Einrichtung zu übersiedeln war über lange Zeit für Paare angstbesetzt, weil sie nicht wußten, ob sie dort beisammen bleiben dürfen. Heute ist das kein Thema mehr, so lange es genug Räume in einer Einrichtung gibt, in der statt einer Person zwei Personen wohnen können. Was aber, wenn ein Paar nicht „heteronormativ“ lebt? Die Altenpflege hat gelernt und ihre Türen geöffnet. Lernen müssen manchmal nur die anderen MitbewohnerInnen, dass das Paar nebenan gleichgeschlechtlich ist und erstaunlicherweise klappt es immer besser.

Fast könnte man daraus den Schluß ziehen, Ende gut, alles gut. Damit das aber nicht dem Zufall überlassen bleibt, gilt es, rechtzeitig vorzusorgen. Mit einer PatientInnenverfügung, mit einer Vorsorgevollmacht - und einem Testament. Damit klar ist, dass „die/der anders“ da ist, wenn es um Entscheidungen geht, die man selbst nicht mehr treffen kann. Weil Krankheit und Pflegebedürftigkeit keinen Unterschied bei den Geschlechtern macht und alle, weiblich, männlich, anders die gleichen Rechte haben.

Birgit Meinhard-Schiebel
Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger

(C) Katrin Schützenauer

Pflegeberuf kann nicht jede/r

www.gesundheitsgewerkschaft. at

Foto: Syda Productions/stock.adobe.com

GÖD

GESUNDHEITSGEWERKSCHAFT

Gemeinsam jeden Tag

FÜR DEINE GESUNDHEIT

LGBTIQ in der pflegerischen Ausbildung

AlejandrolvanSuarez

Internationale Studien weisen darauf hin, dass Pflege und spezielle Bedürfnisse von LGBTIQ-Menschen in der pflegerischen Grundausbildung, aber auch im Rahmen von Fortbildungen kaum Berücksichtigung finden (Carebez et al., 2015; Margolies & Brown, 2019; McCann & Brown, 2020; Mitchell et al., 2016; Strong, 2013). Inwiefern dies auch für die pflegerische Grundausbildung in Österreich gilt, lässt sich schwer nachvollziehen. So wird zwar im Curriculum der Ausbildung zur Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz darauf hingewiesen, dass kulturspezifische Bedürfnisse in der Pflege berücksichtigt werden müssen, aber was konkret darunter zu verstehen ist und welches die Unterrichtsinhalte dazu sind, geht aus dem Curriculum nicht hervor (Pfabigan et al., 2020). Ähnliches gilt für die Modulpläne, die von den einzelnen Fachhochschulstandorten für den Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege im Internet verfügbar sind. In fast allen Modulplänen findet sich eine Lehrveranstaltung zur kultursensiblen Pflege. Allerdings ist auch hier nicht ersichtlich, ob sich der Begriff „Kultur“ auch auf die LGBTIQ-Community bezieht. Berichten zufolge wird davon ausgegangen, dass es häufig am persönlichen Engagement der Lehrenden liegt, inwiefern die kultursensiblen Bedürfnisse der LBGITQ-Community in den Lehrveranstaltungen thematisiert werden (Carebez et al., 2015; Mitchell et al., 2016).

Auch in US-amerikanischen Studien wurde nachgewiesen, dass Auszubildende der Pflege kaum Kenntnisse zur Pflege und den Bedürfnissen von LBGITQ-Menschen haben. Allerdings zeigt sich, dass gerade diese Kompetenzen bei Pflegenden, bedingt durch das Altern der Baby-Boomer Generation, in naher Zukunft nötig sein werden. In den USA wird erwartet, dass bis zum Jahr 2050 einer von dreizehn alten Menschen zur LBGITQ-Community zählen wird. Daher stellt sich die Frage, ob Pflegende durch die Ausbildung ausreichend darauf vorbereitet sind, auf die kulturspezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe einzugehen. Die kultursensible Pflege von LBGITQ-Menschen ins Curriculum pflegerischer Grundausbildung zu integrieren, erleichtert künftig den Pflegenden den Umgang mit dieser vulnerablen Gruppe von Patient*innen und hilft auf spezifische Bedürfnisse einzugehen (Frapp & Graber, 2019).

Ebenso zeigt eine Schweizer Studie auf, dass für die Pflegeaus-

bildungen Handlungsbedarf besteht, damit LBGITQ-Menschen, insbesondere im Alter und in ihrer letzten Lebensphase, in ihrer Individualität mit Respekt und Würde anerkannt und betreut werden. Ein Großteil der befragten Betroffenen gibt in einer Umfrage an, dass sie der Meinung sind, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens und das pflegerische Personal nicht oder zu wenig auf die Situation von LBGITQ-Menschen eingehen würden. Die Betroffenen haben daher Ängste vor der Nicht-Akzeptanz durch das pflegerische und medizinische Personal. Gerade in der stationären und ambulanten Altenpflege konnten von den betroffenen Menschen hier negative Erfahrungen berichtet werden. Denn alte LBGITQ-Menschen haben in ihrem Leben oft Diskriminierung erlebt und wünschen sich für ihren letzten Lebensabschnitt ein Leben in Würde und mit Respekt. Ein Befragter äußert dazu: „Ein gutes Leben im Alter nach dem Leben in der Diskriminierungshölle“ (Fachgruppe Alter, 2020). Ältere homosexuelle Menschen, in erster Linie homosexuelle Männer, wurden in ihrer Geschichte kriminalisiert, pathologisiert und verfolgt. So wurde in Deutschland Homosexualität zwischen Erwachsenen erst im Jahr 1969, in Österreich sogar erst 1971 legalisiert (Gerlach & Schupp, 2016). Menschen aus der LBGITQ-Community befürchten, aus Angst vor Diskriminierung, ihre sexuelle Orientierung und ihren Lebensstil, innerhalb von Einrichtungen des Gesundheitswesens und bei der Inanspruchnahme von extramuralen Gesundheitsdiensten, verheimlichen zu müssen. Aus diesem Grund entstehen derzeit im deutschsprachigen Raum auch spezialisierte Einrichtungen der Altenpflege für LBGITQ-Menschen (Lottmann & Kollak, 2018).

Kultursensible Kompetenz inkludiert unterschiedliche Variablen und geht über die religiöse und ethnische Dimension hinaus. Kulturelle Kompetenz beinhaltet ebenso die sexuelle Orientierung, Geschlecht und den sozialen Status (Mitchell et al., 2016). Ein wesentlicher Schritt im Kompetenzerwerb ist auch, eine inklusive Sprache zu verwenden (Brusie, 2020). Es erfordert eine gewisse Offenheit bei Pflegenden, sich mit milieuspezifischen Begrifflichkeiten auseinanderzusetzen. Zudem sind in der Verwendung einer gendergerechten Sprache nicht nur weiblich und männlich zu berücksichtigen, sondern immer auch divers zu integrieren. Das gilt im selben Maße für unterschiedliche Lebensformen, die über gängige Formen des Zusammenlebens hinausgehen. Wichtig für LBGITQ-Menschen ist ein tiefes Verständnis für die Lebenswelt und die Lebensbedingungen. Dazu zählt auch ein Wissen über historische Entwicklung und Problematiken, insbesondere Kenntnisse über Diskriminierungserfahrungen in der Vergangenheit erweisen sich als bedeutsam. Gerade in Anbetracht der Vielfalt von Diversitätsdimensionen in der Lebenswelt LBGITQ-Menschen erscheint eine Weiterentwicklung der kultursensiblen Pflege zu einer milieuspezifischen und diversitätssensiblen Pflege notwendig (Lottmann & Kollak, 2018). Die Fachgruppe Alter (2020) empfiehlt auf Basis von Studienergebnissen zudem folgende Inhalte in die Pflegeausbildung und Pflegefortbildung zu integrieren: Sicherheit im Umgang mit Begrifflichkeiten, trans*/inter*medizinische Inhalte, Rollenspiele für den korrekten Umgang mit LBBTIQ-Menschen, psychologische Aspekte, unterschiedliche Bedürfnisse für unterschiedliche Lebensformen sowie Einbezug von LGBTIQ-Menschen in Aus- und Fortbildung. Diese Aspekte sollten künftig in der curricularen Entwicklung pflegerischer Grundausbildung berücksichtigt und als Fortbildung für erfahrene Kolleg*innen in der Pflege angeboten werden, um einer kultur- und milieusensiblen Pflege gerecht zu werden.

Literatur:

Brusie, C. (2020). 10 Tips For Caring For LGBTQ Patients. Retrieved from https://nurse.org/articles/culturally-competent-healthcare-for-LGBTQ-patients/

Carebez, R., Pellegrini, Mankovitz, A., Eliason, M., Ciano, M., & Scott, M. (2015). Never in all my Years.: Nurses Education about LGBT Heath. Journal of Professional Nursing, 31(4), 323–329.

Fachgruppe Alter (2020). Erwartungen der LGBTIQ-Menschen an Alters- und Pflegeeinrichtungen und Spitäler, an Spitex und Pflegefachschulen. Bern.

Frapp, S., & Graber, J. (2019). Teaching Cultural Competence: Incorporating LGBT Content Into the Nursing Curriculum. Re-

Autorin

Mag.ª Dr.in phil. Ursula Halbmayr-Kubicsek MSc
Mitglied des Lehr- und Forschungspersonals der FH Gesundheitsberufe OÖ, Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege

trieved from https://stti.confex.com/stti/bc19/webprogram/Paper99516.html

Gerlach, H., & Schupp, M. (2016). Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Retrieved from https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/49927

Lottmann, R., & Kollak, I. (2018). A diversity-sensitive long-term care for gay and lesbian elders in need of care – Results of the research project GLESA / Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige – Ergebnisse des Forschungsprojekts GLESA. International Journal of Health Professions, 5(1), 53–63. https://doi.org/10.2478/ijhp-2018-0005

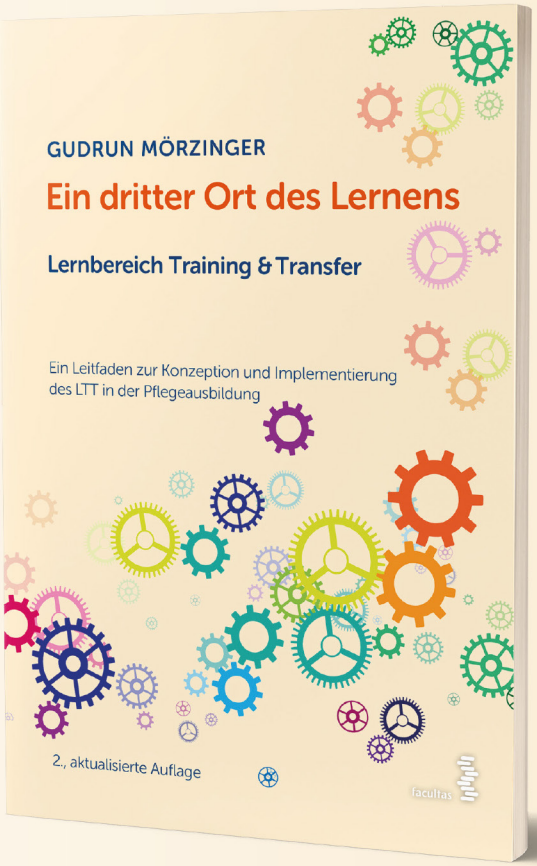
Margolies, L., & Brown, C. (2019). Increasing cultural competence with LGBTQ patients. Nursing, 49(6), 34–40.

McCann, E., & Brown, M. (2020). The needs of LGBTI+ people within student nurse education programmes: A new conceptualisation. Nurse Education in Practice, 47. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102828

Mitchell, K., Lee, L., Green, A., & Skyes, J. (2016). The Gaps in Health Care of the LGBT Community: Perspectives of Nursing Students and Faculty. Papers & Publications: Interdisciplinary Journal of Undergraduate Research, 5, 21–30.

Pfabigan, D., Bajer, M., Rottenhofer, I., & Mader, F. (2020). Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz.

Strong, K. (2013). Assessing Undergraduate Nursing Students‘ Knowledge, Attitudes and Cultural Competence in Caring for LGBT Patients (Honors Research Project). Wesleyan University, Illinois. Retrieved from http://digitalcommons.iwu.edu/nursing_honproj/42



Der Dritte Lernort in der Pflegeausbildung: Konzept und Implementierung

facultas, 2. Auflage 2021, 120 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2083-2
e-ISBN 978-3-99111-228-0
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

#SEIMUTIG #AUSGESPROCHEN

Ob Pflege oder Schule, Vielfalt gibt es überall

Regenbogenkompetenz in der Pflege

Dienstübergabe auf der Intensivstation im Krankenhaus Z.

Der Dienst von Flo hat soeben mit der Dienstübergabe begonnen. Kollege Hans spricht von einem Patienten, der seit gestern auf der Station ist. Polytrauma nach einem schweren Verkehrsunfall mit Fahrerflucht. Der Patient ist in einem kritischen Zustand. „Er ist übrigens schwul, sein Lebensgefährte sitzt draußen.“ fügt Hans noch dazu.

Gerhard, ein Kollege, der gerade ebenfalls im Raum ist, schaut die beiden an. „Und was interessiert uns das? Ist doch irrelevant, was der im Bett treibt. Ist er eh nicht HIV-positiv?“.

Flo ist die Konfrontation sichtbar unangenehm. Flo weiß nicht, warum Hans die sexuelle Orientierung des Patienten zur Sprache gebracht hat und findet gleichzeitig die Aussagen von Gerhard unangebracht. Mitten in diese Verwirrung sagt Hans laut: „Es interessiert mich bei niemandem, was er im Bett macht. Aber dieser Patient steht auf der Kippe. Sein Lebensgefährte hat seit gestern kein Auge zugemacht, dreht seine Runden im Wartebereich und rund ums Krankenhaus und ist in großer Sorge. Zusätzlich muss er sich regelmäßig fragen lassen, wer er ist und in welchem Verhältnis er zum Patienten steht. Also ja: Ich finde, es ist eine wichtige Info, dass er schwul ist, wenn ich den Patienten an Flo übergebe!“

Henriette, die Pflegeleitung, ist mitten im Gespräch ins Zimmer gekommen und hat Hans‘ Statement interessiert zugehört. Jetzt meldet sie sich zu Wort und gibt unumwunden zu, dass sie sich über die sexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität der Patient*innen noch nie den Kopf zerbrochen hat. Nach den sehr klaren Worten von Hans hat sie das Gefühl, dass sie das ändern muss. Eigentlich müsste man sich in der Klinik gemeinsam überlegen, wie man professionell mit diesem Thema umgehen wolle.

Henriette beschließt, das Thema mit ihren Kolleg*innen von den anderen Stationen mal informell zu besprechen und eine Fortbildung zu dem Thema anzuregen.

(C) amazing studio

Die Vielfältigkeit der Gesellschaft spiegelt sich in allen Lebensbereichen wider und damit auch im Bereich der medizinischen Versorgung und der Pflege. In den letzten Jahren gibt es eine zunehmende Sensibilität gegenüber dieser Diversität. Unterschiede, die sich aus den Bereichen Ethnizität / Religiosität, Alter, Geschlechtszugehörigkeit ergeben werden also zunehmend wahrgenommen und auch berücksichtigt. Ein Teilbereich, der im Modell der „Layers of Diversity“ (einem Modell, das die unterschiedlichen Bereiche von Diversität und Identität abbildet) aufgrund seiner identitätsstiftenden Rolle gleichwertig wie die genannten betrachtet wird, jedoch in vielen institutionellen Kontexten noch wenig Beachtung findet, ist jener der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt. Das bedeutet, dass manche Bedürfnisse von Menschen, die sich außerhalb der heterosexuellen und zweigeschlechtlichen Norm verorten, weder wahrgenommen, noch berücksichtigt werden.

Nach mehreren Gesprächen mit Kolleg*innen anderer Stationen und Institutionen muss Henriette feststellen, dass es viele unterschiedliche Anlässe gibt, in denen das Thema sexuelle Orientierung eine Rolle spielt: Die Kollegin aus der Kinderstation hat ihr peinlich berührt erzählt, dass sie letztes Mal einem Vater, der sein Kind besuchen wollte unterstellt hat zu lügen – sie hatte den „richtigen Vater“ schließlich schon bei einem anderen Besuch kennengelernt. Es stellte sich heraus, dass das Kind in einer Regenbogenfamilie mit zwei Vätern aufwächst. Oder die Erzählung der Hebamme aus der Geburtshilfe: Sie begleitet gerade die Schwangerschaft bei einem Frauenpaar und musste feststellen, wie oft sie automatisch von der Rolle des Vaters bei der Geburt spricht. Und nicht zu vergessen die beiden unguten Situationen auf der Urologie und der Gynäkologie: Auf der Urologie wurde ein Patient rabiat, als er mitbekam, dass sein Zimmerkollege schwul ist – schließlich wolle er nicht von dem „begafft“ werden. Und auf der Gyn dachte eine Patientin, sie sei auf der falschen Station gelandet, nachdem in einem anderen Bett eine Person lag, die sie aufgrund von äußerlichen Merkmalen für eine Frau hielt. Dabei handelte es sich um eine intergeschlechtliche Person, die sich einer gynäkologischen Operation unterziehen musste.

(C) Pixel-Shot

LGBTIQ* - Ein „Orchideenthema“?

Ein diskriminierungsfreier Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt hat also für viele Menschen Bedeutung: Für jene, die Menschen des gleichen Geschlechts lieben oder begehren gleichermaßen wie für Kinder, die in Regenbogenfamilien aufwachsen. Für die, die sich nicht in die binäre Geschlechterordnung einordnen lassen (wollen) und für all jene, die in ihrem persönlichen Umfeld Kontakt zu LGBTIQ*-Personen haben.

Die Abkürzung LGBTIQ* steht für Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Inter*, Queer, also lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell / transgender, intergeschlechtlich, queer. Der Asterisk gilt als Zusatz für unterschiedliche Selbstdefinitionen und Identitäten (vgl. Schmidt u. a. 2015, S. 10).

In allen Bereichen sexueller und geschlechtlicher Vielfalt kann hinsichtlich der betroffenen Menschen nur geschätzt werden. Laut Hurrelmann (2007, S. 121) fühlen sich 5-10% der Menschen zu Personen desselben Geschlechts hingezogen. Der Wert steigt, wenn nach homoerotischen Erfahrungen gefragt wird. Etwa 1,7% der Bevölkerung sind laut dem „Verein

Intergeschlechtlicher Menschen Österreich“ intergeschlechtlich (vgl. vimoe.at), 0,7-1,5% einer Studie von Conway (vgl. 2001, o. S.) zufolge transgeschlechtlich.

Statistisch gesehen ist daher davon auszugehen, dass Pflegefachkräfte in ihrem Berufsleben immer wieder auf Menschen treffen, welche sich bei den Themen sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität außerhalb der als Norm empfundenen heterosexuellen Zweigeschlechtlichkeit verorten. Die Etablierung von Regenbogenkompetenz in der pflegerischen Arbeit und Ausbildung hat also durchaus Berechtigung.

Um, wie von Henriette gefordert, professionell mit dem angesprochenen Thema umzugehen, braucht es also die Entwicklung von Regenbogenkompetenz.

Regenbogenkompetenz

Für den Bereich der Sozialen Arbeit wurde von Ulrike Schmauch der Begriff „Regenbogenkompetenz“ entworfen. Dieser „[...] wurde analog zu den Begriffen ‚Interkulturelle Kompetenz’ und ‚Genderkompetenz’ gebildet [...]. Er bezeichnet die Fähigkeit einer Fachkraft, mit dem Thema der sexuellen Orientierung professionell und diskriminierungsfrei umzugehen“ (Schmauch 2014, S. 176).

Im Sinne einer breiteren Auseinandersetzung und der Forderung von Jutta Hartmann nach einer „Auseinandersetzung mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in einer diversityorientierten Bildung“ (2016, S. 106) kann Regenbogenkompetenz darüber hinaus auch den angemessenen Umgang mit Inter- und Transgeschlechtlichkeit umfassen.

Ulrike Schmauch (2014, S. 176ff.) versteht Regenbogenkompetenz als Basiskompetenz, die sich aus Fähigkeiten aus unterschiedlichen Kompetenzbereichen zusammensetzt.

Im Bereich der Fachkompetenz gehört hierzu ein Grundwissen zu LGBTIQ*-Themen sowie zu Lebensrealitäten und gesetzlichen Grundlagen. Auf die genannten Beispiele bezogen könnten sich die Kolleg*innen folgende Fragen stellen:

- Sind mir die Unterschiede zwischen sexueller und geschlechtlicher Identität bewusst?
- Wo bekomme ich fundierte Informationen zu Inter*- und

(C) Monkey Business

Transgeschlechtlichkeit?
- Welche Rechtsformen gibt es in Zusammenhang mit LGBTIQ* und Partnerschaft bzw. Familie?
- Welche Erkenntnisse gibt es im Bereich der Gendermedizin?

Im Bereich der Sozialkompetenz geht es darum, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich von Kommunikation und Kooperation um den Blickwinkel auf LGBTIQ*-Aspekte zu erweitern. Hier sind unter anderem folgende Fragen relevant:

- Wie sehr bildet meine Sprache Vielfalt ab?
- Bin ich mir heteronormativer Aspekte in meiner Kommunikation bewusst?
- Wie reagiere ich auf homophobe oder sexistische Witze und Äußerungen?
- Gelingt es mir, standardisierte Protokolle (Aufnahme, Entlassung, etc.) zielgruppenadäquat zu verändern?

Selbstkompetenz im Sinne von Regenbogenkompetenz zu haben bedeutet, eigene Gefühle, Vorurteile und Werte in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt reflektieren zu können.

- In welchem Zusammenhang steht das Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt mit meiner Biografie und meinen eigenen Moral- und Wertvorstellungen?
- Bestehen Spannungen zwischen meiner persönlichen Werthaltung und einer professionellen Haltung?

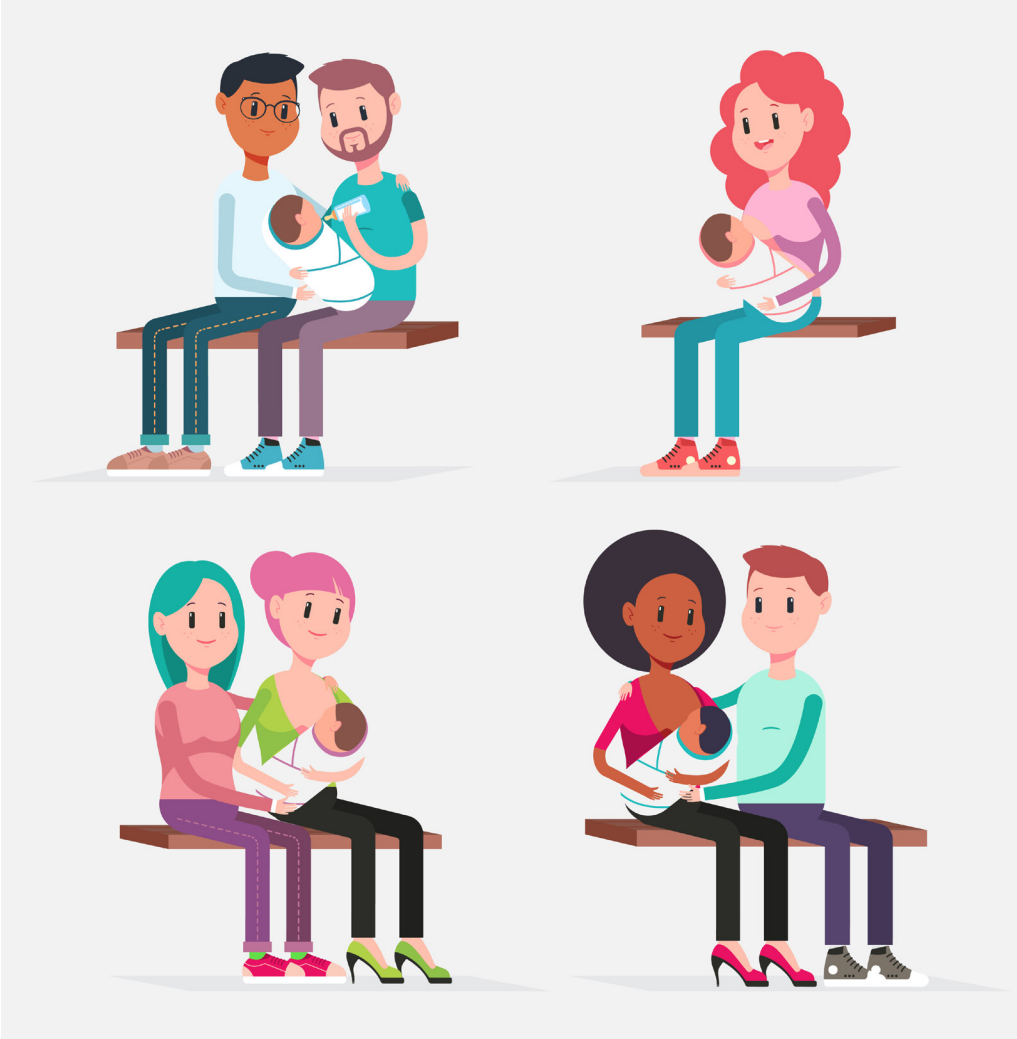
Letztendlich geht es auch um die Frage, wie das Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in die tägliche berufliche Praxis eingebaut werden kann. Im Sinne der Methodenkompetenz können folgende Überlegungen angestellt werden:

- Inwiefern zeigen die Patient*inneninformationen, Anleitungen und Broschüren die bestehende Vielfalt auf?
- Sind Formulare so gestaltet, dass darin auch LGBTIQ*-Lebensformen abgebildet werden können?
- Für Stationen, wo das Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt eine höhere Relevanz hat: Mit welchen konkreten Handlungskonzepten kann auf das Thema Bezug genommen werden?

Der letzte Punkt zeigt, dass Regenbogenkompetenz verstärkt wirksam werden kann, wenn zusätzlich zur Kompetenz des Fachpersonals aus Pflege und Medizin ein institutioneller Kontext vorhanden ist, der auf eine vorurteilsbewusste und diskriminierungsfreie Arbeit Wert legt. Dieser Kontext umfasst notwendigerweise auch die Ausbildungseinrichtungen: Wenn schon dort für alle Aspekte von Vielfalt sensibilisiert wird, können Berufseinsteiger*innen in weiterer Folge als Multiplikator*innen in den unterschiedlichen Stationen und Einrichtungen dienen.

Best-Practice Modelle und weiterführende Informationen

Bereits 2014 wurde vom Institut für empirische Sozialforschung



(IFES) eine Studie durchgeführt, die sich auf die aktuelle und zukünftige Lebenssituation und die Vorstellungen und Wünsche für das Leben und Wohnen im Alter von Schwulen, Lesben und Transgender-Personen bezog. Diese Studie bestätigte das Bedürfnis der LGBTIQ*-Community nach spezifisch ausgerichteten Wohn-, Pflege- und Betreuungsangeboten für Ältere. Bereits erlebte Diskriminierungserfahrungen resultierten darin, dass „herkömmlichen“ Einrichtungen wenig Vertrauen entgegengebracht wurde. Gleichzeitig wünschen sich Betroffene jedoch keine exklusiven Einrichtungen, sondern solche, in denen Vielfalt gut abgebildet wird und in denen durch eine entsprechende Sensibilität Diskriminierungsfreiheit, Offenheit und Sensibilität herrscht (vgl. Schuster und Edlmayr, 2014, S. 82f.).

Rechnung getragen wurde diesem Bedürfnis zum Beispiel bereits in Deutschland, wo die „Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege“ der Schwulenberatung Berlin deutschlandweit Pflegeeinrichtungen mit einem eigens entwickelten Qualitätssiegel auszeichnet, wenn sie für LGBTIQ* sensibilisiert sind. Darüber hinaus wurde vom selben Verein der „Leitfaden zur Inklusion sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Pflege“ erstellt, der eine Grundlage für die Auseinandersetzung mit dem Thema darstellt und dabei auch Herausforderungen nicht ausspart.

Eine Herausforderung ist, dass Strukturänderungen Zeit brauchen und der Bedarf nach Regenbogenkompetenz in den Institutionen einerseits oft nicht erkannt und ihm andererseits keine besondere Relevanz zugeschrieben wird. Umso wichtiger ist zu betonen, dass auch einzelne Fachkräfte mit Regenbogenkompetenz für Betroffene den Unterschied ausmachen können, weil sie sich so in ihrer Gesamtheit und mit allen Facetten ihrer Identität wahrgenommen fühlen.

Links:

„Weil ich so bin, wie ich bin …“. Vielfalt in der Pflege. Ein Praxis–Leitfaden für stationäre und ambulante Dienste. Herausgegeben von der „Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege“ der Schwulenberatung Berlin. Verfügbar unter: https://schwulenberatungberlin.de/post/leitfaden-zur-inklusion-sexueller-und-geschlechtlicher-vielfalt-in-der-pflege [Stand: 28. 02. 2021].

Kultursensible Pflege für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transgender bei der Münchenstift. Herausgegeben von der Münchenstift GmbH. Verfügbar unter: https://www.muenchenstift.de/projekte/lgbt/70 [Stand: 28. 02. 2021].

Verwendete und weiterführende Literatur:

Abdul-Hussain, Surur und Hofmann, Roswitha (2013): Dimensionen von Diversität. Verfügbar unter: https://erwachsenenbildung.at/themen/diversitymanagement/grundlagen/dimensionen.php [Stand: 28. 02. 2021].

Allerberger, Tanja (2018): Regenbogenkompetenz als Voraussetzung für eine diskriminierungsfreie Schule. Magdeburg.

Conway, Lynn (2002): „How Frequently Does Transsexualism Occur?“. Verfügbar unter: http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/TSprevalence.html. [Stand: 28. 02. 2021].

Hartmann, Jutta (2016): „Doing Heteronormativity? Funktionsweisen von Heteronormativität im Feld der Pädagogik“. In: Fereidooni, Karim; Zeoli, P. Antonietta (Hrsg.) Managing Diversity: Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden, S. 105-134.

Hurrelmann, Klaus (2016): Lebensphase Jugend. Weinheim.

Schupp, Markus (2018): LGBTIQ* und Pflege: Warum braucht es spezielle Pflegekonzepte? Verfügbar unter: https://schwuleundalter.de/wp-content/uploads/2018/04/LGBTIQ-und-Pflege_Fachvortrag_Schupp.pdf [Stand: 28. 02. 2021].

Schuster, Christine; Edlmayr, Christa (2014): Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter bei Homosexuellen und Transgender. Verfügbar unter: https://www.ifes.at/aktuelles/wohnen-pflege-betreuung-im-alter-lgbt [Stand: 28. 02. 2021].

Autorin

Tanja Allerberger, MA

Jg. 1975; Sozialpädagogin und Lehrerin für Didaktik und Praxis der Sozialpädagogik; zusätzlich Vortrags- und Workshoptätigkeit zu den Themen Diversität, Regenbogenkompetenz und Regenbogenfamilien.
tanja@regenbogenkompetenz.info

MSD
SCHÜTZT
NICHT VOR
KREBS
Gehen Sie zur Vorsorge. Nehmen Sie Behandlungstermine wahr.
Denn nur so können Sie Krebs wirklich etwas entgegenstellen.
Merck Sharp & Dohme GesmbH, Wien. AT-NON-00810. Erstellt November 2020.

LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle

Zusammenfassung: Lesbische, schwule, bisexuelle, transgender und intersexuelle (LSBTI) Menschen scheinen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität zu haben, wie aus vielen internationalen Studien hervorgeht. In diesem Beitrag wird die aktuelle Studienlage dargestellt und auf methodologische Herausforderungen eingegangen. Während für lesbische, schwule und bisexuelle Menschen die Evidenz für das höhere Erkrankungsrisiko robust erscheint, ist die Datenlage zu Transgender und Intersexualität noch eher dürftig, die Ergebnisse sprechen aber auch hier für ein erhöhtes Risiko. Weiters werden in diesem Beitrag neuere wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle zur psychischen Gesundheit von LSBTI Menschen vorgestellt. Diese haben pathologisierende Ansichten über LSBTI abgelöst und fokussieren auf die Folgen gesellschaftlicher Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie. Daraus resultierende verschiedene Formen von Minoritätenstress, welchen LSBTI Menschen oder jene, die als LSBTI wahrgenommen werden, ausgesetzt sind, können das erhöhte Krankheitsrisiko gut erklären. Die Kenntnis des Erkrankungsrisikos von LSBTI Patient*innen und der zugrundeliegenden pathogenetischen Prozesse ist für die psychotherapeutische Praxis relevant.

Schlüsselwörter: psychische Krankheit, Gesundheit, Suizid, Lesben, Schwule, Bisexuelle, Homosexualität, Transgender, Intersexualität

Die Kenntnis von Gruppen mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen, in diesem Falle die Gruppen lesbischer, schwuler, bisexueller, transgener und intersexueller (LSBTI) Menschen, ist für Psychotherapeut*innen und andere Professionist*innen im Gesundheitswesen von Relevanz. Wie aus diesem Beitrag durch eine Studienübersicht hervorgeht, haben LSBTI Personen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität. Das Aufzeigen von Gesundheitsrisiken bei LSBTI Personen birgt eine gewisse Gefahr der unzulässigen neuerlichen Pathologisierung von LSBTI. Darauf wird in diesem Beitrag eingegangen. Dazu werden Gründe für das erhöhte Risiko psychischer Erkrankungen von LSBTI aufgezeigt, die vor allem auf negativen Werthaltungen gegenüber LSBTI Personen (Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie) beruhen. Das Verständnis dieser pathogenen Mechanismen ist ebenfalls für die psychotherapeutische Praxis wichtig. Zunächst soll LSBTI definiert werden.

Begriffsklärung

Sexuelle Minoritäten

Meist werden sexuelle Minoritäten mit lesbischen, schwulen, oder bisexuellen (LSB) Menschen gleichgesetzt. Die sexuelle Orientierung von Menschen kann aber mit zumindest drei Dimensionen charakterisiert werden: sexuelle Identität, sexuelles Verhalten und sexuelles Erleben. Anhand der Identitätsdimension zählt jemand zur Gruppe der sexuellen Minoritäten, wenn sich die Person anders als heterosexuell bezeichnet, z. B. als schwul, lesbisch, homosexuell, bisexuell, vorwiegend heterosexuell, unsicher, queer. Bezüglich der Verhaltensdimension sind es Menschen, die gleichgeschlechtliche oder gleich- und gegengeschlechtliche Kontakte haben. Was die sexuelle Erlebensdimension anbelangt, zählen Menschen, die sich nicht ausschließlich zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen, zu den sexuellen Minoritäten. Die Identitäts-, Verhaltens- und Erlebensdimensionen der sexuellen Orientierung korrelieren zwar hoch, aber nicht perfekt (Plöderl et al., 2010). So identifizierten oder verhielten sich in einer Studie nur maximal ein Prozent der Jugendlichen als ausschließlich homosexuell, aber ca. 5 % fühlten sich sexuell zum gleichen Geschlecht hingezogen (Priebe & Svedin, 2013). Eine Studie an erwachsenen Männern zeigte, dass sich die Mehrheit der Männer, die Sex mit Männern hatten, als heterosexuell identifizierten (Pathela et al., 2006). Daraus lässt sich schließen, dass sich die verschiedenen Dimensionen der sexuellen Orientierung zwar überlappen, aber auch verschiedene Untergruppen bilden.

*Trans**

Der Begriff „Trans*“ steht für verschiedene Gruppierungen, etwa für transgender Personen, bei denen die Geschlechtsidentität vom biologischen oder bei der Geburt zugeordneten Geschlecht abweicht. Zu Trans* zählen auch jene, welche von gesellschaftlich stereotypen Geschlechtsrollen abweichen, sich einem dritten Geschlecht zuordnen oder Cross-Dresser sind, d. h. Kleider

des anderen Geschlechts tragen, unabhängig von den zugrundeliegenden Beweggründen (Institute of Medicine of the National Academies, 2011; Wikipedia, 2016). Das Sternchen bei Trans* soll auf die Vielfalt dieser Gruppierungen hinweisen (Günther, 2016). Der Begriff „Cisgender“ bezeichnet Personen, bei denen die Geschlechtsidentität mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt. Zu betonen ist, dass Trans* unabhängig von der sexuellen Orientierung zu betrachten ist. Hier ist auch anzumerken, dass die gängigen Definitionen von Homo- oder Bisexualität überhaupt nur im Kontext eines binären Geschlechtersystems anwendbar sind (was bedeutet etwa „sich zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen“ im Falle einer trans* oder inter* Person?). Manche trans* Gruppierungen sind im gegenwärtigen Krankheitsverzeichnis ICD-10 noch immer als Psychopathologien klassifiziert (z. B. F64.0 Transsexualismus oder F64.2 Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter). Dies wird kontrovers diskutiert und für das kommende ICD-11 sind weniger pathologisierende Begriffe geplant (Nieder et al., 2014).

*Inter**

Bei intersex Menschen sind die binären Kategorien „männlich“ und „weiblich“ aufgrund biologischer Variationen unpassend. Das biologische Geschlecht kann anhand der Chromosomen, der Hormone und der inneren oder äußeren Geschlechtsorgane bestimmt werden und Inter* bedeutet, dass bei zumindest einem Geschlechtsmerkmal keine typische männliche oder weibliche Form vorliegt. Um die Vielfalt von Intersex bewusst zu machen, wird häufig das Kürzel Inter* verwendet. In der Medizin werden inter* Formen als Krankheiten unter Störungen der Geschlechtsentwicklung (engl. disorders of sex development, DSD) klassifiziert. Dies wird von fast allen inter* Vertreter*innen wegen der Stigmatisierung und Pathologisierung kritisiert (Lee et al., 2016); die Bezeichnung „Variationen der Geschlechtsentwicklung“ wird als entsprechende Alternative vorgeschlagen (van Lisdonk, 2014).

LSBTI und psychische Gesundheit

Sexuelle Minoritäten

Schon vor über 100 Jahren hatte Magnus Hirschfeld (1914) bei ihm bekannten homosexuellen Männern hohe Raten an Suizidversuchen (25%) und Suiziden (3%) beobachtet. Vor allem in den USA erschienen in der Nachkriegszeit Studien, bei denen LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen häufiger psychische Probleme berichteten (Gonsiorek, 1991). Die meisten dieser Studienteilnehmer*innen wurden über die Schwulen- und Lesbenszene rekrutiert, was zu einer Unter- oder Überschätzung der tatsächlichen gesundheitlichen Problematik von LSB Menschen führen könnte (Hottes et al., 2016; Kuyper et al., 2016; Plöderl et al., 2013). Seit den 1990er Jahren gab es wichtige methodologische Innovationen, welche die Aussagekraft der Studien erhöhte, wie etwa Langzeitstudien einer ganzen Geburtskohorte (Fergusson et al., 1999, 2005), andere Langzeitstudien (Marshal et al., 2013; Wichstrom & Hegna, 2003), Zwillingsstudien (Frisell et al., 2010; Herrell et al., 1999), Vergleiche von LSB Personen mit ihren heterosexuellen Geschwistern (Balsam et al., 2005), die Verwendung mehrerer Dimensionen sexueller Orientierung (Bostwick et al., 2010; Drabble et al., 2005; Kann et al., 2011; McCabe et al., 2005; Plöderl et al., 2010; Priebe & Svedin, 2013) oder Kombinationen der Dimensionen (Gattis et al., 2012). Besonders aussagekräftig sind repräsentative, populationsbasierte Studien, die groß genug angelegt waren, um ausreichend viele LSB Personen zu enthalten, und die verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung und valide Methoden zur Erfassung von psychischen Erkrankungen verwendeten. Mehrere Meta-Analysen dieser Studien fanden höhere Raten für die meisten erfassten psychischen Krankheiten und für Suizidalität (Hottes et al., 2016; King et al., 2008; Marshal et al., 2011, 2008; Plöderl et al., 2006). Diese Meta-Analysen weisen jedoch eine Reihe von potentiellen Problemen auf: So wurden LSB Personen in eine Gruppe zusammengefasst, um die statistische Teststärke zu erhöhen, sodass Unterschiede zwischen den Subgruppen nicht festgestellt werden können (Savin-Williams, 2008). Dies ist kritisch, weil bisexuelle Personen in vielen Studien höhere Raten an psychischen Erkrankungen oder Symptomen hatten, verglichen mit schwulen oder lesbischen Personen (Hottes et al., 2016; Marshal et al., 2011, 2008). Weiters ist es problematisch, Studien mit unterschiedlichen Dimensionen der sexuellen Orientierung zusammenzufassen, weil dies mit unterschiedlichen Erkrankungsraten verbunden ist (Bostwick et al., 2010), und schließlich ist bekannt, dass Unterschiede je nach sexueller Orientierung geschlechts- und erkrankungsspezifisch sind (Marshal et al., 2008; Plöderl et al., 2006).

In einem aktuellen systematischen Studienüberblick von 199 populationsbasierten Studien wurden erstmals die Unterschiede je nach Subgruppe der sexuellen Orientie-

rung, Geschlecht, Publikationszeitpunkt, Region und Studienqualität berücksichtigt (Plöderl & Tremblay, 2015). Die deutliche Mehrheit der Studien, auch der neueren, fand unter LSB Personen erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen oder Symptomen, verglichen mit heterosexuellen Personen. Die Effektstärken der Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung (LSB gegenüber heterosexuell) wurden dabei anhand der Odds-Ratios für binäre Ergebnisse (Störung vorhanden oder nicht vorhanden) oder bei quantitativen Maßen mit Cohen's d berechnet. Bei Studien zu Depressivität waren die Effekte (d.h. Größe des Unterschiedes zwischen homo- oder bisexuellen Personen und heterosexuellen Personen) bei Männern mittelgroß, bei Frauen klein, und auch bei Jugendlichen klein bis mittelgroß. Bei Angststörungen waren die Effekte zumeist klein bis mittelgroß und bei Männern größer als bei Frauen. Bei Suizidversuchen und Suiziden fanden sich mehrheitlich große Effekte, und zumeist größere Effekte bei Männern als bei Frauen. Etwas anders fielen die Ergebnisse für alkohol- und drogenspezifische Störungen aus. Für schwule und bisexuelle Männer zeigten sich in der Mehrheit der Studien keine erhöhten oder sogar niedrigeren Raten bei alkoholspezifischen Störungen (im Vergleich zu heterosexuellen Männern). Allerdings fanden sich in den qualitativ höheren Studien mit klinischen Diagnosen für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit wiederum signifikante Effekte bei Männern. Bei Frauen hingegen zeigten sich kleine Effekte für alkohol- und mittelgroße für drogenspezifische Störungen. Alle Subgruppen der sexuellen Minoritäten, d. h. homosexuelle (lesbische oder schwule), bisexuelle, vorwiegend heterosexuelle und unsichere Personen hatten höhere Störungsraten, immer verglichen mit heterosexuellen Personen, aber die Unterschiede variierten in der Größe etwas. Auch für Männer und Frauen, verschiedene Altersgruppen, verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung, Regionen und Publikationszeitpunkte zeigten sich erhöhte Krankheits- und Symptomraten bei LSB im V ergleich zu heterosexuellen Personen. Weiters wurde repliziert, dass die Unterschiede zwischen LSB und heterosexuellen Personen bei Männern höher waren als bei Frauen, mit Ausnahme von substanzbedingten psychischen Störungen und Symptomen, bei denen Frauen stärkere Unterschiede je nach sexueller Orientierung hatten. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass nach gegenwärtigem Wissensstand LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen höhere Raten an psychischen Symptomen und Erkrankungen haben.

*Trans**

Im Vergleich zu LSB Personen gibt es weniger Studien über die psychische Gesundheit von trans* Personen und meines Wissens existieren nur drei populationsbasierte Studien dazu (Clark et al., 2014; Effrig et al., 2011; Rath et al., 2013). Eine aktuelle Übersicht von 38 Studien von Personen mit der klinischen Diagnose „gender dysphoria", was am ehesten der ICD-10-Diagnose Transsexualität entspricht, fand für die meisten Studien erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen oder Psychopathologie, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung (Dhejne et al., 2016). Jedoch verwendeten die wenigsten Studien passende Kontrollgruppen und die meisten der 11 Longitudinalstudien berichteten nach medizinischen geschlechtsangleichenden Maßnahmen eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, teilweise vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung. Eine weitere Überblicksarbeit mit 31 Studien berichtete für trans* Personen klar erhöhte Raten an nicht suizidalen Selbstverletzungen, Suizidversuchen und Suiziden, verglichen mit cisgender Personen oder der Allgemeinbevölkerung (Marshall et al., 2016). Das erhöhte Risiko fand sich auch in Longitudinalstudien. Die umfangreichste Studienübersicht zeigt, dass trans* Personen in der Regel höhere Ausprägungen an Suizidgedanken und Suizidversuchen haben, verglichen mit LSB Personen (Ramsay & Tremblay, 2015). In der aktuellsten systema- tischen Literaturübersicht, die 116 Studien aus 30 verschiedenen Ländern zusammenfasste, fanden sich bei trans* Personen erhöhte Raten an psychischen Problemen wie Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Substanzmissbrauch (Reisner et al., 2016).

*Inter**

Bislang gibt es nur wenige Studien über die psychische Gesundheit von inter* Personen und die meisten basieren auf kleinen Stichproben aus dem klinischen Kontext oder über inter* Organisationen. Daher ist es kaum möglich, klare Schlussfolgerungen zu ziehen, vor allem nicht für die einzelnen Erscheinungsformen von Inter*. Generell lässt sich sagen, dass die meisten, aber nicht alle Studien erhöhte Raten an psychischen Symptomen oder Störungen bei inter* Personen fanden, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung.

Eine erste Überblicksarbeit von 11 Studien, die bis 2005 publiziert wurden und Teilnehmer*innen mit verschiedensten Formen von Intersexualität einschlossen, fand

erhöhte Raten an psychischen Problemen, außer für die inter*-Gruppe mit dem adrenogenitalen Syndrom (AGS) (Schützmann et al., 2009). Eine weitere Überblicksarbeit mit 35 Studien über inter* Personen mit typisch weiblichen oder ambigen Genitalien bei den inter* Formen kompletter Androgenresistenz, partieller Androgenresistenz, 5α-Reduktase-2-Mangel oder β-HSD-3-Mangel fand Hinweise für Suizidalität und psychischer Belastung (Wisniewski & Mazur, 2009). Neuere Studien führten zu gemischten Ergebnissen. Teilweise wurden erhöhte Raten an psychischen Symptomen gefunden (Boks et al., 2007; Close et al., 2015; D'Alberton et al., 2015; Fliegner et al., 2014; Herlihy et al., 2011; Schützmann et al., 2009; Schweizer et al., 2016; Thyen et al., 2014; Turriff et al., 2011), teilweise jedoch nicht (Fagerholm et al., 2012; Johannsen et al., 2006; Kleinemeier et al., 2010). Eine Studie berichtete höhere Raten an Suizidgedanken bei inter* Personen mit Gonadektomie im Vergleich zu jenen ohne Gonadektomie (61 gegenüber 23%) (Schützmann et al., 2009). Wiederholte genitale Operationen korrelierten mit der Unzufriedenheit bezüglich der körperlichen Erscheinung (Schweizer et al., 2016).

Studien spezifisch zum AGS fielen gemischt aus. Manche fanden teilweise höhere Raten an psychischen Problemen (Johannsen et al., 2006; Krysiak et al., 2016; Liang et al., 2008; Mueller et al., 2010), manche jedoch nicht (Morgan et al., 2005; Reisch et al., 2011; Schützmann et al., 2009). Methodisch sind die schwedischen Registerstudien hervorzuheben, bei denen alle Neugeborenen, welche mit verschiedenen Formen des AGS diagnostiziert worden sind, erfasst wurden. Bei jenen, die später in der Frauenrolle lebten, wurde eine etwa zweifach erhöhte Rate für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung sowie eine etwas niedriger Rate an Suiziden oder Suizidversuchen gefunden, verglichen mit einer entsprechenden Kontrollgruppe (Engberg et al., 2015). Unterschiede in den AGS-Subtypen waren eher gering. Für Personen mit AGS, die in der Männerrolle lebten, wurden erhöhte Raten für die meisten psychischen Erkrankungen und für Suizide und Suizidversuche gefunden, aber es gab Unterschiede je nach AGS-Subtyp (Falhammar et al., 2014a). Eine weitere schwedische Registerstudie zeigte, dass der Suizid bei Personen mit dem AGS und bei vergleichbaren Kontrollpersonen gleich häufig Todesursache war (Falhammar et al., 2014b).

Was den Effekt von chirurgischen Eingriffen zur „Anpassung" der Genitalien auf die psychische Gesundheit anbelangt, gibt es kaum Daten, und eine Übersicht von Longitudinalstudien ergab nur 13 Studien (Machado et al., 2016). Viele davon sind methodologisch fragwürdig, da sie keine reliablen Maße für psychische Gesundheit verwendeten, nur die Sichtweise der Ärzt*innen berücksichtigten, nur sexuelle Zufriedenheit als Erfolgs- kriterium heranzogen oder eine heterosexistische Ansicht von Sexualität und Körpern vertraten, wie sie für Machado et al. (2016, S. 2198) darin deutlich wurde: „... when female genitalia are evaluated, it is in the sense of being able to accommodate a regular-sized penis. In those cases, alternative sexual orientations or practices are not accounted for, even when sexual satisfaction is evaluated." Machado et al. (2016) wiesen weiters darauf hin, dass es meist keine medizinische Notwendigkeit für einen operativen Eingriff gibt, sondern einen sozialen Druck, der aus starren, binären Geschlechternormen herrührt, und dass es dokumentierte negative Folgen von chirurgischen Eingriffen gibt. Daher ist ein rein biomedizinischer Zugang zu Inter* problematisch. Das wurde in einem aktuellen Konsensuspapier anerkannt, in das auch die Sichtweisen der inter* Vertreter*innen einflossen, und das Ziel einer hohen Lebensqualität in den Vordergrund rückt sowie die Notwendigkeit der Einbindung aller Beteiligter in medizinische Entscheidungen (Lee et al., 2016). Die Unklarheit bezüglich chirurgischer Eingriffe wurde unterstrichen (Lee et al, 2016, S. 176): „There is still no consensual attitude regarding indications, timing, procedure and evaluation of outcome of DSD surgery."

Methodologische Herausforderungen

Wie bei allen versteckten Gruppierungen ist die Schätzung der wahren Prävalenz an psychischen Erkrankungen bei LSBTI Menschen immer mit methodologischen Problemen behaftet (Plöderl et al., 2013). So könnten LSBTI Personen die Teilnahme an Studien verweigern oder ihre LSBTI-Zugehörigkeit nicht offenkundig machen, was mit Unter- oder Überschätzung der tatsächlichen Prävalenzen an psychischen Erkrankungen einhergehen kann, auch in „repräsentativen" populationsbasierten Stichproben. Studien verwendeten verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung, was sie schwer vergleichbar macht (Plöderl & Tremblay, 2015). Die meisten populationsbasierten Studien unterschieden nicht zwischen dem bei der Geburt zugeordneten Geschlecht und der aktuellen Ge-

schlechtsidentität; Inter* wird auch so gut wie nie erfasst. Es braucht große und dementsprechend teure populationsbasierte repräsentative Studien, um für Analysen ausreichend viele LSBTI Personen zu beinhalten. Dies ist vermutlich ein Grund, warum es kaum solche Studien außerhalb des westlichen Kulturkreises gibt. Daher bleiben Stichproben, die über LSBTI Organisationen oder im Falle von Trans* und Inter* über medizinische Einrichtungen gewonnen wurden, nach wie vor eine wichtige Option in der Forschung, obwohl dies mit möglichen Repräsentativitätsproblemen einhergeht (Hottes et al., 2016; Kuyper et al., 2016). Die Intersektionalität von LSBTI mit anderen Diversitätskategorien (z. B. Religion oder Behinderung) ist ebenfalls sehr wesentlich zum Verständnis der individuellen psychischen Gesundheit und erste Studien hierzu sind erschienen (Lytle et al., 2014; McCann et al., 2016; Meyer, 2010; Rodriguez, 2010). Darauf einzugehen würde aber den Rahmen dieses Beitrages sprengen.

Erklärungsmodelle für das Erkrankungsrisiko

Gegenwärtige wissenschaftliche Modelle zur psychischen Gesundheit von LSBTI Menschen drehen sich in erster Linie um den schädlichen Effekt von Homo-, Trans- und Interphobie (d. h. negative Einstellungen und Handlungen gegenüber LSBTI) und den zugrundeliegenden rigiden Geschlechtsnormen in der Gesellschaft.

Minoritätenstressmodelle
Das meistzitierte Modell zur psychischen Gesundheit von sexuellen Minoritäten ist Meyers (2003) Minoritätenstressmodell. Demnach haben LSB Personen gleiche Stressoren wie heterosexuelle Menschen, aber zusätzlich spezifische Minoritätenstressoren. Dazu gehört distaler Minoritätenstress wie Diskriminierung oder Gewalt und proximaler Minoritätenstress, zum Beispiel Stress, der mit der Geheimhaltung der sexuellen Orientierung verbunden ist, Angst vor negativen Reaktionen oder die eigene bewusste oder unbewusste negative Einstellung zu Homosexualität (internalisierte Homophobie). Diese Stressfaktoren können sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, aber auch durch die Resilienzfaktoren soziale Unterstützung und gute Stressbewältigungsfähigkeiten gepuffert werden.

Hatzenbuehler (2009) hat die pathogenetischen Effekte von Minoritätenstress genauer in seinem psychologischen Mediationsmodell abgebildet. Demnach kann distaler Minoritätenstress sich nicht nur direkt negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, sondern kann auch einen indirekten Effekt haben, und zwar über negative Veränderung von allgemeinen psychologischen Prozessen im Individuum, wie Stressbewältigungsfähigkeiten, Emotionsregulierung, soziale und kognitive Prozesse. Minoritätenstress kann auch gruppenspezifische Prozesse verändern wie die erhöhte Erwartung, abgelehnt zu werden, Geheimhaltung der sexuellen Orientierung oder internalisierte Homophobie.

Das syndemische Modell (Stall et al., 2008) wurde ursprünglich entwickelt, um das erhöhte Risiko einer Komorbidität für verschiedenste gesundheitliche Probleme von städtischen schwulen Männern zu erklären. Es wurde mittlerweile aber auch für trans* Personen angewendet (Operario et al., 2014). Das Modell beinhaltet eine Entwicklungsperspektive: Schon früh, lange vor dem Coming-out, werden Jungs sozial bestraft, wenn sie die männlichen Geschlechterrollen tatsächlich oder angenommenerweise nicht erfüllen. Danach erfolgt der Comingout-Prozess, die Internalisierung der Homophobie, aber auch die Entwicklung von „prä-schwulen“ sozialen Fertigkeiten. Aufgrund der homophoben sozialen Situation ziehen manche schwulen Männer in die städtische Schwulenszene, was mit Vorteilen (soziale Unterstützung), aber auch Nachteilen (Drogen, Ablehnung in der Szene) verbunden sein kann. Das Zusammenspiel der verschiedenen Risikofaktoren kann zu einem Schneeballeffekt führen, bei dem verschiedene psychische und andere gesundheitliche Probleme sich wechselseitig verstärken.

Aus den genannten Erklärungsmodellen konnten bereits erfolgreiche kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen abgeleitet werden (Pachankis, 2015; Pachankis et al., 2015).

Sozialkonstruktivistische Ansätze
Sozialkonstruktivistische Theorien kritisieren das Minoritätenstressmodell, weil es zu sehr biomedizinisch orientiert ist, d. h., dass psychisches Leiden von LSB Menschen pathologisiert und das Risiko in das Individuum verlegt wird, was der Komplexität von sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren nicht gerecht wird (McDermott & Roen, 2016). Weiters können die genannten Modelle nicht erklären, warum auch in neueren Studien LSBT Menschen höhere Erkrankungsraten aufweisen, obwohl weitreichende Gleichstellungen in gesetzlicher Hinsicht erfolgten, die Einstellung zu Homosexualität besser wurde und es das Internet als Ressource für junge LSBTI Menschen gibt. Zwei ak-

tuellere sozialkonstruktivistische Ansätze (Cover, 2016; McDermott & Roen, 2016) zeigen, dass LSB Jugendliche als verletzlich, unsicher und mit Minoritätenstress konfrontiert konstruiert werden, die bloß die schwierige Zeit durchstehen müssen, um dann stabile, anerkannte Personen zu werden, die eventuell in einer Stadt wohnen und Partner*innen gleichen Geschlechts heiraten können. Es könnte den Druck auf LSB Jugendliche erhöhen, wenn diese positiven Perspektiven unerreichbar erscheinen. Es wird auch kritisiert, dass die psychischen Probleme von LSBT Jugendlichen allein durch Bullying-Erfahrungen erklärt werden, weil das die Probleme der heteronormativen Kultur im Allgemeinen bagatellisiert, bei der Bullying-Täter nur ein Symptom sind (Cover, 2016). Denn auch heutzutage bedeutet eine LSBTI Identität noch immer einen Normverstoß bezüglich der Geschlechtsrollen und Sexualität. Dies führt bei manchen Jugendlichen zu Scham, psychischem Stress und Suizidalität. Die Pathologie ist demnach in der Gesellschaft und nicht im Individuum zu suchen. Die tatsächliche oder zugeschriebene Abweichung von heteronormativen Geschlechtsrollen und die damit verbundenen psychosozialen Konsequenzen sind meines Erachtens genau die verbindenden Elemente von sexuellen Minoritäten, Trans* und Inter* und rechtfertigen damit auch, diese verschiedenen Gruppierungen in einem Beitrag miteinander zu diskutieren.

Modelle zu Trans und Inter**

Trans* Personen haben ganz eigene Herausforderungen im Leben, aber einige gesundheitsrelevante Faktoren ähneln jenen von LSB Personen. Ein Literaturüberblick fand als Risikofaktoren vor allem Viktimisierungserfahrungen (soziales Stigma, Transphobie, Diskriminierung und Gewalt etc.), Probleme beim Finden adäquater Gesundheitsversorgung, zwischenmenschliche Konflikte und mangelnde soziale Unterstützung; Schutzfaktoren waren soziale Unterstützung und geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen (Dhejne et al., 2016). Das Minoritätenstressmodell und das syndemische Modell sind auch für trans* Menschen zur Erklärung von psychischen Problemen herangezogen worden, aber es gibt noch wenig Forschung zu proximalen Minoritätenstressoren (z. B. internalisierte Transphobie) (Hendricks & Testa, 2012; Reisner et al., 2016). Über diese Modelle hinaus ist es aber notwendig zu beachten, dass Gesundheit auch damit zu tun hat, wie die Machtverteilung anhand der Geschlechtergrenzen erfolgt (Reisner et al., 2016).

Für Inter* sind theoretische Modelle über die psychische Gesundheit noch ausstehend, aber die schon erwähnten Modelle scheinen auch hier nützlich zu sein, weil manche Belastungsfaktoren und pathogenetische Prozesse vergleichbar sind. In zwei qualitativen Studien (Malouf et al., 2010; van Lisdonk, 2014) wurden einerseits gesundheitsrelevante Faktoren ähnlich wie bei LSB Menschen geschildert: Herausforderungen rund um das innere Coming-out, äußeres Coming-out und damit verbundenes Identitätsmanagement, Identitätsbildung bezüglich Geschlechtsrolle und/oder sexuelle Orientierung, Vernetzung mit anderen inter* Personen. Andererseits gab es aber auch inter*-spezifische Faktoren: Stress durch die Diagnosestellung, Akzeptanz der Intersexualität, körperliche Probleme und Krisen, Infertilität, Angst, in Partnerschaftsbeziehungen abgelehnt zu werden, Körperbild, Selbst- oder Fremdwahrnehmung als Mann oder Frau, Funktionieren im Alltag und in der Sexualität, Pharmakotherapie, finden adäquater medizinische Versorgung. Soziale Unterstützung durch die Eltern und in der Kindheit jemand gehabt zu haben, mit dem über Inter* geredet werden konnte, waren wichtige Schutzfaktoren gegen psychische Symptome, Suizidalität und fehlende Zufriedenheit mit dem Körper (Schweizer et al., 2016). Ein weiterer spezifischer potentieller Risikofaktor für inter* Menschen sind frühe unfreiwillige „anpassende“ Genitaloperationen, die mit späteren psychischen oder anderen Problemen verbunden sein können (Lee et al., 2016; Machado et al., 2016; Schützmann et al., 2009). Empirische Studien über den relativen Einfluss dieser inter*-spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit fehlen bisher weitgehend (siehe jedoch Schweizer et al., 2016).

Gefahr neuerlicher Pathologisierung von LSBTI

LSBTI Menschen wurden gerade in der Psychiatrie und Psychotherapie lange Zeit zu Unrecht pathologisiert. Zum Beispiel war Homosexualität bis 1992 im Krankheitsregister ICD (International Classification of Diseases) der World Health Organization als psychische Störung gelistet. Psychologische und psychotherapeutische Theorien sahen Homosexualität als Ergebnis von pathologischen oder unreifen Entwicklungsprozessen. Psychische Symptome wurden demnach als logischer Ausdruck der Krankhaftigkeit von Homosexualität erachtet (Drescher, 2015). Diese Ansicht wurde durch eine experimentelle

Studie von Hooker (1957) in Frage gestellt: Psychiater konnten verblindete Rohrschach-Test-Interpretationen von schwulen und heterosexuellen Männern nicht unterscheiden. Dies sprach gegen die Auffassung, dass Homosexualität per se pathologisch ist, was wesentlich zur Entpathologisierung beitrug (Gonsiorek, 1991). Die Datenlage für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko von LSB Personen erscheint zwar robust und auch für trans* und inter* Personen sprechen viele Studien für ein erhöhtes Risiko. Dennoch hat eine klare Mehrheit von LSBTI Personen keine psychische Erkrankung oder Suizidalität. Am Beispiel der jüngsten Meta-Analyse zu Suizidversuchen bei LSB wird das klar: 11–20 % (je nach Stichprobenart) der LSB Erwachsenen berichteten einen Suizidversuch (bzw. 80–89 % machten keinen Suizidversuch) irgendwann im Leben, im Vergleich zu 4 % der heterosexuellen Erwachsenen (Hottes et al., 2016). Ähnliche Ergebnisse gibt es auch für trans*-Personen, etwa jene, die geschlechtsanpassende medizinische Interventionen vorhatten (Heylens et al., 2014). Hier betrug die Rate an DSM-Achse-I-Störungen bei trans* Frauen 38 % und bei trans* Männern 37 % (d.h., 62–63 % hatten keine Achse-I-Erkrankung), die Rate für DSM- Achse-II-Erkrankungen betrug 15 %, (d. h., 85 % hatten keine Achse-II-Erkrankung)

Das einseitige Aufzeigen gesundheitlicher Probleme von LSB Menschen, ohne den sozialen Kontext zu diskutieren, wird leider, so der Eindruck, zur neuerlichen Pathologisierung benutzt (z. B. Bund katholischer Ärzte, 2014; Conservapedia, 2016). Davon möchte ich mich klar distanzieren, allein schon aus den erwähnten fachlichen Gründen. Außerdem können wissenschaftliche Modelle das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen bei LSBTI Menschen als Folge von gesellschaftlicher Homo-, Trans- und Interphobie empirisch gut erklären.

Schließlich möchte ich auf die Gefahr der Pathologisierung von LSBTI Personen in der psychotherapeutischen Praxis durch sogenannte Scheinkorrelationen hinweisen: Wenn LSBTI Menschen vorwiegend als Patient*innen kennengelernt werden, entsteht der Eindruck, dass alle LSBTI Menschen psychische Probleme haben. Dieser Eindruck würde bei der Kenntnis einer repräsentativen Gruppe von LSBTI Menschen, von denen die meisten keine psychischen Probleme haben, nicht entstehen. Anscheinend waren selbst große Psychoanalytiker*innen nicht vor diesen irrationalen Scheinkorrelationen gefeit und haben so ihre pathologisierenden Theorien zu LSBTI entwickelt. Die Gefahr solcher irrationalen Scheinkorrelationen besteht auch für andere Minderheiten und sollte immer bewusst gemacht werden.

Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie als Public-Health-Problem

Nicht nur LSBTI Menschen sind von Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie und den zugrundeliegenden starren Geschlechterrollen betroffen, sondern auch Menschen, die für LSBTI gehalten werden, unabhängig davon, ob sie LSBTI sind oder nicht. So hatten in einer Studie heterosexuell identifizierte Jugendliche, welche homophobe Diskriminierung erlebten, ähnlich hohe Suizidversuchsraten wie tatsächlich LSB Jugendliche (Reis & Saewyc, 1999). Homophobes Bullying ist nicht nur eine der häufigsten Formen von Bullying, sondern auch stärker mit Suizidgedanken bei den Opfern verbunden als andere Bullying-Formen (Patrick et al., 2013). Jugendliche, die von stereotypen Geschlechtsrollen abwichen, hatten unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung eine erhöhte Depressivität (Roberts et al., 2013) und von Jugendlichen mit Suizidversuchen waren 75 % (entweder) LSBT und (oder) Opfer von Bullying aufgrund Geschlechtsrollenabweichungen (Ioerger et al., 2015). Die krankmachenden Folgen von Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie gehen also weit über die LSBTI Population hinaus und sind ein generelles Public-Health-Problem.

Konklusion

Aus diesem Beitrag geht hervor, dass eine Vielzahl von Studien auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko von LSB Personen hinweist. Für trans* und inter* Personen gibt es deutlich weniger Studien, ein erhöhtes Risiko scheint aber auch hier vorzuliegen. Wissenschaftliche Modelle zur Erklärung des Erkrankungsrisikos verdeutlichen den pathogenen Effekt gesellschaftlicher Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie. Für Psychotherapeut*innen ist die Kenntnis des erhöhten Erkrankungsrisikos bei LSBTI Menschen relevant, alleine schon deshalb, weil sie daher davon ausgehen müssen, dass in ihren Praxen LSBTI Patient*innen überrepräsentiert sein müssten. Die Abklärung von Suizidalität sollte ohnehin bei allen Patient*innen Thema sein, aufgrund des erhöhten Suizidrisikos bei LSBTI Patient*innen ist die Dringlichkeit hier noch höher. Die Kenntnis der in diesem Beitrag geschilderten pathogenetischen Prozesse, die bei LSBTI Menschen zu psychischen Störungen und Suizidalität führen können, sind ebenfalls praxisrelevant, zum Beispiel um ein empathisches V erständnis für die

Lebensrealitäten zu entwickeln, um entsprechende Interventionen daraus abzuleiten und um gegebenenfalls sich fachlich von alten, unwissenschaftlichen und pathologisierenden Sichtweisen über LSBTI distanzieren zu können.

Autor

Priv.-Doz. Dr. Martin Plöderl
Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Logotherapie und Existenzanalytiker) am Universitätsinstitut für Klinische Psychologie und im Bereich Krisenintervention und Suizidprävention der Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg. Forschungsschwerpunkt Suizidalität bei sexuellen Minoritäten.

Literatur

Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothblum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. Journal of Abnormal Psychology, 114, 471–476.

Boks, M. P., de Vette, M. H., Sommer, I. E., van Rijn, S., Giltay, J. C., Swaab, H., & Kahn, R. S. (2007). Psychiatric morbidity and X-chromosomal origin in a Klinefelter sample. Schizophrenia Research, 93, 399–402.

Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. American Journal of Public Health, 100, 468–475.

Bund katholischer Ärzte (2014). Medizin & Homosexualität: Risiken & Gefahren. Ärzteinitiative Bund katholischer Ärzte, Unterhaching. Verfügbar unter: http://www.bkae.org/index.php?id=951&L=-de%0A%0AGesundheitliche, abgerufen am 03.08.2016.

Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). Journal of Adolescent Health, 55, 93–99.

Close, S., Fennoy, I., Smaldone, A., & Reame, N. (2015). Phenotype and adverse quality of life in boys with Klinefelter syndrome. Journal of Pediatrics, 167, 650–657.

Conservapedia (2016). Homosexuality and mental health. Verfügbar unter: http://www.conservapedia.com/Homosexuality#Homosexuality_and_Mental_Health, abgerufen am 03.08.2016.

Cover, R. (2016). Queer youth suicide, culture and identity: unliveable lives? Abingdon: Routledge.

D'Alberton, F., Assante, M. T., Foresti, M., Balsamo, A., Bertelloni, S., Dati, E., Nardi, L., Bacchi, M. L., & Mazzanti, L. (2015). Quality of life and psychological adjustment of women living with 46,XY differences of sex development.

Journal of Sexual Medicine, 12, 1440–1449.
Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. International Review of Psychiatry, 28, 44–57.

Drabble, L., Midanik, L. T., & Trocki, K. (2005). Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual and heterosexual respondents: results from the 2000 National Alcohol Survey. Journal of Studies on Alcohol, 66, 111–120.

Drescher, J. (2015). Out of DSM: depathologizing homosexuality. Behavioral Sciences, 5, 565–575.
Effrig, J. C., Bieschke, K. J., & Locke, B. D. (2011). Examining victimization and psychological distress in transgender college students. Journal of College Counseling, 14, 143–157.

Engberg, H., Butwicka, A., Nordenström, A., Hirschberg, A. L., Falhammar, H., Lichtenstein, P., Nordenskjöld, A., Frisén, L., & Landén, M. (2015). Congenital adrenal hyperplasia and risk for psychiatric disorders in girls and women born between 1915 and 2010: a total population study. Psychoneuroendocrinology, 60, 195–205.

Fagerholm, R., Mattila, A. K., Roine, R. P., Sintonen, H., & Taskinen, S. (2012). Mental health and quality of life after feminizing genitoplasty. Journal of Pediatric Surgery, 47, 747–751.

Falhammar, H., Butwicka, A., Landén, M., Lichtenstein, P., Nordenskjöld, A., Nordenström, A., & Frisén, L. (2014a). Increased psychiatric morbidity in men with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 99, E554–560.

Falhammar, H., Frisén, L., Norrby, C., Hirschberg, A. L., Almqvist, C., Nordenskjöld, A., & Nordenström, A. (2014b). Increased mortality in patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 99, E2715–2721.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. Psychological Medicine, 35, 971–981.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? Archives of General Psychiatry, 56, 876–880.

Fliegner, M., Krupp, K., Brunner, F., Rall, K., Brucker, S. Y., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual life and sexual wellness in individuals with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS) and Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome (MRKHS). Journal of Sexual Medicine, 11, 729–742.

Frisell, T., Lichtenstein, P., Rahman, Q., & Langström, N. (2010). Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: influence of minority stress and familial factors. Psychological Medicine, 40, 315–324.

Gattis, M. N., Sacco, P., & Cunningham-Williams, R. M. (2012). Substance use and mental health disorders among heterosexual identified men and women who have same-sex partners or same-sex attraction: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. Archives of Sexual Behavior, 41, 1185–1197.

Gonsiorek, J. C. (1991). The empirical basis for the demis of the illness model of homosexuality. In: Gonsiorek, J. C., & Weinrich, J. D. (Hrsg.), Homosexuality: research implications for public policy (S. 115–136). Newbury Park, Calif.: Sage.

Günther, M. (2016). Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen. Frankfurt am Main: Pro Familia Bundesverband.

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediationframework. Psychological Bul-

letin, 135, 707–730.

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the minority stress model. Professional Psychology: Research and Practice, 43, 460-467.

Herlihy, A. S., McLachlan, R. I., Gillam, L., Cock, M. L., Collins, V., & Halliday, J. L. (2011). The psychosocial impact of Klinefelter syndrome and factors influencing quality of life. Genetics in Medicine, 13, 632–642.

Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang, M. T. (1999). Sexual orientation and suicidality - A co-twin control study in adult men. Archives of General Psychiatry, 56, 867-874.

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. T., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. British Journal of Psychiatry, 204, 151–156.

Hirschfeld, M. (1914). Die Homosexualität des Mannes und des Weibes (Handbuch der gesamten Sexualwissenschaften in Einzeldarstellungen, Bd. 3). Berlin: Louis Marcus Verlagsbuchhandlung.

Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. Journal of Projective Techniques, 21, 18–31.

Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Public Health, 106(5), e1–e12. DOI 10.2105/AJPH.2016.303088. Institute of Medicine of the National Academies, Board on the Health of Select Populations, Committee on Lesbian, Gay,

Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, transgender people: building a foundation for better understanding. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Ioerger, M., Henry, K. L., Chen, P. Y., Cigularov, K. P., & Tomazic, R. G. (2015). Beyond same-sex attraction: gender- variant-based victimization is associated with suicidal behavior and substance use for other-sex attracted adolescents. Public Library of Science One, 10(6), e0129976. DOI 10.1371/journal.pone.0129976.

Johannsen, T. H., Ripa, C. P., Mortensen, E. L., & Main, K. M. (2006). Quality of life in 70 women with disorders of sex development. European Journal of Endocrinology, 155, 877–885.

Kann, L., Olsen, E. O., McManus, T., Kinchen, S., Chyen, D., Harris, W. A., & Wechsler, H. (2011). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9–12 – youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001–2009. Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, 60(7), 1–133.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry, 8, 70. DOI 10.1186/1471-244X-8-70.

Kleinemeier, E., Jurgensen, M., Lux, A., Widenka, P. M., Thyen, U., & Disorders of Sex Development Network Working Group (2010). Psychological adjustment and sexual development of adolescents with disorders of sex development. Journal of Adolescent Health, 47, 463–471.

Krysiak, R., Drosdzol-Cop, A., Skrzypulec-Plinta, V., & Okopien, B. (2016). Sexual function and depressive symptoms in young women with nonclassic congenital adrenal hyperplasia. Journal of Sexual Medicine, 13, 34–39.

Kuyper, L., Fernee, H., & Keuzenkamp, S. (2016). A comparative analysis of a community and general dample of lesbian, gay, and bisexual individuals. Archives of Sexual Behavior, 45, 683–693.

Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J. 3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L, Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. A., Vilain, E., Witchel, S., & Global DSD Update Consortium (2016). Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. Hormone Research in Paediatrics, 85, 158–180.

Liang, H. Y., Chang, H. L., Chen, C. Y., Chang, P. Y., Lo, F. S., & Lee, L. W. (2008). Psychiatric manifestations in young females with congenital adrenal hyperplasia in Taiwan. Chang Gung Medical Journal, 31, 66–73.

Lytle, M. C., De Luca, S. M., & Blosnich, J. R. (2014). The influence of intersecting identities on self-harm, suicidal behaviors, and depression among lesbian, gay, and bisexual individuals. Suicide and Life-Threatening Behavior, 44, 384–391.

Machado, P. S., Costa, A. B., Nardi, H. C., Fontanari, A. M., Araujo, I. R., & Knauth, D. R. (2016). Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development: a systematic review. Journal of Health Psychology, 21, 2195–2206.

Malouf, M. A., Inman, A. G., Carr, A. G., Franco, J., & Brooks, L. M. (2010). Health-related quality of life, mental health and psychotherapeutic considerations for women diagnosed with a disorder of sexual development: congenital adrenal hyperplasia. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2010, 253465. DOI 10.1155/2010/253465.

Marshal, M. P., Dermody, S. S., Cheong, J., Burton, C. M., Friedman, M. S., Aranda, F., & Hughes, T. L. (2013). Trajectories of depressive symptoms and suicidality among heterosexual and sexual minority youth. Journal of Youth and Adolescence, 42, 1243–1256.

Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augeli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. Journal of Adolescent Health, 49, 115–123.

Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G., & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. Addiction, 103, 546–556.

Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. International Review of Psychiatry, 28, 58–69.

McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W., & Boyd, C. J. (2005). Assessment of difference in dimensions of sexual orientation: implications for substance use research in a college-age population. Journal of Studies on Alcohol, 66, 620– 629.

McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016). The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: a review of the literature. Research in Developmental Disabilities, 57, 39–53.

McDermott, E., & Roen, K. (2016). Queer youth, suicide and self-harm: troubled subjects, troubling norms. Basingstoke: Palgrave Macmillan UK.

Meyer, I. H. (2010). Identity, stress, and resilience in lesbians, gay men, and bisexuals of color. Counseling Psychologist, 38, 442–454.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129, 674–697.

Morgan, J. F., Murphy, H., Lacey, J. H., & Conway, G. (2005). Long term psychological outcome for women with congenital adrenal hyperplasia: cross sectional survey. British Medical Journal, 330, 340–341.

Mueller, S. C., Ng, P., Sinaii, N., Leschek, E. W., Green-Golan, L., VanRyzin, C., Ernst, M., & Merke, D. P. (2010). Psychiatric characterization of children with genetic causes of hyperandrogenism. European Journal of Endocrinology, 163, 801–810.

Nieder, T. O., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 64, 232–245.

Operario, D., Yang, M. F., Reisner, S. L., Iwamoto, M., & Nemoto, T. (2014). Stigma and the syndemic of HIV-related health risk behaviors in a diverse sample of transgender women. Journal of Community Psychology, 42, 544–557.

Pachankis, J. E. (2015). A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. Archives of Sexual Behavior, 44, 1843–1860.

Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive- behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83, 875–889.

Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R., & Mostashari, F. (2006). Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: a population-based survey of New York City men. Annals of Internal Medicine, 145, 416– 425.

Patrick, D. L., Bell, J. F., Huang, J. Y., Lazarakis, N. C., & Edwards, T. C. (2013). Bullying and quality of life in youths perceived as gay, lesbian, or bisexual in Washington State, 2010. American Journal of Public Health, 103, 1255–1261.

Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities: a systematic review. International Review of Psychiatry, 27, 367–385.

Plöderl, M., Wagenmakers, E. J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., & Fartacek, R. (2013). Suicide risk and sexual orientation: a critical review. Archives of Sexual Behavior, 42, 715–727.

Plöderl, M., Kralovec, K., & Fartacek, R. (2010). The relation between sexual orientation and suicide attempts in Austria. Archives of Sexual Behavior, 39, 1403–1414.

Plöderl, M., Sauer, J., & Fartacek, R. (2006). Suizidalität und psychische Gesundheit von homo-und bisexuellen Männern und Frauen: eine Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 38, 537– 558.

Priebe, G., & Svedin, C. G. (2013). Operationalization of three dimensions of sexual orientation in a national survey of late adolescents. Journal of Sex Research, 50, 727–738.

Ramsay, R., & Tremblay, P. (2015). Gay, lesbian, bisexual & transgender "attempted suicide" incidences/risks: suicidality studies from 1970 to 2015. University of Calgary, Calgary. Verfügbar unter: http://people.ucalgary.ca/~ramsay/attempted-suicide-gay-lesbian-all-studies.htm#All-Studies,
abgerufen am 13.04.2015.

Rath, J. M., Villanti, A. C., Rubenstein, R. A., & Vallone, D. M. (2013). Tobacco use by sexual identity among young adults in the United States. Nicotine and Tobacco Research, 15, 1822–1831.

Reis, E., & Saewyc, E. (1999). 83,000 youth: select findings of eight population-based studies as they pertain to anti-gay harassment and the safety and wellbeing of sexual minority students. Seattle, Wash.: Safe Schools Coalition of Washington.

Reisch, N., Hahner, S., Bleicken, B., Flade, L., Pedrosa Gil, F., Loeffler, M., Ventz, M., Hinz, A., Beuschlein, F., Allolio, B., Reincke, M., & Quinkler, M. (2011). Quality of life is less impaired in adults with congenital adrenal hyperplasia because of 21-hydroxylase deficiency than in patients with primary adrenal insufficiency. Clinical Endocrinology, 74, 166–173.

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet, 388, 412–436.

Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2013). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11-year longitudinal study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52, 143–152.

Rodriguez, E. M. (2010). At the intersection of church and gay: a review of the psychological research on gay and lesbian Christians. Journal of Homosexuality, 57, 5–38.

Savin-Williams, R. C. (2008). Then and now: recruitment, definition, diversity, and positive attributes of same-sex populations. Developmental Psychology, 44, 135–138.

Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2009). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. Archives of Sexual Behavior, 38, 16–33.

Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. Journal of Pediatric Psychology. DOI 10.1093/jpepsy/jsw058.

Stall, R., Friedman, M., & Catania, J. A. (2008). Interacting epidemics and gay men's health: a theory of syndemic production among urban gay men. In: Wolitski, R. J., Stall, R., & Valdiserri, R. O. (Hrsg.), Unequal opportunity: health disparities affecting gay and bisexual men in the United States (S. 251–274). New York: Oxford University Press.

Thyen, U., Lux, A., Jürgensen, M., Hiort, O., & Köhler, B. (2014). Utilization of health care services and satisfaction with care in adults affected by disorders of sex development (DSD). Journal of General Internal Medicine, 29 Suppl 3, S752– 759.

Turriff, A., Levy, H. P., & Biesecker, B. (2011). Prevalence and psychosocial correlates of depressive symptoms among adolescents and adults with Klinefelter syndrome. Genetics in Medicine, 13, 966–972.

van Lisdonk, J. (2014). Living with intersex/DSD: an exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD. The Hague: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Wichstrom, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. Journal of Abnormal Psychology, 112, 144–151.

Wikipedia (2016). Transgender. Wikimedia Foundation, San Francisco. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Transgender, abgerufen am 09.06. 2016.

Wisniewski, A. B., & Mazur, T. (2009). 46,XY DSD with female or ambiguous external genitalia at birth due to androgen insensitivity syndrome, 5alpha-reductase-2 deficiency, or 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: a review of quality of life outcomes. International Journal of Pediatric Endocrinology, 2009, 567430. DOI 10.1155/2009/567430

Ersterschienen in:
Plöderl, M. (2016). LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsansätze. Psychotherapie-Wissenschaft, 2
https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/257/508
Copyright (c) 2016 Martin Plöderl
Lizenz-URL: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/

„Bedürfnisse und Nöte beider Seiten verstehen“

Ein Erfahrungsbericht

Gabriele Rothuber im Gespräch mit Conny Maxima Felice.

Danke Conny, du bist so nett und gibst dein Wissen und deine Erfahrungen, die du im Zuge deiner Transition mit Pflegepersonal gemacht hast, weiter. Es geht dabei nicht um ein unangemessenes Interesse an den Angleichungen. Es soll für die Lesenden aus dem Pflegebereich eine Hilfestellung sein, wie sie trans* Personen achtsam und professionell begleiten können und sollen.

Was hast du als gut und wichtig in Erinnerung?

Meine Erinnerungen an den Krankenhausaufenthalt sind sehr ambivalent. Ich beginne erst mit den Schattenseiten, vielleicht gelingt es damit, die Wichtigkeit des Themas zu skizzieren.

Der Tag der GaOP (Anm.: geschlechtsangleichende Operation) sollte ja ein besonderer Tag in meinem Leben werden – quasi ein zweiter Geburtstag für mich als „Spät-Entschlossene“ mit über 50 Jahren. Von anderen Trans*Personen habe ich viele Geschichten über deren Krankenhausaufenthalte gehört. Sehr schöne und einige weniger schöne.

Obwohl ich zu diesem Zeitpunkt schon rund zwei Jahre als Frau lebte, sämtliche Dokumente bereits meinem gelebten weiblichen Geschlecht entsprechen und ich vorangemeldet war, wurde ich beim Check-in in der Reihe der Wartenden als „Herr XY“ angesprochen. Meine höfliche(!) Bitte, mich als Frau anzusprechen wurde ignoriert und im Telefonat mit der Station wurde ich als „do is wieder einer da“ angekündigt. Dort wurde ich allerdings sehr wohlwollend empfangen, sowohl die Pflegepersonen als auch die Hilfs- und Reinigungspersonen waren größtenteils sehr achtsam. Jedoch sprach die leitende Stationsärztin während meines Aufenthaltes über mich nur als Mann, auch in Anwesenheit des Personals oder anderer Patientinnen im Mehrbettzimmer. Geschwächt durch die OP und ohne spür-

Conny Maxima FELICE (Jahrgang 1963) ist Mediatorin und Konflikt-Coachin und lebt in Wien. Hauptarbeitsbereiche: Beziehungs-, Generationen-Konflikte, Teambuilding. Sie unterstützt u.a. Trans*Personen bei der Lösung ihrer Konflikte in Partnerschaft und Familie bzw. am Arbeitsplatz.

baren Rückhalt anderer fühlte ich mich in meiner Würde verletzt. Diese Grundstimmung konnte und wollte ich nicht länger ertragen, weshalb ich meinen ursprünglich für rund 10 Tage geplanten Krankenhausaufenthalt auf eigenen Wunsch am 5. Tag – also 3 Tage nach der OP - abbrach. Meiner Bitte nach Schmerzmittel – da frisch operiert - für die bevorstehende mehrstündige Heimreise kam die Stationsärztin mit Mexalen500 nach. Meine nach der Ankunft in Salzburg aufgesuchte Hausärztin rat mir, wegen der Unterdosierung der Schmerzmittel eine Anzeige wegen Körperverletzung gegen die Stationsärztin zu erstatten. In Hinblick auf noch ein bis zwei bevorstehende Korrektur-OPs habe ich das nicht gemacht. Der Folgetermin verlief wie der erste – sowohl beim Check-in als auch wiederholte Verwendung des falschen Pronomens. Am Tag nach der OP habe ich das Haus verlassen und einen Monat später bestand ich für die letzte Korrektur auf einen ambulanten Termin ohne Stationsaufenthalt.

Und nun die gute Seite der Geschichte.

Dieses Erlebnis war für mich Anlass, mich noch mehr bei meinen ehrenamtlichen Tätigkeiten im queeren Bildungsbereich und auch beruflich zu engagieren, um dadurch anderen Trans*Personen ähnliche Erlebnisse zu ersparen.

Was ist vielleicht allgemein wichtig im Umgang mit trans*-Personen in der Pflege?

Meiner Ansicht nach, ist es bei der Arbeit nicht nur mit trans*-Personen, sondern mit „queeren Menschen“ allgemein, wichtig, die Bedürfnisse und die Nöte beider Seiten zu verstehen. Ärztliches, medizinisches oder pflegendes Personal kann ja auch nicht Gedanken lesen und in der täglichen Hektik passieren Fehler, leider auch vermeidbare Fehler. Da geht es auch um die Frage der „Bring- und/oder Holschuld“. Also was kann jede einzelne Person selber dazu beitragen, damit es besser wird.

Trans*Personen sind – sofern sie überhaupt als solche wahrgenommen werden – häufig mit Vorurteilen konfrontiert. Die Differenzierung zwischen der Geschlechtsidentität (Frau, Mann, trans*, nicht-binär, zwischengeschlechtlich…) und sexueller Orientierung (lesbisch, schwul, bisexuell, heterosexuell, asexuell, pansexuell…) ist leider vielen nicht bewusst und deshalb ein Bestandteil unserer Fortbildungsworkshops.

Für mich der wichtigste Punkt: Bei Unklarheiten oder Unsicherheiten wertschätzende Fragen stellen und gleichzeitig auf unangemessene Fragen verzichten. Eigenen Unsicherheiten könnte mit Fragen begegnet werden. Beispiel: „Wie kann/darf ich Sie richtig ansprechen?“ o.ä.; weitergehende Fragen, wie z.B. „Sind Sie operiert?“ o.ä. sind unangebracht. Wobei in der Pflege das Wissen über körperliche Merkmale schon von Bedeutung sein wird. In Österreich gibt es zum Glück den Operationszwang für Trans*Personen nicht mehr. Manche Trans*Personen leben eventuell in einer Übergangsphase oder wollen aus unterschiedlichsten Gründen nur bestimmte oder auch gar keine Operationen. Das zu hinterfragen steht niemandem zu, weder in einem privaten noch in professionellem Kontext. Das für die Pflege notwendige Wissen im Team zu teilen und trotzdem nicht voyeuristisch im Leben der Trans*Personen zu wühlen, gleicht möglicherweise einer Gratwanderung. Stimmt die Trans*Person zu, könnte ein kleiner Hinweis bei der Pflege-Teambesprechung viel Unbehagen auf beiden Seiten vermeiden.

Auch da helfen Fragen wie z.B.: „Darf/soll ich dieses oder jenes mit meinen Kolleg*innen teilen, um besser für Sie sorgen zu können?“. Und natürlich kann man sich selber die Frage stellen, ob man möchte, dass derart persönliche Informationen über mich von anderen herumerzählt werden.

Du bildest im Rahmen des Bildungsprojektes der HOSI Salzburg ja auch Schüler*innen der Dipl.-Pflege-Ausbildung. Möchtest du daraus berichten?

Die Workshops erlebe ich als intensive Möglichkeit des Austausches mit den Schüler*innen. Wir fragen natürlich auch die vorhandenen Erfahrungen der Schüler*innen in deren Arbeitsfeldern ab. Da kommt es häufig zu einem großen Erstaunen der Mitschüler*innen über die Anzahl der bereits erlebten Begegnungen mit Trans*Personen auf den Stationen.

Mir ist wichtig, die Schüler*innen für die teils extreme Belastung der Trans*Personen zu sensibilisieren. Es geht nicht darum, uns wie rohe Eier zu behandeln. Und da wir Trans*Personen innerhalb unserer „Gruppe“ genau so unterschiedlich sind wie die Bevölkerung insgesamt, ist nicht auszuschließen, dass Pflegende auch schlechte Erfahrungen mit Trans*Personen erleben. Meine Bitte: Nicht von einzelnen Erlebnissen auf eine ganze Gruppe zu schließen, so wie ich von meinem Erlebnis mit der Stationsärztin

nicht auf alle Ärzt*innen schließe. Darauf hinzuweisen ist jedenfalls wichtig – es kann die professionelle Reflexion erleichtern. Es geht darum, niemanden zu beschämen und den Menschen ihre Würde zu lassen.

Leider ist der „queere Themenbereich“ in keinem Curriculum verankert. Unsere Fortbildungsworkshops verdanken wir hauptsächlich engagierten Lehrenden, die die Bedeutung des Themas erkennen. Immerhin sprechen wir insgesamt von rund 10% der Bevölkerung, die sich in unterschiedlichster Weise unter dem LGBTIQ*-Regenbogen findet.

Und unter diesem Regenbogen sind sie nicht nur ExpertInnen ihres eigenen Lebens, sondern natürlich auch berufliche ExpertInnen: als Ärzt*innen, Anwält*innen, Therapeut*innen, Pflegefachkräfte usw. usf.

hosi tirol
fühl dich wohl!
www.hositirol.at

regulär jeden Freitag ab 19:00 uhr geöffnet

Kapuzinergasse 43
6020 Innsbruck

office@hositirol.at
+ 43 512 / 587 586

www.hositirol.at

das.offene.ohr@hositirol.at
ladiesnight@hositirol.at
jugend@hositirol.at
transgender@hositirol.at

redaktion@rainbowunited.at

Homosexuelle Initiative Tirol

Das orangene Wohnzimmer* der Regenbogengemeinschaft in Tirol
Treffpunkt & Zuhause für alle Personen der LGBTIQA*+ Gemeinschaft
(*mit überdachtem Gastgarten)

- Vereins- & Kommunikationszentrum
- Aufklärung - Safer Sex - Diversity
- Beratung (Peer-to-Peer) - Erstanlaufstelle
- Vernetzung und Vermittlung an Fachstellen
- Seminarraum - Indoor/Outdoor
- Kulinarik, Wohlfühlen, Gemeinschaft
- große Mediathek
- Aktionismus & Themengruppen
- Veranstaltungen
- Gruppentreffs und - Angebote

JugendBUNT

LadiesNIGHT

Wie gehen Männer mit Gesundheit/Krankheit um?

Frank Luck

Männer*, Männlichkeiten, Männer*gesundheit

Wie gehen Männer* mit Gesundheit im Alltag um? – Eine Genderpespektive

2021. 200 S., 1 Tab., Kt
€ 49,95 / CHF 65.00
ISBN 978-3-456-86133-3
Auch als eBook erhältlich

Wie gehen Männer* mit Gesundheit im Alltag um? – Dieser Frage geht Frank Luck in seiner Dissertation nach. Die Forschungsarbeit hilft, eine Lücke in der Geschlechter- und Männlichkeitsforschung zu schließen. Durch den gewählten Fokus auf das alltägliche Gesundheitshandeln von Männern* werden neue Erkenntnisse präsentiert, die zu Lösungen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung beitragen können. Die Forschungsarbeit

- klärt Dimensionen von Gesundheit, analysiert Konzeptionen von Geschlecht und Männlichkeit(en) und stellt Bausteine zur Untersuchung des Gesundheitshandelns von Männern vor
- liefert Ergebnisse, wie Väter mit Gesundheit umgehen, als Vorbild für das Gesundheitshandeln von Söhnen dienen und wie Söhne psychische Gesundheit von Vätern thematisieren
- beschreibt, welche Bedeutung Sport für Männer hat, als zentrales Element männlicher Lebensführung, als Baustein gesunden Lebens und guten Aussehens, als Unfallrisko, als Ausgleichsmoment und als Möglichkeit der Selbsterfahrung
- hinterfragt Normen und Gleichsetzungen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- Kennzeichnet die Begriffe Männer* und Männer*gesundheit mit einem Asterisk*, um die Vielfältigkeit geschlechtlicher Realitäten, Verständnisse und Praxen zu sensibilisieren
- weist auf die Bedeutung von Krisen als Wendepunkte für Männer* hin, um sich kritisch zu reflektieren, sich bewusst um sich selbst und die eigene Gesundheit zu kümmern
- beschreibt erstmalig, wie Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Lebensalter und Männlichkeitskonstruktionen in der Schweiz zusammenhängen.

(C) Africa Studio

Die Auswirkungen von Homophobie auf die psychische Gesundheit von LGBT und die Massnahmen für die psychiatrische Pflege

Sexuelle Orientierung bedeutet die Ausrichtung der sexuellen und emotionalen Bedürfnisse eines Menschen auf Menschen des gleichen oder anderen Geschlechts oder auf beide Geschlechter. Sexuelles Verhalten, Orientierung und Identität können unterschiedliche und voneinander trennbare Aspekte menschlicher Sexualität darstellen. Das heisst, dass Menschen eine sexuelle Erfahrung mit dem Geschlecht machen können, welche sie ihrer sexuellen Orientierung nach nicht bevorzugen, ohne dass sich ihre Orientierung grundsätzlich ändert. Menschen können hetero-, homo- oder bisexuell sein, auch wenn sie nicht sexuell aktiv sind {1}.

Die Abkürzung LGBT steht für lesbische, schwule (gay), bisexuelle oder transsexuelle Menschen. Der Begriff hat sich seit den 1990ern zunehmend und nicht zuletzt durch grosses Engagement und Anstrengungen dieser Gruppen um gesellschaftliche Anerkennung und Gleichstellung, durchgesetzt {2}.

Das U.S. Department of Health and Human Services führte im Jahre 2012 bei 120 000 Personen eine Erhebung über die persönliche sexuelle Orientierung durch.. Auf die Frage einer LGBT Zugehörigkeit antworteten 3.4% mit „Ja“ und 92.2% mit „Nein“ Die restlichen 4,4% der Teilnehmenden lehnten eine eindeutlige Antwort ab.. Solche Befragungen sind schwierig auszuwerten, da sie weitreichende komplexe soziale und kulturelle Aspekte beinhalten und Betroffene oftmals durch stigmatisierende Erfahrungen geprägt sind. Dies kann zu verzerrten Auswertungen führen, wobei anzunehmen ist, dass die tatsächliche Anzahl von LGBT deutlich höher liegt {3}.

Tatsache ist, dass LGBT immer wieder Gefahr laufen, diskriminierenden Situationen ausgesetzt zu sein. Dies in Form von verbal aggressiven Verhaltensweisen und/oder Erfahrungen von physischer Gewalt, was sich negativ auf den psychischen Gesundheitszustand von LGBT auswirken kann {2}.

Die negative Einstellung zu LGBT wird als Homophobie bezeichnet. Dieser Begriff bezeichnet die Unterdrückung, Viktimisierung und Diskriminierung, mit denen die LGBT aufgrund ihrer sexuellen Orientierung konfrontiert werden und bezieht sich beispielweise auf schwulenfeindliche Gewalt und Hassverbrechen aus sexuellen Motiven {4}.

Manche Personen benutzen Bezeichnungen wie lesbisch oder schwul als Abwertung anderer, jedoch bezeichnen sie für viele Betroffene eine selbstbewusste Lebensweise {1}.

Vorurteile und Gefühle der Abneigung gegenüber LGBT können sich zur persönlich gefestigten Einstellung gegenüber LGBT entwickeln. Dieses Phänomen heisst internalisierte Homophobie. Bei einer internalisierten Homophobie bzw. internalisierten Homonegativität werden Vorurteile, diskriminierende Haltungen und Gefühle von Abneigung und Ekel gegenüber LGBT tief in der persönliche Grundeinstellungen gegenüber LGBT verankert. Diese negativen Ansichten bilden sich aus Erfahrung und dem überzeugten Wissen einer Homofeindlichkeit. Vorurteile und diskriminierende Haltungen der Gesellschaft sowie angedrohte oder ausgeübte Gewalt gegenüber LGBT können dabei bereits in der Kindheit erlebt worden sein. In der Gesellschaft finden leider bis Heute nicht nur Aufklärung, sondern auch viele Andeutungen, Witze und Parodien gegenüber LGBT Platz. Letztere negativ geprägte Ansichten erzeugen dabei eine Abwertung der Homosexualität wobei die Heterosexualität als alleingültige Norm dargestellt wird {5}.

Die Erfahrungen von Diskriminierungen und Antitrans-Haltungen können bei Betroffenen zu Depressionen und erhöhtem Suizidrisiko führen. Dem entgegenwirkend können positive Erfahrungen in Form von Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld das Risiko von Depressionen und Suizid reduzieren {6}.

Ein direkter Zusammenhang von Diskriminierung, Zurückweisung, Vorurteilen, internalisierter Homophobie und Verheimlichung der sexuellen Orientierung auf die psychische Gesundheit und auf einen unkontrollierbaren Substanzkonsum bei lesbischen und bisexuellen Frauen, konnte nachgewiesen werden {7}.

Doch solche Stressoren können im gleichen Masse die psychische Gesundheit der schwulen Männern beeinflussen. Soziale Unterstützung und die Bewältigung der Belastungen auf Gruppenebene fördern insbesondere beim männlichen Geschlecht die psychische Gesundheit {8}.

Religiosität kann eine positive Wirkung die psychische Gesundheit der LGB haben, wobei eine in diesem Umfeld erlebte schwulenunfreundliche Umgebung und internalisierter Homophobie diese gleinenfalls hemmen kann. {9}.

Psychisch und sexuell gesunden junge schwule und bisexuelle Männern, welche eine einschneidende Homophobie erlebten, kann sich eine kognitive Verhaltenstherapie als , wirksam zeigen {10}.

Verschiedene Formen der Un-

terstützung können positiv auf das Wohlbefinden der Adoleszenten und jungen Erwachsenen, welche Diskriminierung und wenig Unterstützung erlebt haben, auswirken {11}.

Negative Erfahrungen im Kontext mit Homophobie beeinflussen die psychische Gesundheit von LGBT. Manifestieren sich solche Erfahrungen tiefgreifend im Inneren des Individuums spricht man von «internalisierter Homophobie». Depressionen und Angstzustände gehören zu möglichen Folgeerscheinungen , welche das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität von LGBT deutlich reduzieren.

Bei einer erfahrenen Homophbie steigt das Risiko für Suizid und Substanzkonsum an. Familiäre und soziale Unterstützung sowie kognitive Verhaltenstherapie sind massgebend für die Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT, welche Homophobie erfahren haben {10}.

Der vorliegender Artikel liefert Hinweise darauf, dass das Thema für die Pflegepraxis relevant, jedoch die Grundlagen sehr spärlich sind und ein entsprechend hoher Forschungsbedarf besteht. Daher gibt es Gründe und Untersuchungen, um konkrete Empfehlungen für die Pflegepraxis abzugeben. Die Pflege hat die Aufgabe, sich die Vielfalt menschlicher Sexualität bewusst zu machen. Ihrem Berufsethos und ethischen Grundvorstellungen entsprechend, sind Pflegefachpersonen bestrebt, LGBT Individuen im pflegerischen Alltag zu inkludieren und auf deren Bedürfnisse und Wünsche einzugehen. Beispielsweise müsste bereits bei der Anamnese offen nach der sexuellen Orientierung gefragt werden. Das Thema weist durchaus eine gewisse Sensibilität auf, ist aber für den Aufbau einer guten pflegerischen Beziehung von Beginn an relevant. Sind den Pflegefachpersonen Hintergründe, beziehungsweise Ursachen einer Erkrankung bekannt, fällt es allein beteiligten Personen leichter, individuell angepasste Behandlungsmöglichkeiten zu erkennen und umzusetzen. Das Pflegepersonal soll sich einerseits auf die Bedürfnisse der Betroffenen konzentrieren, aber auch Eltern und das sozialen Umfeld miteinbeziehen. Die Aufgabe der Pflegefachperson kann es sein, entsprechende nahestehende Personen zu unterstützen zu verstehen, dass die sexuelle Orientierung und die Entwicklung der Geschlechtsidentität zu den normalen Aspekten einer jenen heranwachsenden Person gehört. Pflegefachkräfte können dabei mit den Jugendlichen und deren Umfeld vernetzend zusammenarbeiten, um Beratung, Familientherapie und Aufklärung zur sexuellen Orientierung zu ermöglichen. Diese Massnahmen dienen der Verringerung von Konflikten im nahen Umfeld der Betroffenen. Durch Aufklärung sollen zu vermeidende Haltungen aufgezeigt werden, welche mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko für ihre LGBT-Jugendlichen verbunden sind. Die Pflege muss sich bewusst sein, dass Vorurteile und diskriminierende implizite, wie expliziten Verhaltensweisen und Äusserungen gegenüber LGBT direkt zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit dieser führen. Eine offene und willkommene Haltung könnten Gesundheitseinrichtungen beispielsweise durch offene Signale wie Informationsmaterialien für LGBT im Empfangsbereich eine aufgehängte Regenbogen-Flagge das internationale Zeichen für Solidarität mit LGBT, bekräftigen. Gesundheitsinstitutionen müssen sich der Auswirkungen von negativen Erfahrungen bei Betroffenen mit Homophobie auf die psychische Gesundheit bewusst sein. Schulungen für Pflegefachpersonen bezüglich LGBT sollte standardisiert eingeführt werden. Entsprechende Weiterbildungen müssen die Vielschichtigkeit von beeinflussenden Faktoren aufzeigen, sowohl religiöse und kulturelle Kontext von LGBT aufnehmen.. Eine weitere Empfehlung besteht darin, eine Selbsthilfegruppe der LGBT ins die Gesundheitsinstitution einzuladen. . Dies mit dem Ziele, Brücken zu schaffen und Berührungsgrenzen abzubauen. Es gilt, eine Sensibilisierung das Gesundheitswesen auf die Anliegen geschlechtlicher und sexueller Minderheiten anzustreben, wobei im Bereich der Gesundheitsversorgung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention bestehende Angebote die LGBT-Zielgruppen

miteinbezogen werden müssen.

FAZIT:
Erfahrungen im Kontext mit Homophobie wirken sich nachweislich negativ auf die psychische Gesundheit von LGBT aus.

Praxis: Die psychiatrische Pflege muss LGBT in ihrer Arbeit inkludieren.

Forschung: Eine regelmässige Erhebung von Kennzahlen zur gesundheitlichen Situationen von LGBT, welche eine systematische und standardisierte Gesundheitsbefragungen von LGBT berücksichtigt, ist dringlich und notwendig.

Take Home Message: Im Gegensatz zu den heterosexuellen Menschen haben LGBT aufgrund von Homophobieerfahrungen im Verlauf ihres Lebens ein deutlich höheres Risiko psychische Krankheiten zu entwickeln.

Literatur

{1} Göth, M., & Kohn, R. (2014). Sexuelle Orientierung: in Psychotherapie und Beratung: Springer-Verlag.

{2} Nuñez, D. G., & Jäger, M. (2011, 2011). Die sexuelle Gretchenfrage: homo-und bisexuelle Menschen im ärztlichen Setting.

{3} Gates, G. J., & Newport, F. (2012). Special report: 3.4% of US adults identify as LGBT. Washington, DC: Gallup.

{4} Knight, C., & Wilson, K. (2016). Setting the Context: Definitions and Terminology. In Lesbian, Gay, Bisexual and Trans People (LGBT) and the Criminal Justice System (pp. 11-33): Springer.

{5} Von Reibnitz, C., Sonntag, K., & Strackbein, D. (2017). Patientenorientierte Beratung in der Pflege. In: Springer.

{6} Tebbe, E. A., & Moradi, B. (2016). Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. J Couns Psychol, 63(5), 520-533. doi:10.1037/cou0000152

{7} Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. J Consult Clin Psychol, 79(2), 159-170. doi:10.1037/a0022839

{8} Sattler, F. A., Wagner, U., & Christiansen, H. (2016). Effects of Minority Stress, Group- Level Coping, and Social Support on Mental Health of German Gay Men. PLoS One, 11(3), e0150562. doi:10.1371/journal.pone.0150562

{9} Barnes, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Religious affiliation, internalized homophobia, and mental health in lesbians, gay men, and bisexuals. Am J Orthopsychiatry, 82(4), 505-515. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x

{10} Millar, B. M., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2016). The moderating role of internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual men. J Consult Clin Psychol, 84(7), 565-570. doi:10.1037/ccp0000113

{11} McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. J Adolesc Health, 59(6), 674-680. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.07.026

Autor

George-Dan Marin BSc
Fachexperte Pflege Bachelor of Science
Der Gesundheits- und Krankenpfleger mit Weiterbildung für Psychiatrie ist als Fachexperte in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich auf der Akutabteilung für integrierte Versorgung tätig. Seinen Bachelorabschluss hat er im Jahre 2019 an der Berner Fachhochschule absolviert.
george.marin101@gmail.com

Diversität und Soziale Verantwortlichkeit in Employer Branding: Flagge zeigen mit Akkreditierungslabels?

Talente erreichen, entwickeln und halten ist eine der zentralen Aufgaben im heutigen Personalmanagement. Und wie jeder andere Markt ist auch der der Arbeitskräfte sowohl für die zu Beschäftigenden wie auch für die Unternehmen hochkompetitiv. So zeigen Studien, dass 38% der Unternehmen Probleme mit dem Rekrutieren von Personal haben und über 45% der Unternehmen berichten von einem Mangel an geeigneten Arbeitskräften (Manpower 2015). Gerade im Pflegebereich ist dieser Mangel noch wesentlich ausgeprägter, was sich in unterschiedlichsten Policy Entscheidungen sowohl von Politik, Ausbildung aber auch Unternehmen zeigt (Marć et al. 2019), denn die Auswirkungen auf die medizinische Versorgungskapazität wird immer offensichtlicher (Karagiannidis 2017).

Ansatzpunkte, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sind auf allen Ebenen von Politik, Ausbildung, Bezahlung und Arbeitskonditionen anzusetzen. Ein wesentlicher Hebel für einzelne Häuser kann der Aufbau einer starken Employerbrand sein. Diese hat den Zweck die interne Unternehmenskultur hinsichtlich der Mitarbeitenden nach außen zu demonstrieren (Strandberg, 2009; Wilden et al., 2010).

Gerade für die nun in die Arbeitswelt startende Generationen Y sowie Z, sind ethische Werte und soziale Verantwortlichkeit von Unternehmen wichtige Elemente der Unternehmenskultur. Daher möchten wir über Studienergebnisse berichten, inwieweit sich das Vorhandensein von Hinweisen auf soziale Verantwortung und hier insbesondere hinsichtlich der Diversität auf die Wahrnehmung von Employerbrands auswirken. Im Zusammenhang mit diesen Außenwahrnehmungen haben sich in den letzten Jahren auch zunehmend Akkreditierungen und Gütesiegel etabliert, die auf kurzem Weg das Engagement der Unternehmen zeigen sollen. Daher untersuchen wir, inwieweit sich das Vorhandensein von solchen Gütesiegeln, die einerseits Diversität und andererseits ökologische Verantwortung zeigen, auf die Beurteilung von Jobangeboten auswirkt.

Corporate Social Responsibility (CSR) also die soziale und ethische Verantwortung von Unternehmen kann im Personalmanagement ein wichtiger Treiber sein. Insbesondere wenn das Unternehmen in Rekrutierungsprozessen steht kann durch das Hervorstreichen der Werte und Aktivitäten für Bewerbende ein besserer Abgleich zwischen sich selbst und dem möglichen Arbeitgeber erfolgen (Jones et al., 2010). Eine Handvoll Studien zeigt einen positiven Effekt, wenn CSR Aktivitäten in der Kommunikation mit den Bewerbenden eingebaut werden (Grolleau et al., 2012; Bauer and Aiman-Smith, 1996; Duarte et al., 2014; Jones et al., 2010), wobei diese Studien lediglich der Fragestellung von ökologischen CSR-Maßnahmen nachgingen.

Soziale Verantwortlichkeit umfasst aber auch das Diversitätsmanagement, welches sehr weitreichend ist und Aspekte wie Geschlechtergerechtigkeit, Antidiskriminierung aufgrund sexueller Orientierung, ethnischer Herkunft, Behinderungen oder auch Religionszugehörigkeit umfassen. Viele Aktivitäten von Unternehmen konzentrieren sich auf die Ermöglichung von Familie und Beruf oder Geschlechtergerechtigkeit, während die anderen Bereiche wie z.B. der Umgang mit Communities wie LGBTQI+ noch wenig erforscht sind und wie sich diese auf Employer Brands auswirken.

Dennoch zeigt sich, dass dieses Thema wichtig ist und Initiativen und Rankings bzw. auch Akkreditierungsbemühungen sollen zeigen, wie Diversität auch für Communities in Unternehmen gelebt wird. Beispiele dafür sind der „Rainbow Tick“ in Australien und Neuseeland, welcher auf einem Auditsystem besteht und eben mit der Verleihung des „Rainbow Ticks“ auch besonderes Engagement der Unternehmen zeigt. Im deutschsprachigen Raum haben sich ähnliche Initiativen wie z.B. der „DAX 30 LGBT+ Diversity Index“ gebildet, die ebenso Audits anbieten, und damit eine Akkreditierung oder Zertifizierung ausgeben. Dieses System der Gütesigel und Audits ist gerade im ökologischen CSR schon weit verbreitet. So gibt es eine Reihe von Gütesiegeln von offiziellen Stellen (wie z.B. das Bundesumweltzeichen) aber auch diverse Umweltaudits der Qualitätssicherungsagenturen

oder auch Audits und Akkreditierungen durch NGOs und private Unternehmen.

Das Vorhandensein dieser Gütesiegel ist gemäß der Signaltheorie (Spence 1973) eine Möglichkeit für Bewerbende die Informationsassymetrie im Bewerbungsprozess auszugleichen (Conelly et al. 2011). In einem Bewerbungsprozess senden sowohl Unternehmen wie auch Bewerbende Signale, um die eigene Attraktivität zu steigern. Paart man dies jetzt mit der Situation des Fachkräftemangels, wie aktuell auch in der Pflege, werden Unternehmen hier Signale einbauen, die ihren Bewerbenden wichtig sind, um einen Vorteil gegenüber den anderen Unternehmen, die ebenfalls rekrutieren, zu gewinnen. Daher nehmen wir an, dass zunächst das Vorhandensein solcher Gütesiegel die CSR als Werthaltung des Unternehmens ausdrücken und einen Vorteil generieren können. Dies zeigt auch eine aktuelle Studie aus den USA, welche die Effekte eines „Great Place to Work“ Labels mit denen eines „Ecological“ labels verglich (Guillot-Soulez et al. 2019). Es zeigt sich hierbei, dass das Signal des „Great Place to Work“ stärker als das ökologische Label war. Allerdings ist hier zu beachten, dass Great Place to Work auch Fragestellungen wie die Remuneration von Leistungen und Arbeitsbedingungen stark berücksichtigt.

Daher stellt sich die Frage, ob eher generelle oder spezialisierte Signale solcher Gütesiegel besser funktionieren. Studien aus dem Konsumentenverhalten für Gütesiegel wie „Fairtrade“ oder „organic“ zeigen hier starke (Rousseau 2015) oder auch nur schwache (Lacreneux et al. 2012, Bauer et al. 2013) Effekte. Insofern ist es eine spannende Fragestellung, ob CSR-bezogene Gütesiegel die Employer Brand, aber auch die Attraktivität des Arbeitgebers überhaupt beeinflussen. Eine weitere Fragestellung unserer Untersuchung ist zudem, ob sich die Signale verstärken lassen.

In unserer ersten Studie untersuchen wir daher zunächst, ob unterschiedliche Signale (ökologisch, LGBTQI+ (pride), bzw. gemischt) eine Auswirkung haben im Vergleich zu Stellenanzeigen, die überhaupt keine Labels aufweisen. In einer weiteren Studie untersuchen wir, ob die Anzahl der Gütesiegel einen Einfluss hat, sowie ob gemischte Signale stärker oder schwächer wirken.

Studie 1 wurde als online Experiment mit 110 Teilnehmenden durchgeführt, welche über eine Microworking Plattform rekrutiert wurden. Diesen wurde eine Stellenanzeige präsentiert, welche am Ende ein Gütesiegel (nachhaltig, gemischt nachhaltig und Diversität, und LGBTQI+-pride bezogen) aufwies, bzw. einer Kontrollgruppe wurde eine Stellenanzeige ohne jegliche Gütesiegel gezeigt. Die Gütesiegel wiesen auch das Wort „akkreditiert“ auf, wodurch klargestellt werden sollte, dass es sich um ein auditiertes Verfahren handelt. Nach dem Lesen der Stellenanzeige wurde die Einstellung gegenüber der Employer Brand sowie einigen Annahmen über das Unternehmen mittels geschlossenen Fragen auf einer sechsteiligen Skala erhoben (siehe auch Tabelle 1).

Tabelle 1: Ergebnisse der ANOVA des Effekts von Gütesiegeln auf Einstellung und Reputation

Einstellungen und Annahmen über das Unternehmen	Kein Siegel (a)	Nachhaltigkeit (b)	Nachhaltig-keit und Diversität (c)	Diversiät LGBTQI+ (d)	F(3,107)	p
Einstellung ggü Unternehmen	4,26[b]	4,89[a,d]	4,56	4,12[b]	2,967	,035
Attraktivität als Arbeitgeber	4,54	4,89[d]	4,89[d]	4,17[b,c]	3,411	,020
Ethische Standards	4,38	4,56	4,56	4,20	,991	,400
Nachhaltige Strategie	4,35	4,63	4,52	4,13	1,158	,329
Hohe moralische Standards	4,15[b]	4,93[a,d]	4,52	4,37[b]	3,555	,017
Kümmert sich um Mitarbeitende	4,23[b,c]	4,96[a,d]	4,78[a]	4,30[b]	4,194	,008
Lebt Diversität	4,42[c]	4,56[c]	5,11[a,b]	4,73	2,347	,077

Die Buchstaben zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Bonferroni)

Wie man aus den Ergebnissen erkennen kann, performt hier bei einem doch eher generischem Unternehmen (Handel) das Nachhaltigkeitssiegel am besten, jedoch bei der Reputationsfrage nach Diversität hat das LGBTQI+ Diversitätssiegel und das gemischte Siegel einen positiven Effekt. Generell zeigt sich, dass das Vorhandensein eines Gütesiegels einen positiven Effekt hatte. Wichtig ist auch insbesondere, dass das LGBTQI+-Pride Siegel keine negativen Effekte aufweist. So war es in keiner der Messgrößen signifikant niedriger bewertet als die Kontrollgruppe ohne Siegel. Daher kann auch die Empfehlung ausgesprochen werden solche Siegel auch ohne Bedenken in der Kommunikation zu verwenden.

Studie 2 untersucht in weiterer Folge mit 274 Teilnehmenden und einem ähnlichen Setup die Effekte, ob ein oder zwei Labels angezeigt werden und ob diese gemischt (Nachhaltigkeit und Diversität), oder rein Nachhaltigkeit oder rein Diversität unterschiedliche Auswirkungen aufzeigen. Ein ISO Siegel diente als neutrales Zwischensiegel. Das interessante Ergebnis liefert insbesondere wie aus Abbildung 1 ersichtlich die multiplen Diversitäts- vs. den einzelnen Nachhaltigkeitssiegeln auf die Einstellung gegenüber der Employer-Brand.

Wie man aus der Graphik erkennen kann, wird die Employerbrand insbesondere in zwei Gruppen von Stellenanzeigen besonders gut bewertet. Jene mit nur einem Nachhaltigkeitssiegel, bzw. jene mit mehreren Diversitätssiegeln. Dies ist insofern spannend, da der eigentlich bekannte Effekt der Anreicherung mit Informationen, der normalerweise zu positiven Effekten bei Einstellungen führt, im

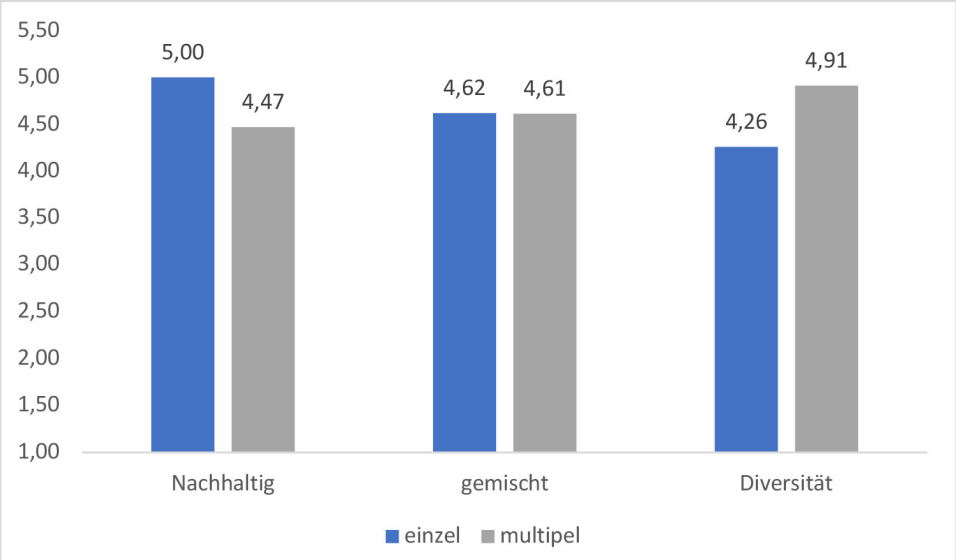


Abbildung 1: Einstellung ggü. der Employer Brand nach Gruppen

Fall von Nachhaltigkeit eher einen negativen Effekt erzeugt. Weiter Studien sollten daher klären, ob eventuell Skeptizismus aktiviert wurde, da das Gefühl aufkam, dass das Unternehmen vielleicht eine Art „Greenwashing“ betreibt, da zwei unterschiedliche Nachhaltigkeitssiegel angezeigt wurden. Konträr scheint es sich aber für die Diversitätssiegel zu verhalten (siehe auch Abbildung 2) welche Gleichheit, aber auch eben wiederum LGBTQI+ Pride vermittelten. Hier konnte ein positiver Effekt von mehreren Siegeln festgestellt werden. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass hier die Information nicht verstärkt wurde - wie im Falle der Nachhaltigkeit - sondern um weitere Signale erweitert. Je nach Interpretation fokussiert das in Abbildung 2 links ersichtliche Label eher auf die LGBTQI+ Community Werte, während das rechte zwar auch auf den Regenbogen-Code und verschiedene Paarungen verweist, aber eben auch durch die Geschlechtersymbole auf Gender-Diversity oder auch ethnisch-bunte Belegschaft schließen lässt. In jedem Fall führte jedoch die Kombination aus beiden zur zweithöchsten Bewertung, wohl zurückzuführen auf die breitere Ansprache der verschiedenen Zielgruppen von Diversität.

Wir zeigen in unseren Studien, obwohl nicht direkt im Pflegekontext untersucht, dass es für das Employer Branding definitiv von Vorteil sein kann ein Gütesiegel auszuweisen. Insbesondere für die aus vielen Blickwinkeln sehr diversen Belegschaften in Kranken- und Pflegeanstalten empfiehlt es sich auch in der Auswahl von solchen Zertifizierungen nicht nur auf eine einzelne zu setzen, da hier die Signale zu fokussiert auf eine Gruppe sind und die Zielgruppen der Diversitätssiegel sich aber unterscheiden. Dies erklärt auch unsere Ergebnisse, dass im Falle der Diversitätssiegel die multiple Kondition bessere Ergebnisse lieferte im Vergleich zum einzelnen Siegel. Durch das Vorhandensein mehrerer Gütezeichen zeigen Häuser Ihre Werte und den jeweiligen Ansatz des Verständnisses der Diversität. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass sich in der multiplen Kondition viel mehr Teilnehmende auch angesprochen fühlten, da die beiden Siegel sehr viele Aspekte von Diversität in den Signalen abdecken. Gerade für den Pflegesektor

Abbildung 2: verwendete Siegel in Studie 2

ist dies eine wichtige Erkenntnis, da die Belegschaften ja aus verschiedenen Gesichtspunkten sich sehr divers gestalten. Insofern sollte bei der Auswahl von solchen Audits zu Qualitätssiegeln darauf geachtet werden, dass diese auch die verschiedenen Gruppen entweder abdeckt oder eben mehrere Siegel anzustreben wären.

Wenn wahrscheinlich nicht der Hauptgrund für Entscheidungen pro oder kontra einen Arbeitgeber, so können solche Signale in Stellenanzeigen für Bewerbende durchaus ein Vorselektionskriterium sein, und einen Vorteil bringen, wie unsere Ergebnisse, aber auch die einiger Vorstudien zeigen. In weiteren Studien möchten wir auch bewusst das Diversitätsthema in der Rekrutierung im Pflegekontext noch weiter untersuchen.

Die volle Studie:
Kleiss Denise F. & Waiguny Martin K.J. (2021): Sustainability and Diversity Labels in Job Ads and their Effect on Employer Brands in: Waiguny, M.K.J & Rosenberg, S. (eds). Advances in Advertising Research XI: Designing and Communicating Experience, Gabler Springer, Wiesbaden.

Autor

Prof.(FH) Dr. Martin K.J. Waiguny
Prof.(FH) Dr. Martin K.J. Waigunyist der Akademische Leiter der IMC FH Krems und Professor im Bereich Marketing und Konsumverhalten. Seine Forschungen behandeln vorwiegend Fragestellungen der Überzeugungsforschung, in verschiedenen Kontexten, wie Einfluss der Umwelt, Spiele, sozialen Medien und allen Arten von Werbung.

Autor

Prof.in (FH) Denise F. Kleiss, MSc., MBA, BA
Prof. (FH) Denise F. Kleiss, MSc., MBA, BA ist Professorin in den englischsprachigen Programmen und unterrichtet Personalmanagement und Betriebswirtschaft an der IMC FH Krems. Ihre Forschungen behandeln vorwiegend Fragestellungen im Bereich Human Resource Management, Employer Branding und Job Attraction.

Literatur

Bauer, H. H., Heinrich, D., and Schäfer, D. B. (2013). The effects of organic labels on global, local, and private brands: more hype than substance? Journal of Business Research, 66(8), 1035-1043.

Bauer, T. N., and Aiman-Smith, L. (1996). Green career choices: The influence of ecological stance on recruiting. Journal of Business Psychology, 10(4), 445-458.

Connelly, B. L., Certo, S. T., Ireland, R. D., and Reutzel, C. R. (2011). Signaling theory: A review and assessment. Journal of management, 37(1), 39-67.

Duarte, A., Gomes, D., and Das Neves, J. (2014). Tell me your socially responsible practices, I will tell you how attractive for recruitment you are! The impact of perceived CSR on organizational attractiveness. Tékhne, 12, 22-29.

Grolleau, G., Mzoughi, N., and Pekovic, S. (2012). Green not (only) for profit: An empirical examination of the effect of environmental-related standards on employees' recruitment. Resource and Energy Economics, 34(1), 74-92.

Guillot-Soulet, C., Saint-Onge, S., Soulez, S. (2019), Linking employer labels in recruitment advertising, governance mode and organizational attractiveness. Recherche et Applications en Marketing, 34(3), 5-26. L'Association Francaise du Marketing

Jones, D. A., Willness, C. R., and Madey, S. (2010). Why are Job Seekers Attracted to Socially Responsible Companies? Testing Uunderlying Mechanisms. Paper presented at the Academy of Management Proceedings.

Karagiannidis, C., Kluge, S., Riessen, R., Krakau, M., Bein, T., & Janssens, U. (2019). Auswirkungen des Pflegepersonalmangels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland. Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin, 114(4), 327-333.

Larceneux, F., Benoit-Moreau, F., and Renaudin, V. (2012). Why might organic labels fail to influence consumer choices? Marginal labelling and brand equity effects. Journal of Consumer Policy, 35(1), 85-104.

Manpower (2015) Talent Shortage Survey. Manpower Groups, Available at https://www.manpowergroup.com/wps/wcm/connect/right-br-pt/microsites/talentshortagesurvey-2015

Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z., & Januszewicz, P. (2019). A nursing shortage–a prospect of global and local policies. International nursing review, 66(1), 9-16.

Rousseau, S. (2015). The role of organic and fair trade labels when choosing chocolate. Food Quality and Preference, 44, 92-100.

Strandberg, C. (2009). The Role of Human Resource Management in Corporate Social Responsibility. Burnay: Strandberg Consulting: Report for Canada

Spence, M. (1973). Job market signaling. Quarterly journal of economics, 87:355-374

Wilden, R., Gudergan, S., and Lings, I. (2010). Employer branding: strategic implications for staff recruitment. Journal of Marketing Management, 26(1-2), 56-73.

imc | FH KREMS

Master-Studiengänge

JETZT BEWERBEN

- ANGEWANDTE GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN
- ADVANCED NURSING PRACTICE

FIT FÜR DIE HERAUSFORDERUNGEN IN PFLEGE & IM GESUNDHEITSWESEN

www.fh-krems.ac.at

Vorurteile gegenüber queeren Menschen – Sozialpsychologische Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung in Gesundheitsberufen

Die Arbeitsbeziehung zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient*innen bzw. Klient*innen[1] ist ein professionelles Verhältnis, das gekennzeichnet ist durch die Übereinstimmung über (1.) die Ziele der Behandlung, (2.) das Ausmaß, in dem Übereinstimmung über die Aufgaben zur Zielerreichung und (3.) das Ausmaß, in dem Vertrauen und Sympathie besteht (Fuertes, Toporovsky, Reyes & Osborne, 2017; vgl. Büker, 2019). Im Vergleich zur privaten Beziehung ist die professionelle Beziehung dadurch gekennzeichnet, dass sie i. d. R. nicht freiwillig entstanden ist, dass sie zeitlich begrenzt, zweck- und zielgebunden sowie monetär abgegolten ist (Büker, 2019). Außerdem ist sie auch durch eine professionelle Distanz geprägt. Für Fachkräfte in Gesundheitsberufen – wie Ärzt*innen, Pflegekräfte, Physiotherapeut*innen oder medizinische Fachangestellte – ist die Interaktion mit Patient*innen Kern des Berufs. Es ist die Aufgabe der Fachkräfte, ein professionelles Beziehungsangebot zu unterbreiten und auf die Beziehungsangebote der Patient*innen angemessen zu reagieren.

Eine gute Beziehung zwischen Patient*in und Gesundheitsfachkraft kann sehr bedeutsam für den Genesungs- und Behandlungsprozess sein – insbesondere bei einer langfristigen Betreuung. Fuertes und Kolleg*innen (2017) fanden u. a., dass die Arbeitsbeziehung mit der Einhaltung der Behandlung/Therapie (Adhärenz), der Zufriedenheit und der Gesundheit der Patient*innen im Zusammenhang steht. Auch andere Studien bescheinigen der Arbeitsbeziehung

(C) Kzenon

zwischen Gesundheitsfachkraft und Patient*innen wünschenswerte Ergebnisse (ärztliche Beziehung, u. a. Arbuthnott & Sharpe, 2009; Venetis, Robinson, LaPlant Turkiewicz & Allen, 2009; Beziehung in der Physiotherapie, u. a. Ferreira et al., 2013; Pflegebeziehung, u. a. Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013). Dabei liegen mehr empirische Befunde zur ärztlichen Beziehung vor als zur Pflegebeziehung oder anderen Beziehungen in Gesundheitsberufen.

Wie nehmen queere [2] Menschen die Gesundheitsversorgung wahr? Allgemein geben die meisten homosexuellen Patient*innen an, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung die gleiche wie bei heterosexuellen, endo-[3] und cisgeschlechtlichen[4] Patient*innen ist (87 %, Stein & Bonuck, 2001). Auch gehen inzwischen viele offen mit ihrer sexuellen Orientierung um (40%, Hirsch, Löltgen & Becker, 2016; 67 %, Quinn et al., 2015; 70 %, Stein & Bonuck, 2001). Bei Quinn und Kolleg*innen (2015) berichten relativ wenige schwule und lesbische Patient*innen von negativen Erfahrungen im Gesundheitskontext (< 10 %) bei Hirsch und Kolleg*innen (2016) berichten 12 % der lesbischen Frauen Diskriminierung und bei Casey und Kolleg*innen (2019) sind es für queere Menschen insgesamt 16 % (besonders hoch bei queeren Menschen mit zusätzlichem ethnischen Minoritätenstatus). Die relativen Anteile sollten je nach soziokulturellem Kontext und damit verbundener Offenheit für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt variieren. Dabei bleibt aber zu beachten, dass jede einzelne Person, die Diskriminierung erlebt, eine zu viel ist. Eine kritische Reflexion des eigenen Handelns der Gesundheitsfachkräfte ist deswegen stets notwendig – insbesondere in Bezug auf Patient*innen mit Minoritätenstatus. So ist die Gesundheit von queeren Personen schlechter als die von endo- und cisgeschlechtlichen Menschen mit heterosexueller Orientierung. Die schlechtere gesundheitliche Lage lässt sich ausgehend von Heteronormativität[5] (vgl. Hartmann, 2018) auf Diskriminierungserfahrungen, erwartete Diskriminierung und gesundheitsschädliche Copingstrategien (u. a. Alkohol- und Substanzkonsum) im Umgang mit einem Minoritätenstatus zurückführen (vgl. Pöge et al., 2020; Spahn & Hackbart, 2020).

Eins sozialpsychologisches Interaktionsregulationsmodell

Diskriminierung kann grob auf drei unterschiedlichen Ebenen festgemacht werden. Eine Ebene ist die interpersonale, also die Interaktion zwischen (zwei) Menschen, die hier fokussiert wird. Die strukturelle Ebene bezieht sich auf das gesellschaftliche und politische System (Steffens & Wagner, 2009; vgl. Wedl, 2020). Die dritte Ebene bezieht sich auf die Selbststigmatisierung und die Selbstbewertung von Menschen (intrapersonale Ebene).

Ein Modell von Nickel (1985; s. Abbildung 1), das ursprünglich für die Lehr-Lern-Beziehung erstellt wurde, lässt sich auch auf andere Beziehungsstrukturen anwenden (z. B. Beratung, Hackbart, Rapior & Thies, 2020; Kinder- und Jugendhilfe, Misamer, Hackbart & Thies, 2017). Das Modell kann als Grundlage für Reflexionsprozesse hilfreich sein und Erklärungen für Teufelskreisläufe sowie Engelskreisläufe, also für negative und positive Interaktionen, liefern. Nach Nickel (1985) verlaufen soziale Interaktionen immer im Kontext des soziokulturellen Bezugsrahmens der beteiligten Personen. Hierzu gehören z. B. bisherige und derzeitige Kontakte im Gesundheitswesen sowie objektivierte Einflüsse wie Medien, Richtlinien und Dienstanweisungen. Auch die Arbeitsbeziehung zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient*innen ist geprägt vom soziokulturellen Bezugsrahmen, also von politischen, juristischen, kulturellen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. Begenau, Schubert & Vogd, 2010; Ebenen der strukturellen und institutionellen Diskriminierung s. Gomolla, 2017), welche sich z. B. in der Entwicklung der ICD (International Classification of Diseases) widerspiegeln (vgl. Tischoff, 2020). Zudem entstanden klinische Richtlinien, die queere Menschen berücksichtigen (u. a. Bundesärztekammer, 2019; Klein et al., 2018) und Auswirkungen auf den Umgang mit queeren Menschen im Gesundheitssystem haben.

Vor dem Hintergrund des soziokulturellen Bezugsrahmens entwickeln sich (durch Sozialisation und Erziehung; vgl. Beelmann & Neudecker, 2020) kognitive Schemata, Stereotype, Vorurteile und Erwartungen (z. B. Heteronormativität) heraus, welche die Wahrnehmung der anderen Person beeinflussen. „Der Arzt [bzw. die Gesundheitsfachkraft] ist sehr oft gezwungen, sich aufgrund von wenigen Informationen einen Eindruck vom Patienten zu bilden. Die Kooperation des Patienten wird beeinflußt vom Eindruck des Patienten über den Arzt. Die gegenseitige soziale Wahrnehmung ist also in der Arzt-Patient-Beziehung sehr wichtig“ (Meyer & Buddeberg, 1998, S. 35). Die soziale Wahrnehmung kann dabei durch Stereotype auf beiden Seiten verzerrt sein, welche weitergehend selbsterfüllend

wirken können: Einerseits werden Informationen stereotypkonform wahrgenommen, interpretiert sowie erinnert und andererseits führt die bloße Erwartung an eine andere Person zu einem Verhalten, so dass die Reaktion der anderen Person die Erwartung mit hoher Wahrscheinlichkeit bestätigt. Stereotype können also selbsterfüllend wirken (Greitemeyer, 2020).

Das Phänomen der selbsterfüllenden Prophezeiung (vgl. Greitemeyer, 2020) soll hier beispielhaft für Stereotype gegenüber schwulen Patienten beschrieben werden. Darüber hinaus können aber auch Gesundheitsfachkräfte von Stereotypisierung und Diskriminierung betroffen sein (u. a. Eliason, Dibble & Robertson, 2011), die die professionelle Interaktion erschweren können. Erwartet also beispielsweise eine heterosexuelle, endo- und cisgeschlechtliche Hausärztin von schwulen Männern, dass sie offen und lebenslustig sind, wird ihr eigenes Verhalten bereits von Beginn an freundlicher sein. Dadurch kann sich ein schwuler Patient auch eher öffnen und positiver auf die Hausärztin zugehen (Kooperation). Andererseits kann es auch sein, dass die Hausärztin schwulen Männer sexuelles Risikoverhalten in starkem Ausmaß zuschreibt, so dass sie bei andauernden Infekten (z. B. Erkältungen) viel schneller nach sexuellen Kontakten fragt und einen HIV-Test durchführen möchte als bei heterosexuellen Männern. Sollte ein positiver Befund resultieren, kann dies zu einer Bestätigung des Stereotyps führen. Gleichzeitig kann der angebotene HIV-Test zu Trotz und Reaktanz auf Seiten des schwulen Patienten führen (Opposition).

Darüber hinaus spielen Prozesse auf Seiten der Patient*innen innerhalb der Arbeitsbeziehung eine wichtige Rolle: Wie stehen sie selbst zu ihrer geschlechtlichen Identität bzw. sexuellen Orientierung? Möchten sie ein Coming-Out vor den Gesundheitsfachkräften oder nicht? Wie hoch ist die Angst vor einem Zwangs-Outing (vgl. Plöderl & Winkler, 2019)? Queere Patient*innen müssen in irgendeiner Form auf die (meist) heteronormative Vorannahme der Gesundheitsfachkräfte reagieren, was belastend und diskriminierend erlebt werden kann.

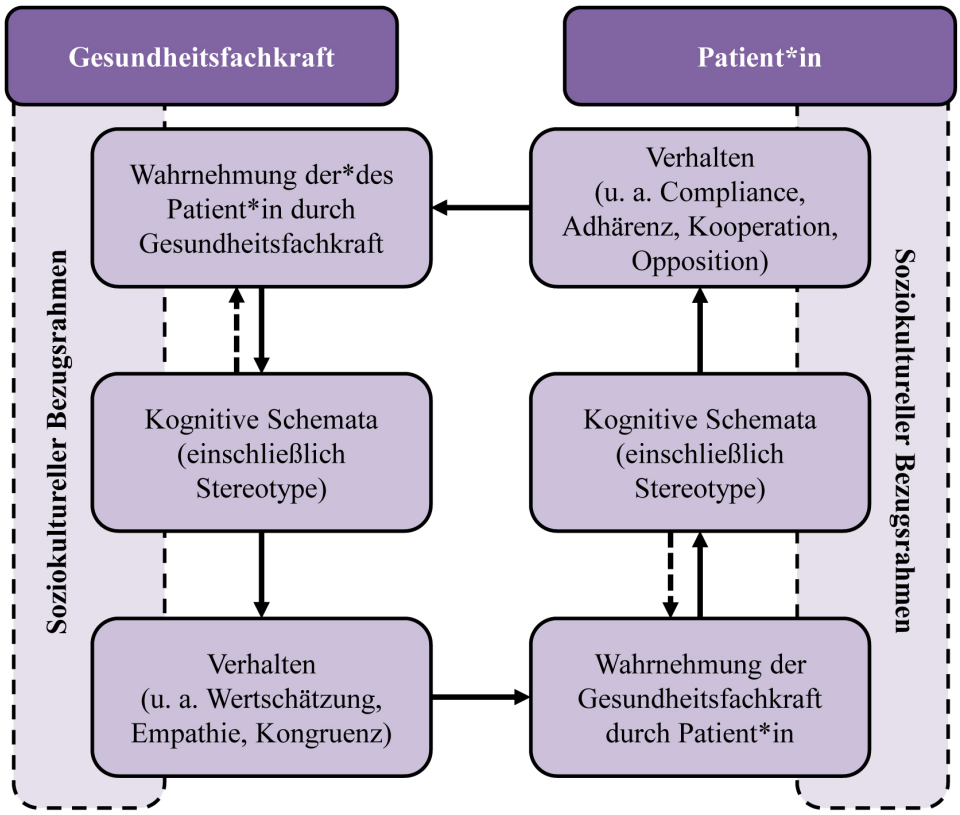


Abbildung 1: Das transaktionale Interaktionsmodell in Anlehnung an Nickel (1985)

Stereotype werden von Gesundheitsfachkräften und Patient*innen gehalten. Sie beeinflussen die Wahrnehmung und das Verhalten in der professionellen Interaktionsgestaltung bei allen beteiligten Personen. Queere Menschen erleben oder erwarten allgemein, aber auch im Umgang mit Gesundheitsfachkräften Diskriminierung. Dies hat negative Folgen, z. B. das Vermeiden von Gesundheitsdiensten, wenn es möglich ist (vgl. Spahn & Hackbart, 2020). Insbesondere Gesundheitsfachkräfte müssen deswegen sensibel für eigene Stereotype sein sowie ihre (unbewussten) diskriminierenden Verhaltensweisen reflektieren, um eine positive Arbeitsbeziehung aufzubauen. Im Folgenden werden Stereotype und Vorurteile gegenüber queeren Menschen sowie deren Diskriminierung im Allgemeinen beschreiben, welche auch in der Interaktionsgestaltung in professionellen Gesundheitssettings relevant sind.

Kognitive und affektive Ebenen: Stereotype und Vorurteile gegenüber queeren Menschen

Stereotype als kognitive Schemata (vgl. Nickel, 1985) „sind eine spezielle Form eines (Rollen) Schemas. Sie stellen Wissensstrukturen dar, die sozial geteilte

Überzeugungen bezüglich der Merkmale enthalten, die Angehörige einer sozialen Gruppe auszeichnen bzw. die man von ihnen erwartet“ (Werth, Denzler & Mayer, 2020, S.23; vgl. Stangor, 2009) – also unsere „inneren Bilder“ von sozialen Gruppen bzw. Angehörigen von sozialen Gruppen, z. B. einem „Schwulen“ oder einer „transgeschlechtlichen Person“. Stereotype können sich im historischen Wandel verändern und kulturell variieren (u. a. Cuddy, Fiske & Glick, 2008). Die Kategorisierung in soziale Gruppen geht mit der Zuschreibung von Eigenschaften und Erwartungen einher, was die Welt geordneter und regelbasierter erscheinen lässt. Menschen unterscheiden sich jedoch, inwieweit sie Stereotypen zustimmen oder der Meinung sind, dass Stereotype nicht zutreffend sind (Stereotypakzeptierung; Werth, Seibt & Mayer, 2020). Aber auch wenn stereotype Bilder abgelehnt werden, so sind sie doch bei fast allen Menschen als „innere Bilder“ vorhanden.

Zu dem stereotypen Wissen ist für ein Vorurteil die affektive Komponente wichtig, d. h. wie eine Gruppe (emotional) bewertet wird. Vorurteile können sowohl positiv als auch negativ sein und dies kann je nach Situation variieren. Z. B. könnten schwule Männer positiv bei Modethemen (Cotner & Burkley, 2013), aber negativ bei Sportthemen bewertet werden (insbesondere bei kompetitivem Sport; vgl. Haltom & Worthen, 2014). Nicht jedes Vorurteil ist stets aktiviert und wird verhaltenswirksam. Dies ist u. a. abhängig von Stress bzw. kognitiver Belastung, Kontext und Situation, Stimmung sowie der Motivation, vorurteilsfrei zu handeln (vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020). Außerdem kann auch die Beschäftigung mit den Themen Krankheit und Tod die Stereotypaktivierung fördern (Terror-Management-Theorie; Burke, Martens & Faucher, 2010;

UNSERE THEMEN:

SEXUELLE BILDUNG

PRÄVENTION SEXUALISIERTER GEWALT

SEXUALITÄT IN DER PFLEGE

LGBTI*

SEXUALITÄT & MEDIEN

SEXUALITÄT FÜR MENSCHEN MIT BEEINTRÄCHTIGUNG

SEXUALITÄT IN SENIOR*INNEN-EINRICHTUNGEN

TRAUMAPÄDAGOGIK

Fachstelle selbstbewusst
Sexuelle Bildung & Prävention von sexuellem Missbrauch

Fachstelle Selbstbewusst Salzburg
Geschäftsführung: Gabriele Rothuber
kontakt@selbstbewusst.at

UNSERE ANGEBOTE FÜR FACHPERSONEN:

TEAMFORTBILDUNGEN

SCHUTZKONZEPT-BEGLEITUNGEN

LEHRGANG KINDERSCHUTZBEAUFTRAGTE*R

AFTER WORK BASICS

ONLINE VORTRÄGE: Z.B. 20.9.21: LGBTI

DURCH ANKLICKEN KOMMEN SIE ZUM ANGEBOT

Schimel et al., 1999).
Menschen kategorisieren andere als homo- oder heterosexuell auf Grundlage von indirekten Merkmalen, z. B. des physischen Erscheinungsbildes, von Körpersprache, Stimmeigenschaften, Mimik, Gestik und sprachlichem Ausdruck (vgl. Fasoli, Maass, Paladino & Sulpizio, 2017). Die Beurteilung, ob eine Person homo- oder heterosexuell ist, beruht meist auf der Annahme, dass homosexuelle Menschen mehr gegengeschlechtliche Eigenschaften besitzen bzw. in einem stärkeren Ausmaß (Gender Inversion Theory, welche auf einem binaren Geschlechtermodell basiert; Kite & Deaux, 1987). D. h., lesbische Frauen werden maskuliner und weniger feminin beschrieben als heterosexuelle Frauen sowie schwule Männer femininer und weniger maskulin als heterosexuelle Männer (u. a. Blashill & Powlishta, 2009; Fasoli et al., 2017; Kranz, Pröbstle & Evidis, 2017). Dies hat auch Einfluss auf die affektive (emotionale) Bewertung von homosexuellen Menschen. In einer Studie zeigten heterosexuelle Männer mehr Sympathie für maskuline Schwule als für feminine. Demgegenüber wiesen sowohl heterosexuelle Frauen als auch Männer mehr Sympathie für feminine als für maskuline Lesben auf (Cohen, Hall & Tuttle, 2009).

Klassische Homosexuellenfeindlichkeit ist insgesamt rückläufig (Küpper, Klocke & Hoffmann, 2017). Nichtsdestotrotz haben bei der Leipziger Autoritarismus Studie 2020 (Decker et al., 2020) 9.2 % der Befragten Homosexualität als Krankheit angesehen, die geheilt werden kann. Dem gegenüber empfanden aber 78.6 % Homosexualität als etwas „völlig Normales“ (Decker et al., 2020). Bei Küpper und Kolleg*innen (2017) lehnten 72.3 % die Aussage „Homosexualität ist unmoralisch“ vollkommen ab (weitere 18.0 % stimmten der Aussage „eher nicht zu“). Die Akzeptanz von homosexuellen Menschen sinkt andererseits, „je konkreter es um proaktive Handlungen für die Gleichstellung mit Blick auf Kinder geht“ (Küpper et al., 2017, S. 60). Außerdem ist es für Menschen unangenehmer, wenn das eigene Kind homosexuell ist, als wenn eine nicht nahestehende Person im Umfeld schwul oder lesbisch ist (z. B. Arbeitskolleg*in; Küpper et al., 2017). Bisexualität ist nicht im gleichen Maß untersucht wie Homosexualität. Es zeigte sich jedoch, dass Bisexualität häufig mit Unentschlossenheit (z. B. in Aussagen wie „Bi ist die Straße nach Gay Town“) und Promiskuität sowie der Unfähigkeit, eine langfristige, monogame Beziehung zu führen, verknüpft wird (vgl. Zivony & Lobel, 2014; Zivony & Saguy, 2018).

Empirische Befunde zur Stereotypisierung geschlechtlicher Minoritäten sind rar. Stereotype Bilder gegenüber transgeschlechtlichen Frauen und Männern wurden von Gazzola und Morrison (2014) untersucht. Folgende drei Zuschreibungen waren die häufigsten für transgeschlechtliche Frauen: (1.) verwirrt, (2.) im falschen Körper geboren und (3.) schwul (gay). Demgegenüber wurde transgeschlechtlichen Männern Folgendes zugeschrieben: (1.) verwirrt, (2.) ausgestoßen und (3.) im falschen Körper geboren. „Verwirrt“ und „psychisch krank“ sind zwei der bedeutsamsten Zuschreibungen, die transgeschlechtliche Menschen erfahren müssen (vgl. Gazzola & Morrison, 2014; Howansky, Wilton, Young, Abrams & Clapham, 2019). In Deutschland stimmten 14.9 % voll und ganz zu, 18.3 % eher zu, 21.2 % eher nicht zu und 45.7 % überhaupt nicht zu, dass Transgeschlechtlichkeit nicht normal sei (Küpper et al., 2017). Zusammengenommen heißt das, dass 54.3 % der Befragten Transgeschlechtlichkeit in unterschiedlicher Intensität als nicht normal beschrieben.

Auch im Alltag in professionellen Gesundheitssettings sind die genannten Mechanismen in der Interaktion zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient*innen wirksam (vgl. Modell nach Nickel, 1985; s. Abbildung 1). Die Forschung für den deutschsprachigen Raum ist jedoch kaum vorhanden und ausbaufähig (vgl. Pöge et al., 2020).

Verhaltensebene: Diskriminierung queerer Menschen

Allgemein ist Diskriminierung und Ausgrenzung in klassischer, also offener Form, inzwischen im deutschsprachigen Raum seltener geworden. Diskriminierung verläuft heute viel subtiler, teils unbewusst bzw. unreflektiert von Seiten der Diskriminierenden (vgl. Burke et al., 2015; Decker & Brähler, 2020; Nadal, Whitman, Davis, Erazo & Davidoff, 2016; Six-Materna, 2020; Zick, 2020). Die modernen Formen der Vorurteile und der Diskriminierung sind durch das Muster geprägt, dass Personen einerseits Vorurteile gegenüber bestimmten Gruppen haben, andererseits möchten sie „politisch korrekt“ sein bzw. sie fühlen sich der Toleranz und dem Egalitarismus, die als gesellschaftliche Normen wirken, verpflichtet. Solche Formen der Diskriminierung äußern sich z. B. darin, dass Gleichstellungsmaßnahmen mit der Begründung, sie seien unfaire Bevorzugungen, abgelehnt

werden. Nicht bedacht wird, dass mit Gleichstellungsmaßnahmen eine existierende Ungleichheit bekämpft werden soll (vgl. Six-Materna, 2020; Zick, 2020).

Moderne Konzeptualisierungen homosexuellenfeindlicher Vorurteile konzentrieren sich in ähnlicher Weise auf solche Einstellungen, einschließlich des Glaubens, dass (1) schwule Männer und lesbische Frauen unrechtmäßige Forderungen nach Veränderungen stellen, (2) die Diskriminierung schwuler Männer und lesbischer Frauen der Vergangenheit angehört und (3) schwule Männer und lesbische Frauen die Bedeutung ihrer sexuellen Orientierung überbewerten und sich dadurch von der Mehrheitsgesellschaft ausgrenzen (Morrison & Morrison, 2003; Morrison, Morrison & Franklin, 2009; vgl. Brooks, Luyt, Zawisza & McDermott, 2020). Dazu kommen Mikroaggressionen – kleine und spontane Handlungen, die Vorurteile zeigen. Sie sind subtile Verhaltensweisen und Äußerungen, die, oft unbewusst oder unbeabsichtigt, feindselige oder herabwürdigende Botschaften vermitteln (vgl. Nadal et al., 2016), z. B. wenn „schwul“ als allgemeines Schimpfwort benutzt wird oder die Frage danach, wer der Mann und wer die Frau in einer homosexuellen Beziehung ist. Dabei ist eine dieser Handlungen u. U. in ihrer Wirkung nicht dramatisch, aber Angehörige einer Minorität erleben sie täglich und mehrfach mit weitreichenden Folgen. Mikroaggressionen wirken sich negativ auf die Gesundheit (vgl. Spahn & Hackbart, 2020), das Wohlbefinden und den Selbstwert von Personen aus (vgl. Nadal et al., 2016). Dieser Zusammenhang lässt sich über den Minoritätenstress erklären (Meyer, 2003; vgl. Merz & Lemke, 2020): Offene Diskriminierung, Mikroaggressionen und der Umgang mit der eigenen sexuellen und geschlechtlichen Identität in einer heteronormativen Gesellschaft (Hartmann, 2018; erarbeitete Identität s. Watzlawik, 2020) führen zu (negativem) Stress.

Die allgemeinen Prozesse der Diskriminierung sind für sexuelle und geschlechtliche Minoritäten vergleichbar, es gibt jedoch bedeutsame Unterschiede. So ist Homosexualität inzwischen häufiger medial vertreten und hat mehr Sichtbarkeit, was zu mehr Akzeptanz in der Gesellschaft führen kann. Andererseits sind z. B. Transitionsprozesse nicht bzw. aufwendig zu verbergen. Dadurch müssen sich transgeschlechtliche Menschen meist „outen“, was für

(C) hedgehog94

schwule Männer oder lesbische Frauen nicht in jeder Situation notwendig ist. Beide Situationen sind jedoch mit hohen psychischen Kosten verbunden: Auf der einen Seite wird bei offensichtlichen Merkmalen Diskriminierung erlebt und auf der anderen Seite leben Personen mit nicht-offensichtlichem, verheimlichtem Merkmal in ständiger Angst eines ungewollten Outings (vgl. Tröster & Pulz, 2020).

Wie ausgeprägt erleben queere Menschen nun Diskriminierung? Der Anteil von queeren Menschen, die von Belästigungen (harassment; innerhalb eines Jahres) berichten, liegt nach einer großen Umfrage der EU (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020) im europäischen Durchschnitt bei 38 % - in Deutschland liegt der Anteil bei 36 % und in Österreich bei 33 %. Trans- (48 %) und intergeschlechtliche Menschen (42 %) erleben Belästigungen in der EU mit höherer Wahrscheinlichkeit. Von tätlichen und sexuellen Angriffen (innerhalb von fünf Jahren) berichten 11 % der befragten queeren Europäer*innen – 13 % der deutschen sowie 11 % der österreichischen. Erschreckend ist, dass viele queere Menschen dies nicht zur Anzeige bringen. So berichten die befragten Europäer*innen, dass eine Meldung nichts bewirken würde und/oder dass es nicht wert sei, diskriminierende Handlungen zu melden, weil sie ständig passieren. Einige befürchten auch negative Reaktionen der Polizist*innen.

Was kann getan werden?

Wie können Stereotype und Vorurteile abgebaut werden? Es gibt eine Reihe von Maßnahmen, Trainings und Strategien, die je nach Zielgruppe, Situation und Kontext unterschiedlich wirksam sind (vgl. Wagner & Farhan, 2020). Stereotype sind innerhalb eines kulturellen Raums sozial geteilt. Das bedeutet, dass stereotype Bilder nur über einen gewissen historischen Zeitraum veränderbar sind – dies ist also eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe (z. B. Einführung von Antidiskriminierungsgesetzen sowie rechtliche Gleichstellung). Stereotype werden von den meisten Menschen gelernt, wenngleich nicht jede Person zustimmt, dass die Stereotype zutreffende Beschreibungen sind (Stereotypakzeptierung; vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020). Die Stereotypakzeptierung kann durch Maßnahmen der Wissensvermittlung und Aufklärung oder durch Kontakt („auf Augenhöhe“) mit entsprechenden Gruppenmitgliedern abgebaut werden. Weitergehend können Empathie-Trainings und Methoden zum Perspektivwechsel hilfreich sein, um negative Emotionen zu minimieren oder gar abzubauen. Stereotype gegenüber queeren Gruppen haben sich im Laufe der Zeit geändert. Queere Menschen werden heute positiver wahrgenommen als noch vor wenigen Jahrzehnten und auch die juristischen Fortschritte haben sich eingestellt (für Deutschland vgl. Hackbart & Heß, 2020). Nichtsdestotrotz gibt es Strömungen, die sich u. a. gegen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt aussprechen, und queere Menschen, die Diskriminierung und tätliche Angriffe erfahren. Es ist einiges zu tun, um weitere Fortschritte zu erreichen und bereits Erkämpftes aufrecht zu erhalten.

Für die Interaktionsgestaltung und die Verbesserung der Arbeitsbeziehung zwischen Gesundheitsfachkräften und queeren Patient*innen gibt viele unterschiedliche Hinweise (u. a. Büker, 2019; Burke et al., 2015; Coren, Coren, Pagliaro & Weiss, 2011; Engel, 2011; Faller & Vogel, 2019; Plöderl & Winkler, 2019; Prüll, 2019), die allerdings situationsspezifisch unterschiedlich bedeutsam sein können. Einige beziehen sich stärker auf die eigene Haltung und deren Reflexion, andere eher auf das konkrete Verhalten bzw. die Kommunikation. Insgesamt zeigen sich Diversity-Trainings – also Trainings, die auf Vielfalt und die proaktive Akzeptanz unterschiedlichster Merkmale zielen – als wirkungsvoll. Sie werden positiv angenommen und es zeigen sich mittelgroße Effekte für den Wissensgewinn und für Verhaltensänderungen sowie kleine Effekte für Einstellungsänderungen (Bezrukova, Spell, Perry & Jehn, 2016; vgl. Plöderl & Winkler, 2019).

Professionell Tätige in Gesundheitsberufen sollten sich bewusst darüber sein, dass ihre Gegenüber nicht zwangsläufig heterosexuell und cisgeschlechtlich identifiziert oder endogeschlechtlich sind (vgl. Kugler & Nordt, 2018). Sogenannte „Othering-Praxen“ – Diskriminierung durch Normalitätszuschreibungen, die Teile der Patient*innen systematisch ausschließen oder aber auch systematisches Tabuisieren queerer Lebensentwürfe – sollten vermieden werden (Debus, 2017). Funktionale Verhaltensweisen und Strategien sind:

- Haltung, dass alle Menschen den gleichen Wert haben_
- Kontinuierliche Reflexion der eigenen Einstellungen und gezeigter Mikroaggressionen
- Verstehen der Lebenssituation von queeren Menschen und gesundheitlicher Risikofaktoren
- Perspektivübernahme und Empathieförderung (z. B.

durch Awareness-Trainings)

Idealerweise äußert sich eine entsprechende Haltung dann auch im konkreten Verhalten und der eigenen Professionalisierung, u.a. durch:

- Aufbau von allgemeiner Beratungskompetenz (Empathie, Wertschätzung und Kongruenz)
- Nutzung der Kompetenzen der Patient*innen (als Expert*innen für ihr eigenes Leben)
- Diversitätssensible Anamnese
- Inklusive und geschlechtsbewusste Sprache
- Regelmäßige Supervision

Zusätzlich sollten perspektivisch zumindest für manche Settings im Handlungsfeld Gesundheit auch strukturelle Veränderungen eingeführt werden, etwa:

- Einbettung von Themen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im medizinischen Curriculum, in Ausbildungen und in Schulungen
- Queer-inklusive Richtlinien, Materialien und Symbole

Eine queer-sensible Arbeitsbeziehung sollte also idealerweise immer mehrere Ebenen beachten: Die organisationalen Rahmenbedingungen, die intraindividuellen Einstellungen und die sozio-emotionale Kompetenz zur konkreten Beziehungsgestaltung.

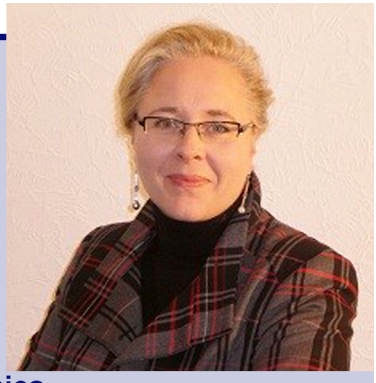
Schlussbemerkungen

Dieser Artikel ist eine Überarbeitung von Hackbart (2020) sowie Hackbart und Thies (2020) aus der Publikation „Gesunde Vielfalt pflegen – Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin“, die im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt“ entstand. Wir danken der Akademie Waldschlösschen für die Erlaubnis des erneuten Abdrucks in diesem Artikel.

Autor

Dipl.-Psych. Marcel Hackbart
Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe, Bildungsreferent an der Akademie Waldschlösschen und Lehrbeauftragter am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen der Sozialen Wahrnehmung und Kognition sowie der Sexualerziehung und sexuellen Sozialisation.
marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de

Autorin



Prof.in Dr.in Barbara Thies
Barbara Thies ist Professorin am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig. Zu ihren aktuellen Arbeits- und Forschungsschwerpunkten zählen die Interaktions- und die Vertrauensforschung sowie die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen (insbesondere Trainings) zur Optimierung von Lehramtsstudiengängen.
barbara.thies@tu-braunschweig.de

Literatur

Arbuthnott, A., & Sharpe, D. (2009). The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. Patient Education and Counseling, 77(1), 60-67. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.022

Beelmann, A., & Neudecker, C. (2020). Entwicklungspsychologische Grundlagen für die Entstehung von Vorurteilen. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen (2. Aufl., S. 113-124). Weinheim: Beltz.

Begenau, J., Schubert, C., & Vogd, W. (2010). Einleitung: Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht. In J. Begenau, C. Schubert & W. Vogd (Hrsg.), Die Arzt-Patient-Beziehung (S. 7-33). Stuttgart: Kohlhammer.

Bezrukova, K., Spell, C. S., Perry, J. L., & Jehn, K. A. (2016). A meta-analytical integration of over 40 years of research on diversity training evaluation. Psychological Bulletin, 142(11), 1227-1274. https://doi.org/10.1037/bul0000067

Blashill, A. J., & Powlishita, K. K. (2009). Gay stereotypes: The use of sexual orientation as a cue for gender-related attributes. Sex Roles, 61(11-12), 783-793. https://doi.org/10.1007/s11199-009-9684-7

Brooks, A. S., Luyt, R., Zawisza, M., & McDermott, D. T. (2020). Ambivalent homoprejudice towards gay men: Theory development and validation. Journal of Homosexuality, 67(9), 1261-1289. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1585729

Büker, C. (2019). Die Pflegebeziehung – Begriff, Besonderheiten, Bedeutung. In C. Büker & J. Lademann (Hrsg.), Beziehungsgestaltung in der Pflege (S. 15-43). Stuttgart: Kohlhammer.
Bundesärztekammer (2019). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt, 116(5), A1-A9. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf

Burke, S. E., Dovidio, J. F., Przedworski, J. M., Hardeman, R. R., Perry, S. P., Phelan, S. M., et al. (2015). Do contact and empathy mitigate bias against gay and lesbian people among heterosexual first-year medical students? A report from the medical student CHANGE study. Academic Medicine, 90(5), 645-651. http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000661

Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta- analysis of mortality salience research. Personality and Social Psychology Review, 14(2), 155-195. https://doi.org/10.1177%2F1088868309352321

Casey, L. S., Reisner, S. L., Findling, M. G., Blendon, R. J., Sayde, J. M., & Miller, C. (2019). Discrimination in the United Sates: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans. Health Services Research, 54(S2), 1454-1466. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13229

Cohen, T. R., Hall, D. L., & Tuttle, J. (2009). Attitudes toward stereotypical versus counterstereotypical gay men and lesbians. Journal of Sex Research, 46(4), 274-281. https://doi.org/10.1080/00224490802666233

Coren, J. S., Coren, C., M., Pagliaro, S. N., & Weiss, L. B. (2011). Assessing your office for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. Health Care Manager, 30(1), 66-70. https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3182078bcd

Cotner, C., & Burkley, M. (2013). Queer eye for the straight guy: Sexual orientation and stereotype lift effects on performance in the fashion domain. Journal of Homosexuality, 60(9), 1336-1348. https://doi.org/10.1080/00918369.2013.806183

Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the bias map. Advances in Experimental Psychology, 40, 61-149. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0

Debus, K. (2017). Nicht-diskriminierende Sexualpädagogik. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & E. G. Yüksel (Hrsg.), Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11119-9_45-1

Decker, O., & Brähler, E. (Hrsg.) (2020). Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments – neue Radikalität. Gießen: Psychosozial-Verlag. https://www.boell.de/de/2020/11/09/autoritaere-dynamiken-alte-ressentiments-neue-radikalitaet

Decker, O., Kiess, J., Schuler, J., Handke, B., Pickerl, G., & Brähler, E. (2020). Die Leipziger Autoritarismus Studie 2020: Methoden, Ergebnisse und Langzeitverlauf. In O. Decker & E. Brähler (Hrsg.), Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments – neue Radikalität (S. 27-87). Gießen: Psychosozial-Verlag. https://www.boell.de/de/2020/11/09/autoritaere-dynamiken-alte-ressentiments-neue-radikalitaet

Eliason, M. J., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplaces. Journal of Homosexuality, 58(10), 1355-1371. https://doi.org/10.1080/00918369.2011.614902

Engel, R. (2011). Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Einführende Elemente, Methoden und Beispiele. Wien: Facultas.

European Union Agency for Fundamental Rights (2020). EU LGBTI II. A long way to go for LGBTI equality. Luxemburg: Publications Office of the European Union. https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results

Faller, H., & Vogel, H. (2019). Arzt-Patient-Beziehung. In H. Faller & H. Lang (Hrsg.), Medizinische Psychologie und Soziologie (5. Aufl., S. 223-251). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57972-5_5

Fasoli, F., Maass, A., Paladino, M. P., & Sulpizio, S. (2017). Gay- and lesbian-sounding auditory cues elicit stereotyping and discrimination. Archives of Sexual Behavior, 46(5), 1261-1277. https://doi.org/10.1007/s10508-017-0962-0

Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. Physical Therapy, 93(4), 470-478. https://doi.org/10.2522/ptj.20120137

Fuertes, J. N., Toporovsky, A., Reyes, M., & Osborne, J. B. (2017). The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. Patient Education and Counseling, 100(4), 610-615. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018

Gazzola, S. B., & Morrison, M. A. (2014). Cultural and personally endorsed stereotypes of transgender men and transgender women: Notable correspondence or disjunction? International Journal of Transgenderism, 15(2), 76-99. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.937041

Gomolla, M. (2017). Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.), Handbuch Diskriminierung (S. 133-155). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9_9

Greitemeyer, T. (2020). Sich selbst erfüllende Prophezeiungen. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen (2. Aufl., S. 82-89). Weinheim: Beltz.

Hackbart, M. (2020). Vorurteile gegenüber queeren Menschen. In M. Hackbart (Hrsg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin (S. 39-54). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. https://www.waldschloesschen.org/de/waldschloesschen-verlag.html

Hackbart, M., & Heß, R. (2020). Überblick über die rechtliche Lage queerer Menschen in Deutschland. In M. Hackbart (Hrsg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin (S. 69-77). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. https://www.waldschloesschen.org/de/waldschloesschen-verlag.html

Hackbart, M., Rapior, M., & Thies, B. (2020). Wie werden Erziehungsberatende in Abhängigkeit von Geschlechts- und ethnischer Zugehörigkeit kognitiv repräsentiert? Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 40, 116-132.

Hackbart, M., & Thies, B. (2020). Die Beziehungsgestaltung im professionellen Gesundheitssetting. In M. Hackbart (Hrsg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin (S. 113-123). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. https://www.waldschloesschen.org/de/waldschloesschen-verlag.html

Haltom, T. M., & Worthen, M. G. F. (2014). Male ballet dancers and their performances of heteromasculinity. Journal of College Student Development, 55(8), 757-778. https://doi.org/10.1353/csd.2014.0084

Hartmann, J. (2018). Theoretisch fundiert handeln! Einführung in eine queere genderreflektierte Pädagogik. In A. Spahn & J. Wedl (Hrsg.), Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule (S. 44-51). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. https://www.waldschloesschen.org/de/waldschloesschen-verlag.html

Haugan, G., Innstrand, S. T., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. Journal of Clinical Nursing, 22(15-16), 2192-2205. https://doi.org/10.1111/jocn.12072
Henderson, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.

Hirsch, O., Löltgen, K., & Becker, A. (2016). Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. BMC Family Practices, 17:162, 1-9. https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4

Howansky, K., Wilton, L. S., Young, D. M., Abrams, S., & Clapham, R. (2019). (Trans)gender stereotypes of gender identity stereotypes. Self and Identity, 1-18. https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1617191

Kite, M. E., & Deaux, K. (1987). Gender belief systems: Homosexuality and the implicit inversion theory. Psychology of Women Quarterly, 11(1), 83–96. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1987.tb00776.x

Klein, D. A., Malcolm, N. M., Berry-Bibee, E. N., Paradise, S. L., Coulter, J. S., Keglovitz Baker, K., et al. (2018). Quality primary care and family planning services for LGBT clients: A comprehensive review of clinical guidelines. LGBT Health, 5(3), 153-170. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0213

Kranz, D., Pröbstle, K., & Evidis, A. (2017). Are all the nice guys gay? The impact of sociability and competence on the social perception of male sexual orientation. Psychology of Men & Masculinity, 18(1), 32-39. https://doi.org/10.1037/men0000034

Kugler, T., & Nordt, S. (2018). Murat spielt Prinzessin, Alex hat zwei Mütter und Sophie heißt jetzt Ben. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt als Themen frühkindlicher Inklusionspädagogik. Handreichung für pädago-

gische Fachkräfte der Kindertagesbetreuung. Berlin: Bildungsinitiative Queerformat. https://www.queerformat.de/murat-spielt-prinzessin-alex-hat-zwei-muetter-und-sophie-heisst-jetzt-ben/

Küpper, B., Klocke, U., & Hoffmann, L.-C. (2017). Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Umfragen/umfrage_einstellungen_geg_lesb_schwulen_und_bisex_menschen_de.html

Merz, S., & Lemke, R. (2020). Das gesellschaftliche Meinungsklima über Homosexualität. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hrsg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 388-404). Weinheim: Beltz Juventa.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129(5), 674-697. http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, P. C., & Buddeberg, C. (1998). Grundlagen des Sozialverhaltens. In C. Buddeberg & J. Willi (Hrsg.), Psychosoziale Medizin (2. Aufl., S. 29-71). Berlin: Springer.

Misamer, M., Hackbart, M., & Thies, B. (2017). Der Umgang mit Macht in der Sozialen Arbeit. Einschätzungen aus der Kinder- und Jugendhilfe. Soziale Arbeit, 12.2017, 450-456.

Morrison, M. A., & Morrison, T. G. (2003). Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women. Journal of Homosexuality, 43(2), 15-37. https://doi.org/10.1300/J082v43n02_02

Morrison, M. A., Morrison, T. G., & Franklin, R. (2009). Modern and old-fashioned homonegativity among samples of Canadian and American university students. Journal of Cross-Cultural Psychology, 40(4), 523–542. https://doi.org/10.1177/0022022109335053

Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: A review of literature. Journal of Sex Research, 53(4-5), 488-508. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495

Nickel, H. (1985). Die Lehrer-Schüler-Beziehung aus der Sicht neuerer Forschungsergebnisse. Ein transaktionales Modell (1976). In R. Biermann (Hrsg.), Interaktion-Schule-Unterricht (S. 254-280). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Plöderl, M., & Winkler, R. (2019). Sexuelle Orientierung im Gesundheitswesen. Umgang mit einer unsichtbaren Diversity-Dimension. In F. Steger (Hrsg.), Diversität im Gesundheitswesen (S. 299-317). Freiburg: Karl Alber.

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5(S1), 1-30. https://doi.org/10.25646/6448

Prüll, L. (2019). Diversität in medizinischen Einrichtungen. Transgender als Beispiel. In F. Steger (Hrsg.), Diversität im Gesundheitswesen (S. 318-338). Freiburg: Karl Alber.

Quinn, G. P., Sutton, S. K., Winfield, B., Breen, S., Canales, J., Shetty, G., et al. (2015). Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning (LGBTQ) perceptions and health care experiences. Journal of Gay & Lesbian Social Services, 27(2), 236-261. https://doi.org/10.1080%2F10538720.2015.1022273

Schimel, J., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Waxmonsky, J., & Arndt, J. (1999). Stereotypes and terror management: Evidence that mortality salience enhances stereotypic thinking and preferences. Journal of Personality and Social Psychology, 77(5), 905-926. https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.905

Six-Materna, I. (2020). Sexismus. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen (2. Aufl., S. 136-152). Weinheim: Beltz.

Spahn, A., & Hackbart, M. (2020). Die gesundheitliche Lage von queeren Personen – eine Bestandsaufnahme von Einflussfaktoren. In M. Hackbart (Hrsg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin (S. 81-89). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. https://www.waldschloesschen.org/de/waldschloesschen-verlag.html

Stangor, C. (2009). The study of stereotyping, prejudice, and discrimination within social psychology. A quick history of theory and research. In T. D. Nelson (Hrsg.), Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination (S. 1-22). New York, NY: Taylor & Francis.

Steffens, M. C., & Wagner, C. (2009). Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hrsg.), Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven (S. 241-262). Wiesbaden: VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91621-7_12

Stein, G. L., & Bonuck, K. A. (2001). Physician-patient relationships among the lesbian and gay community. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 5(3), 87-92. https://doi.org/10.1023/A:1011648707507

Tischoff, C. (2020). Menschenbilder der Gesundheit: (Ent-)Pathologisierung und Normverständnis. In M. Hackbart (Hrsg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin (S. 91-111). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. https://www.waldschloesschen.org/de/waldschloesschen-verlag.html

Tröster, H., & Pulz, I. (2020). Stigma und Stigmatisierung. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen (2. Aufl., S. 173-184). Weinheim: Beltz.

Venetis, M. K., Robinson, J. D., LaPlant Turkiewicz, K., & Allen, M. (2009). An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. Patient Education and Counseling, 77(3), 379-383. http://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.015

Wagner, U., & Farhan, T. (2020). Programme zur Prävention und Veränderung von Vorurteilen gegenüber Minderheiten. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen (2. Aufl., S. 317-326). Weinheim: Beltz.

Watzlawik, M. (2020). Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten: Thinking outside the box(es)? Überlegungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hrsg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 22-39). Weinheim: Beltz Juventa.

Wedl, J. (2020). Diversity und Intersektionalität: Ein kurzer Vergleich anhand von zwei Modellen. In M. Hackbart (Hrsg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin (S. 55-67). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. https://www.waldschloesschen.org/de/waldschloesschen-verlag.html

Werth, L., Denzler, M., & Mayer, J. (2020). Sozialpsychologie – Das Individuum im sozialen Kontext. Wahrnehmen – Denken – Fühlen (2. Aufl.). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53897-5

Werth, L., Seibt, B., & Mayer, J. (2020). Sozialpsychologie – Der Mensch in sozialen Beziehungen. Interpersonale und Intergruppenprozesse (2. Aufl.). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53899-9

Zick, A. (2020). Rassismus. In L.-E. Petersen & B. Six (Hrsg.), Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen (2. Aufl., S. 125-135). Weinheim: Beltz.

Zivony, A., & Lobel, T. (2014). The invisible stereotypes of bisexual men. Archives of Sexual Behavior, 43(6), 1165-1176. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0263-9

Zivony, A., & Saguy, T. (2018). Stereotype deduction abut bisexual women. Journal of Sex Research, 55(4-5), 666-678. https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1437116

Gefördert vom

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie leben!

„Sich wohl genug für ein Outing fühlen“

Ein Interview mit Tim Schmiedlechner, Pflegefachassistent

Gabriele Rothuber: Tim, das ganze Heft ist voll mit Artikeln und Interviews von LGBTI-Menschen, die der Pflege den Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt näher bringen möchten.

Dabei muss man ja auch davon ausgehen, dass in der Pflege wahrscheinlich genauso viele LGBTI-Menschen arbeiten, wie sie auch in der Gesamtbevölkerung vorkommen. Du bist einer davon. D.h. du bist ein schwuler Pfleger.

Wie ist es dir eigentlich in der Ausbildung als Pfegefachassistent ergangen?

Es war ein sehr wertschätzendes Umfeld in der Ausbildung. Generell wurde jeder so akzeptiert wie er oder sie war. Relativ bald fühlte ich mich wohl genug um mich zu outen. Da unser Jahrgang von Altersgruppen her, recht bunt gemischt war, hatte ich zu Beginn bedenken ob es wirklich jeder gut aufnehmen würde, aber es gab nie mit einen meiner Kollegen in der Ausbildung Probleme.

Auch bei manchen Vortragenden die wir in vielen Stunden hatte, fühlte ich mich wohl genug um, ein Coming-out zu haben. Auch bei diesen Vortragenden war meine sexuelle Orientierung nie ein Problem. Das Thema LGBT wurde daraufhin in einem Vortrag besprochen. Eine Vortragende bat mich die Homosexuellen Initiative Salzburg (Hosi) zu fragen, ob die Möglichkeit bestehen würde Transgenderpersonen einzuladen, um in einen Vortrag auf die Bedürfnisse einzugehen, welche Menschen mit dieser Geschlechtsidentität, als Patienten im Krankenhaus mitbringen.

In den Praktika outete ich mich jedoch kaum bei jemanden. Man ist nur maximal für 2 Monate Mitglied eines Teams, da hielt ich es nicht für wichtig. Klar ist es unangenehm, wenn man 12 Stunden am Tag oder in der Nacht mit Kollegen zusammen ist, da dann natürlich auch über Privates gesprochen wird, wie z.B. ob man eine Freundin hat. Man steht dann eben vor der Entscheidung, oute ich mich jetzt und riskiere das mein Praktikum darunter leidet falls es nicht gut aufgenommen wird, oder formuliere ich eine kleine Notlüge. Da ich in meiner Ausbildungszeit hauptsächlich Single war, war ein gewisser Vorteil, auch wenn man dann fast immer gefragt wird, warum das so ist.

Und jetzt im Job: wie geht es dir da?

In meiner derzeitigen Situation geht es mir sehr gut, da ich sowohl privat als auch in meinen Berufsfeld sehr gefestigt bin. Über die Jahre hinweg habe ich gelernt das ich mich nicht zu verstellen brau-

che, denn der wohl große Vorteil bei meinem Beruf ist, dass dieser eine gewisse Akzeptanz anderer Personen voraussetzt. Ich muss ehrlich sagen, dass mir bis jetzt noch nie wer in meiner Berufsgruppe über den weggelaufen wäre der offen Homophob gewesen ist.

Ich finde es nur manchmal unangenehm, wenn meine Sexualität direkt von Kollegen angesprochen wird, da ich dann nicht die Kontrolle über das Thema habe. Zum Beispiel wurde ich von einer ehemaligen Chefin beim Salzburger CSD gesehen wo sie als Zuseherin war. Das wurde von ihr dann bei der nächsten gemeinsamen Dienstübergabe angesprochen. Ich denke nicht, dass sie es als negativ aufgefasst hatte, jedoch war es ein kleines Zwangsouting da Schüler anwesend waren, die nichts über mein Privatleben wussten.

Ein großer Aspekt meines Berufes sind natürlich auch die Patienten. Vor allem die meisten männlichen Patienten eines gewissen Alters sehen meinen Beruf als Frauenberuf und machen dem entsprechend auch Bemerkungen oder Kommentare. Kommentaren kann man mit etwas Übung ausweichen. Verzwickter sind Fragen und es sind meistens solche Fragen, die man normalerweise nicht stellen würde. Das beste Beispiel ist wohl, ob man eh keine Angst hat, bei so einen Job als Schwul gehalten zu werden. Oder wie man sich da überhaupt konzentrieren kann bei so vielen Frauen um sich rum. Richtig unangenehm wird es, meiner Meinung nach, wenn man direkt auf das Thema LGBT und vor allem Schwule vom Patienten angesprochen wird. Das ist zwar sehr selten aber ist mir persönlich schon passiert. Ein Artikel in der Zeitung oder ein Bericht im Fernsehen auf den man angesprochen wird. Vor allem kam ich einmal ins Schwitzen, als mich eine Patientin auf einen Artikel der SN angesprochen hatte in dem ich namentlich erwähnt wurde. Gott sei dank arbeiten wir wegen der Covid Pandemie mit FFP2 Masken, so hat sie nicht erkannt, dass ich auf dem Foto war das sie mir hinhielt.

Was würdest du dir wünschen?

Was ich mir generell für diesen Job wünschen würde, ist vor allem das er auch den Leistungen entsprechend Bezahlt werden würde. Die meisten sozialen Berufe sind meiner Meinung nach unterbezahlt, obwohl sie zu den wichtigsten Jobs zählen.

Auch wie der Beruf in der breiten Bevölkerung gesehen wird müsste sich ändern und manche Bezeichnungen was diesen Beruf betreffen auch. Das es ein Frauenjob ist zum Beispiel. Ich finde es generell immer interessant wie man es schafft Dingen Geschlechterrollen zuzuschreiben. Ein Job ist meiner Meinung nach weder männlich noch weiblich, sondern einfach etwas das die Miete bezahlt, wenn man dabei noch Spaß hat ist es ein Pluspunkt.

Ich würde mir auch wünschen, dass das Bild des männlichen Pflegers von manchen Kolleginnen etwas anders gesehen wird. Nur weil man ein Mann ist heißt das nicht das man sich mit technischen Dingen oder Computern auskennen muss. Wenn ich zum Beispiel einer Kollegin sagen würde, als Frau müsse sie sich mit putzen auskennen, lande ich im Sexismus.

(C) VIMÖ

Intergeschlechtlichkeit – Körperliche Vielfalt als Herausforderung für die Pflege?

Jeder Mensch ist einzigartig - und auch unsere körperlichen Geschlechtsmerkmale sind individuell verschieden. Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale (VdG) sind Teil unserer Gesellschaft, haben aber mit Tabuisierung, Pathologisierung, normierenden Behandlungen und fehlender psychosozialer Unterstützung zu kämpfen. Dieser Artikel klärt aus Sicht von Selbstvertretung und Peer-Beratung, von welchen Variationen die Rede ist und welche Problematiken sich dabei ergeben, welche besondere Herausforderungen für Pflegekräfte dies mit sich bringen kann und welche Tips für einen guten Umgang es gibt.

Variationen der Geschlechtsmerkmale

Von Intergeschlechtlichkeit oder VdG sprechen wir, wenn der Körper eines Menschen nicht klar den Normvorstellungen eines weiblichen oder männlichen Körpers entspricht. Dabei können diese Variationen die Anatomie, die Hor-

mone und/oder die Chromosomen betreffen – so haben etwa 1,7% der Bevölkerung eine ganz individuelle Kombination von sowohl weiblich als auch männlich konnotierten oder ambivalent erscheinenden Geschlechtsmerkmalen.[1]

Bei manchen Menschen ist eine VdG bereits bei der Geburt anhand der äußeren Genitalien erkennbar, bei einem Großteil zeigt sich die Variation allerdings erst in der Pubertät (wenn der Körper sich anders entwickelt als erwartet, wenn also z.B. bei einem „Mädchen" statt der Brust ein Bart wächst) oder später im Leben, wenn etwa der Kinderwunsch unerfüllt bleibt und deshalb eine Untersuchung vorgenommen wird. In der Medizin werden heute die Begriffe „DSD" (für Disorders bzw. Differences of Sex Development) oder „Varianten der Geschlechtsentwicklung" als Überbegriffe verwendet. Darüber hinaus gibt es unzählige Diagnosen zur Beschreibung der einzelnen Variationen bzw. der Symptomaiken, die damit einhergehen können, mit jeweils recht geringen Fallzahlen und oft als seltene Erkrankungen geführt.[2]

Problematik: nicht-konsensuelle, medizinisch nicht notwendige Behandlungen an Kindern

Wenn eine Variation bereits beim Neugeborenen diagnostiziert wird, sind die Eltern oft sehr verunsichert – und auch Mediziner*innen und Hebammen sind häufig überfordert. Leider wird aus diesem Grund immer noch zu vermeintlich „einfachen, schnellen" operativen Lösungen gegriffen, die aber schwerwiegende Konsequenzen für die Betroffenen haben. So wird in diesen Fällen anhand von Voraussagen über die zukünftige

(C) VIMÖ

Geschlechtsidentität des Kindes entschieden, dessen körperlichen Geschlechtsmerkmale zu verändern, um den Normvorstellungen eines weiblichen oder männlichen Körpers zu entsprechen.[3]

Problematisch an solch frühen, irreversiblen Entscheidungen ist dabei einerseits, dass es nie eine komplette Sicherheit geben kann, wie sich das Kind entwickeln wird und ob es mit den gewählten „Anpassungen" dann auch zufrieden ist – selbst bei jenen Diagnosen, wo Studien eine gewisse Sicherheit vermitteln, kann niemals ausgeschlossen werden, dass Einzelne sich später eben nicht als weiblich bzw. männlich identifizieren. Und andererseits wird körperliche Vielfalt ganz klar als etwas Unerwünschtes bewertet, wenn davon ausgegangen wird, dass ästhetische Eingriffe im Sinne der Betroffenen sind. Darüber hinaus können solche Eingriffe erhebliche Komplikationen und lebenslange Folgen mit sich bringen, müssen also wohlüberlegt und vor allem selbstbestimmt sein – das ist in den ersten Lebensjahren aber grundsätzlich nicht möglich.[4]
Viele Menschen, die in ihrer Kindheit und Jugend solche nicht-konsensuellen und medizinisch nicht notwendigen Behandlungen erfahren haben, treten heute für ein Verbot dieser Methoden ein – unterstützt wird diese Forderung nach der Wahrung des grundsätzlichen Menschenrechts auf körperliche und seelische Unversehrtheit von Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale auch von internationalen Organisationen (u.a. UN, Europarat oder EU-Parlament).[5] Zuletzt wurde Österreich im Februar 2020 im Rahmen der Universal Periodic Review von vier UN-Mitgliedsstaaten aufgefordert, derartige Eingriffe zu verbieten, solange die Betroffenen nicht vollumfassend augeklärt werden und informiert einwilligen können. Mit der Annahme dieser konkreten Empfehlungen hat sich die Republik daraufhin zum ersten Mal öffentlich bereit erklärt, dies auch tatsächlich umsetzen zu wollen, was einen großen Erfolg für die Inter* Bewegung darstellt.[6]

Geschlechtsidentität, Geschlechtseinträge & Geschlechtervielfalt

Das Thema Intergeschlechtlichkeit hat in den letzten Jahren in der medialen Öffentlichkeit immer mehr Aufmerksamkeit bekommen, zuletzt vor allem durch die 2018 vom Verfassungsgerichtshof ermöglichte Option, einen alternativen Geschlechtseintrag in persönlichen Dokumenten zu führen („inter“, „divers“, „offen“ oder ersatzlose Streichung). Obwohl dies ein großer Erfolg für die Inter*Bewegung war und die Sichtbarkeit von Geschlechtervielfalt erhöht, hat die Einführung alternativer Geschlechtseinträge allerdings auch dazu geführt, dass die Ebene der Geschlechtsidentität sehr im Vordergrund steht.

Viele gehen nun davon aus, dass alle Menschen mit VdG sich auch als inter* bzw. nicht-binär identifizieren. Das ist so nicht der Fall: Die meisten Menschen mit einer Variation begreifen sich als Mädchen oder Buben, als Frauen oder Männer. Doch obwohl sich viele Menschen mit VdG geschlechtlich binär verorten, bedeutet dies eben nicht, dass es in Ordnung wäre, ungefragt die körperlichen Geschlechtsmerkmale an eine vermeintliche Norm anzupassen – es bedeutet vielmehr, dass unsere Gesellschaft ein an die tatsächliche Realität angepasstes Verständnis von geschlechtlicher Vielfalt entwickeln muss.

Der Begriff „Geschlechtervielfalt“ wird oft dazu verwendet, um über jene Gruppe von Personen zu sprechen: inter-, transgeschlechtliche und nicht-binäre Menschen. In vielen Kontexten (z.B. Antidiskriminierung, Gleichstellung) ist es auch sehr sinnvoll, diese Personen als Gruppe zu sehen. Gleichzeitig ist eine klare Differenzierung ebenso wichtig, um jeweils auf spezifische Problematiken und Bedarfe (z.B. in der Gesundheitsversorgung) eingehen zu können.

Trans- und Intergeschlechtlichkeit sind also nicht das Gleiche, aber müssen einander nicht ausschließen: Eine intergeschlechtliche Person kann sich beispielsweise auch als transgeschlechtlich erfahren, wenn das bei der Geburt – mitunter operativ und hormonell – zugewiesene und durch Sozialisation geprägte Geschlecht nicht mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt. Gleichzeitig gibt es viele Personen, die erst durch medizinische Untersuchungen im Rahmen einer Therapieabklärung erfahren, dass ihr Körper Variationen der Geschlechtsmerkmale aufweist.[7]

(C) VIMÖ

Gesundheitliche Bedarfe, Versorgungssituation

Neben den oben beschriebenen problematischen, medizinisch nicht notwendigen Behandlungen kann eine VdG bei Kindern aber in manchen Fällen auch mit einem tatsächlichen gesundheitlichen Bedarf verbunden sein (z.B. Salzverlustkrise bei AGS) und wird in der Regel bereits bei Neugeborenen-Screenings festgestellt – in solchen Fällen ist eine Behandlung natürlich notwendig. Einen umfassenden Überblick sowie eine Versorgungslandkarte mit spezialisierten Einrichtungen bieten hier die „Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung“ aus dem Gesundheitsministerium.[8]

Auch erwachsene Menschen mit VdG können unterschiedliche gesundheitliche Bedarfe haben, die mit ihrer Variation zusammenhängen – beispielsweise Unterstützung in endokrinologischen (hormonellen) Fragen, Milderung negativer Folgen von vergangenen Behandlungen, Wunsch nach selbstbestimmten Veränderungen der Geschlechtsmerkmale oder Unterstützung beim Kinderwunsch. Da die meisten auf VdG spezialisierten Mediziner*innen in der Kinder- und Jugendheilkunde zu finden sind, kann die Versorgungssituation für Erwachsene

teils problematisch sein. Für bestimmte Bedarfe können auch auf Transgender spezialisierte Mediziner*innen unterstützen.

Leider ist es für intergeschlechtliche Menschen oft auch eine große Hürde, medizinische Hilfe zu suchen, selbst wenn es sich um „alltägliche Bedarfe“ wie z.B. eine Gesundenuntersuchung handelt. Die Gründe dafür sind oft vielfältige negative Erfahrungen in der Vergangenheit: traumatisierende Erlebnisse in medizinischen Settings; Exotisierung, Zurschaustellung oder schlichtes Unverständnis der eigenen Variation vonseiten des medizinischen Personals; übertriebene Neugier bezüglich der Intergeschlechtlichkeit auch bei Beschwerden, die sicher nicht damit zusammenhängen u.a. Dies kann dazu führen, dass die ohnehin oft gefährdete Gesundheit von intergeschlechtlichen Menschen noch weiter geschwächt wird.

Chance Peer-Beratung

Durch die große Vielfalt an möglichen Diagnosen ist leider auch Vereinzelung vorprogrammiert. Dass die eigene Variation in das Spektrum von Intergeschlechtlichkeit fällt, wird bei der Diagnosestellung oft nicht erwähnt – obwohl die körperlichen, psychischen und sozialen Herausforderungen bei vielen Menschen mit VdG sehr ähnlich sind und eine Unterstützung durch Selbsthilfe oder Peer-Beratung als sehr hilfreich erlebt wird.

Besonders für Eltern von Kindern mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale kann Peer-Beratung enorm wichtig sein, denn medizinische Aufklärung kann soziale Herausforderungen nie ausreichend umfassen und reguläre psychosoziale Unterstützungseinrichtungen sind in der Regel nicht genügend zum Thema sensibilisiert. Durch die Unsichtbarkeit von Geschlechtervielfalt in unserer Gesellschaft fehlt es außerdem an Vorbildern, die zeigen können, dass ihr Kind auch mit Variationen der Geschlechtsmerkmale ein glückliches und selbstbestimmtes Leben führen kann – egal ob es sich später als Frau, Mann, inter* oder nochmal anders definiert.

Mögliche Unterstützung durch Pflegekräfte

Pflegekräfte sind – besonders natürlich im stationären Setting – jene Personen, die den meisten Kontakt zu den Patient*innen haben. Egal ob es sich um Kinder mit VdG, deren (junge) Eltern oder Erwachsene bzw. Senior*innen mit VdG handelt: der direkte Kontakt mit Mediziner*innen ist in der Regel meist eher kurz – und Pflegekräfte übernehmen eine entscheidende Rolle. Sie übernehmen Körper- und Wundpflege, werden um Rat gefragt, wenn Aussagen von Mediziner*innen nicht (oder nicht vollständig) verstanden wurden, sind Ansprechpartner*innen für Angehörige und vieles mehr. Ein respektvoller und entpathologisierender Umgang von Pflegekräften mit geschlechtlicher Vielfalt kann daher enorm unterstützend sein.

Mögliche Herausforderungen, die eine adäquate Unterstützung durch Pflegekräfte erschweren können, liegen dabei vor allem in der Tabuisierung des Themas und der damit einhergehenden weit verbreiteten Unwissenheit sowie in der traditionell sehr starken Position von pathologisierenden Haltungen gegenüber Variationen der Geschlechtsmerkmale auf Seiten der Medizin. Die aus Selbstschutz oft geübte Nicht-Thematisierung der eigenen Variationen durch Betroffene und das Fehlen von entpathologisierender oder wertfreier Sprache für geschlechtliche Mehrdeutigkeiten können einen offenen Umgang ebenfalls schwierig machen.[9]

Was also am besten tun, um einen guten Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen zu finden?

- Sich selbst und sein Umfeld sensibilisieren
- Den Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen in der eigenen Organisation thematisieren
- Bei Bedarf an Peer-Beratung bzw. Selbsthilfe verweisen
- Akzeptanz für geschlechtliche Vielfalt üben!

Zur Sensibilisierung gibt es mittlerweile eine enorme Bandbreite an verfügbaren Medien und Fortbildungsangeboten – sowohl allgemein zu Geschlechtervielfalt als auch spezifisch zu Intergeschlechtlichkeit, und auch speziell zugeschnitten für den Gesundheitsbereich.

Peer-Beratung und Sensibilisierungstrainings bei VARGES

Mit der Beratungsstelle VARGES bietet der Verein VIMÖ seit 2019 qualifizierte Peer-Beratung für all jene Menschen, die Unsicherheiten bezüglich ihrer Variation der Geschlechtsmerkmale besprechen möchten oder aufgrund dessen Diskriminierung, Pathologisierung, Unsicherheit, Isolation oder andere negative Effekte erleben – oder sich einfach mit anderen Erfahrungsexpert*innen zum Thema austauschen wollen. Außerdem gibt es bei VARGES auch Fortbildungs- und Beratungsangebote für Organisationen (besonders im Sozial- und Gesundheitsbereich),

die in ihrer Tätigkeit inklusiver für Geschlechtervielfalt werden möchten.

Links:
VARGES Beratungsstelle für Variationen der Geschlechtsmerkmale
www.varges.at

VIMÖ Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich
www.vimoe.at

Plattform Intersex Österreich
www.plattform-intersex.at

Quellen:

Blackless, Melanie et al. (2000): How sexually dimorphic are we? Review and synthesis, in: American Journal of Human Biology 12

BMASGK (2019): Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung. Online abgerufen am 15.02.2021 unter https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Empfehlungen-zu-Varianten-der-Geschlechtsentwicklung.html

Katzer, Michaela (2016): Ärztliche Erfahrungen und Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität, in: Katzer/Voß (Hg): Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, Gießen

Krämer, Anike et al. (2016): Varianten der Geschlechtsentwicklung – die Vielfalt der Natur, in: Kinder- un Jugendarzt Nr. 5/2016. Online abgerufen am 15.02.2021 unter https://www.vlsp.de/files/pdf/kraemer2016.pdf

Regenbogenportal (2021): Gesundheitsversorgung von intergeschlechtlichen Menschen. Online abgerufen am 15.02.2021 unter https://www.regenbogenportal.de/informationen/gesundheitsversorgung-von-intergeschlechtlichen-menschen

VIMÖ Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (2020): Positionspapier VIMÖ-PIÖ. Online abgerufen am 15.02.2021 unter https://vimoe.at/wp-content/uploads/2020/05/2020_Positionspapier_VIMO%CC%88_PIO%CC%88.pdf

VIMÖ Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (2021): Jänner 2021: UN-UPR. Online abgerufen am 15.02.2021 unter https://vimoe.at/2021/01/28/jaenner-2021-un-upr/

Fußnote:

[1] Blackless et. al (2000)

[2] Katzer (2016)

[3] Krämer et. Al (2016)

[4] BMASGK (2019), S.19ff

[5] VIMÖ (2020)

[6] VIMÖ (2021)

[7] Katzer (2016), S.101

[8] BMASGK (2019), S.78ff

[9] Regenbogenportal (2021)

Autor

Tobias Humer
Tobias Humer ist Mitbegründer des Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ) und der Plattform Intersex Österreich, ist in Interessensvertretung, Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit sowie Peer-Beratung tätig, koordiniert aktuell die Arbeit der Beratungsstelle VARGES und deren Qualifizierungsmaßnahmen für Peer-Berater*innen und studiert Sozialmanagement an der FH Oberösterreich.

VAR.
GES
Beratungsstelle für Variationen
der Geschlechtsmerkmale

Bildungsangebote

Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale (VdG) sind überall in unserer Gesellschaft, in Ihrer Organisation ebenso wie in Ihrer Klientel, in Ihrem Freundeskreis oder Ihrer Familie.

Angebot:

Um ein Grundverständnis für die vielfältigen Dimensionen von Geschlecht zu vermitteln und so eine Basis für einen inklusiven Umgang mit geschlechtlicher Vielfalt zu schaffen, bieten wir:

- Fortbildungen für Teams/Organisationen
- Vorträge, Workshops, Seminare

Einen besonderen Schwerpunkt sehen wir in der Sensibilisierung von Fachkräften bzw. Mitarbeiter*innen in folgenden Bereichen:

- Gesundheit und Soziales
- Pädagogik
- Verwaltung
- LGBTIQ*
- Menschenrechte

Unsere Referent*innen haben viel Erfahrung in der Sensibilisierungsarbeit und können überdies auf praktische Erkenntnisse aus Peer-Beratung und Community-Arbeit zurückgreifen.

Kontakt:

bildung@varges.at
+43 732 28 700 210
(Mo/Di 10-16 Uhr; Mi 14-20 Uhr)

VARGES ist ein Projekt von

vimö verein intergeschlechtlicher menschen österreich

hil foundation

(C) zinkevych

Regenbogenfamilien in der Praxis

Zwei Menschen - eine Frau und ein Mann bekommen ein Baby – das Natürlichste der Welt. Unzählige Male gesehen und genauso oft professionell begleitet. Ich darf Sie heute mitnehmen in eine neue, bunte Familienwelt.

Der Weg zum Wunschkind für Mitglieder der LGBTIQ* -Community

Ein lesbisches Paar möchte ein eigenes Kind mit Hilfe einer Samenspende bekommen. Das ist seit der Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) im Jänner 2015 in Österreich möglich. In Österreich sind für Behandlungen in Kinderwunschzentren keine anonymen Spender erlaubt. Kinder, welche mittels Samenspende entstanden sind, haben das Recht, mit 14 Jahren die Identität ihres Spenders über die Kinderwunschklinik zu erfahren. Da es in Österreich vorgeschrieben ist, dass eine Kinderwunschbehandlung mit Fremdsamen in einer entsprechenden Institution (Kinderwunschklinik) nur nach Ausstellung eines Notariatsaktes durchgeführt werden darf, führt der erste Weg des Kinderwunschpaares zur Notarin. Der Notariatsakt belegt die Elternschaft und überträgt alle möglichen elterlichen Rechte und Pflichten des Spenders auf den zweiten Elternteil – in diesem Fall also auf die nicht austragende Frau und zweite Mutter. Eine Kinderwunschbehandlung geht fast immer mit zahlreichen Voruntersuchungen einher, die auch hier Erklärungen und somit auch Outings mitbringen. Nach den Voruntersuchungen bei Hausärztin und/oder Gynäkologin folgt der Weg ins Kinderwunschzentrum. Oft sind diese Zentren wie Gemeinschaftspraxen aufgebaut, jeder Termin findet bei anderen Personen statt.

Abseits des Weges über eine Kinderwunschklinik hat das Paar die Möglichkeit mittels Bechermethode eine Heiminsemination durch-

zuführen. Dafür werden entweder Spendersamen aus dem Ausland über eine Cryodatenbank bestellt oder ein Bekannter des Paares gibt frisch und vor Ort eine Samenspende an das Paar ab. Der Spendersamen wird mittels Spritze oder Pessar in die Vagina der austragenden Frau eingebracht.

Ist das Paar schwanger, geht's auf die Suche nach weiteren Professionalisten: Kinderärztin, Hebamme, Entbindungsort und unter Umständen auch schon Kinderbetreuungseinrichtungen. Ist das Kind geboren haben die jungen Eltern Kontakt zu Kinderstationen, Standesamt, Versicherungsvertreterinnen. Ist z.B. eine der Partnerinnen nicht aus Österreich oder wurde eine der Frauen nicht mit Unterstützung einer österreichischen Kinderwunschklinik schwanger (Stichwort Heiminsemination), kommen noch zusätzliche Kontakte mit Anwältinnen, Gerichten und Adoptionsstellen hinzu.

Für ein Männerpaar ist es ungleich schwerer ein Kind zu bekommen. Leihmutterschaft ist in Österreich gesetzlich nicht möglich. Entscheidet sich das Paar dennoch ein leibliches Kind mit Hilfe einer Leihmutter bekommen zu wollen, führt der Weg zum eigenen Kind ins Ausland und ist extrem kostspielig (je nach Land zwischen € 30.000 – € 100.000). Anderenfalls ist es in Österreich auch gleichgeschlechtlichen Paaren möglich, Pflegekinder aufzunehmen und Kinder zu adoptieren. Hierfür stehen die Familien mit den entsprechenden Stellen – in Wien zum Beispiel dem RAP (Referat für Adoptivkinder und Pflegekinder) - in Verbindung.

Wahrnehmung und Outing

Menschen die sich der LGBTIQ*-Community zugehörig fühlen tauchen in der alltäglichen Wahrnehmung kaum auf. In der Pflege, Begleitung und Betreuung ist die Lebensweise beziehungsweise das sexuelle Leben unserer Patientinnen bis auf wenige Ausnahmen kaum ein Thema. Vielen Menschen leben ihr Privatleben so „still", dass oft ihr engstes Umfeld nicht über ihre Lebensweise Bescheid weiß. Arbeitskolleginnen sprechen von Ehemännern, Freunden, Partnern und gehen wie selbstverständlich davon aus, dass der Lebenspartner einer Frau männlich (und umgekehrt) ist. Und auch betroffene Menschen selbst, stellen diese Angaben oft nicht richtig. Die Gründe dafür sind sehr vielfältig – im Hintergrund steht oft die Angst vor Diskriminierung, die Angst davor, dass die sexuelle Orientierung über der professionellen Arbeit oder der schlichten Wahrnehmung als Mensch steht.
Beschließen Menschen, die sich der LGBTIQ*-Community zugehörig fühlen, Eltern zu werden, ist es schlicht nicht mehr möglich, sich nicht zu outen. Ein gleichgeschlechtlich lebendes Paar ist schon am Weg zum Wunschkind auf ein „außen" angewiesen. Dieses Paar ist auf seinem Weg Eltern zu werden mit einem Mix aus vielen Professionen konfrontiert.

Die oben beschrieben Situationen zeigen schon alleine anhand des Umstandes, dass gleichgeschlechtliche Paare nicht „einfach so" schwanger werden, dass Outings plötzlich unumgänglich und fast alltäglich werden. Barbara Schlachter-Delgado – Obfrau vom Verein Familien Andersrum Österreich (FAmOs Regenbogenfamilien) – hat dazu schon vor vielen Jahren einen wichtigen Artikel geschrieben, wie es dazu kommt, dass ein Kind es einem quasi unmöglich macht, sich nicht permanent zu outen (Quellle: Never ending coming out; www.umstandslos.at). Paare, die es nicht gewohnt sind, ihre Sexualität permanent in den Vordergrund zu stellen, erleben rasch, dass ein ständiges Outing zum Alltag wird – eine gewisse Outing-Müdigkeit ist dann durchaus nachvollziehbar.

Diese Vorgeschichte soll einen Einblick geben, in wievielen Situationen sich gleichgeschlechtlich l(i)ebende Eltern erklären müssen. Und wir als professionelles Gesundheits- und Pflegepersonal können es diesen Menschen so viel einfacher machen.

Dazu ein kurzer Sidestep: Ein Kollege beim Roten Kreuz hat mir 2011 nach seinem Auslandssemester in Australien erzählt, dass er in Australien regelmäßig gefragt wurde, ob er einen „boyfriend" oder ein „girlfriend", also einen Freund oder eine Freundin, hätte. Anfangs hat er sich gewundert, ob er denn „so aussähe" als wäre er schwul. Aber dann ist er drauf gekommen, dass es großteils üblich war, diesbezüglich keine Annahmen zu treffen sondern einfach zu fragen. Für mich war das damals ein Wachrütteln und der Beginn, ebenfalls zu versuchen, in diesem Punkt keine Annahmen mehr zu treffen. Es ist komisch, beim ersten Mal zu fragen „Hast du eine Partnerin oder einen Partner". Und so ist es jeder Einzelnen von uns möglich, unverfänglich Räume für unsere Patientinnen zu öffnen.

Paare und Familien begeben sich in unsere Pflege, Betreuung und Obhut und dürfen einen professionellen Umgang von uns erwarten. Anhand unserer Sprache, die wir im Umgang mit Menschen, die sich in unsere Pflege und Betreu-

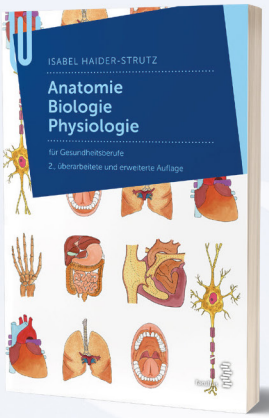
ung begeben, wählen, können wir ihnen die Überlegung und den Druck nehmen, ob sie sich vor uns „sicher und gefahrlos“ outen können. Sätze wie „wer von Ihnen beiden ist die richtige Mutter“, „wer ist bei Ihnen der Papa“ (bei einem Frauenpaar?!), „gibt’s einen Papa“, „wie ist das Kind entstanden“ (eine sehr intime Frage, die wir bei einem Hetero-Paar niemals stellen würden. Und ehrlicherweise für die Anamnese in quasi allen Fällen unerheblich ist) sind unnötig und übergriffig.

Regenbogeneltern möchten als gleichberechtigte Eltern wahrgenommen werden. Sich nicht erklären zu müssen, nimmt viel Druck aus jeder Situation, in der Familien die Hilfe des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen (müssen). Sie kommen mit Sorgen und Ängsten um ihre Kinder zu uns, die sich nicht von der klassischen Mama-Papa-Kind-Familie unterscheiden. Nehmen wir ihnen von der ersten Begegnung an auch noch die Sorge möglicher Diskriminierung auf Grund ihrer Familienkonstellation.

Autorin

Julia Eva Friedreich, BSc
Freiberufliche Hebamme in Wien, Mitbegründerin des Regenbogenbaby- und Regenbogenkrabbeltreff, leitet Geburtsvorbereitungskurse im Regenbogenfamilienzentrum in Wien, Hebammensprechstunde im Regenbogenfamilienzentrum in Wien, selbst Regenbogenmama von zwei kleinen Kindern
www.juliafriedreich.at

Grundlagen für die Ausbildung in Gesundheitsberufen

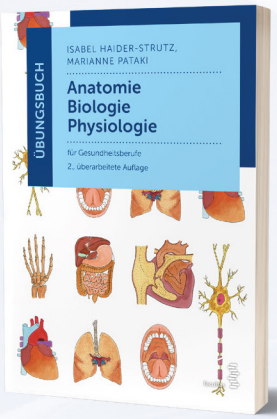


Isabel Haider-Strutz

Anatomie – Biologie – Physiologie

für Gesundheitsberufe

facultas 2021, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
352 Seiten, broschiert
EUR 39,90 (A) / 38,90 (D) / sFr 47,50 UVP
ISBN 978-3-7089-2040-5
e-ISBN 978-3-99111-089-7
Neu: anschauliche 3-D-Elemente!

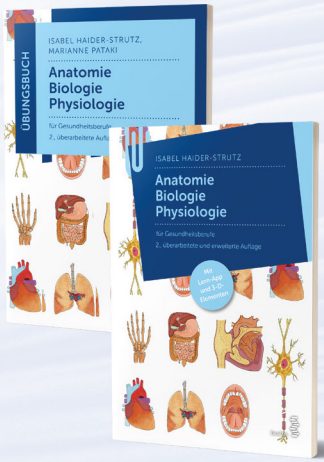


Isabel Haider-Strutz, Marianne Pataki

Übungsbuch
Anatomie – Biologie – Physiologie

für Gesundheitsberufe

facultas 2021, 2., überarbeitete Auflage
112 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-2041-2



Isabel Haider-Strutz, Marianne Pataki

Lernpaket
Anatomie – Biologie – Physiologie

für Gesundheitsberufe

facultas 2021, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
464 Seiten, broschiert
EUR 54,90 (A) / 53,– (D) / sFr 66,– UVP
ISBN 978-3-7089-2042-9

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Regenbogenfamilien und ihre Bedarfe

Ein Interview von Gabriele Rothuber mit Elisabeth Cinatl.

Der Regenbogen, das Symbol für geschlechtliche und sexuelle Vielfalt, findet sich auch im Begriff „Regenbogenfamilien“. Was genau hat man darunter zu verstehen? Wie setzen sich Regenbogenfamilien zusammen?

Regenbogenfamilien sind Familien, in denen sich zumindest ein Elternteil als lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, intergeschlechtlich oder queer identifiziert. Es ist kein wissenschaftlicher Begriff und wird im Sinne einer Selbstdefinition verwendet. Andere Begriffe sind queer family oder gay family. Es gibt, so wie auch bei Familien mit heterosexuellen Eltern, vielfältige Familienformen:

Alleinerziehende, Eltern-Paar-Familien, Patchwork-Familien, Stieffamilien, Mehr-Eltern-Familien (Co-Parenting), Pflegefamilien, Adoptivfamilien.

Viele Kinder aus heterosexuellen Beziehungen waren keine Wunschkinder, dh sie passieren halt auch einfach. Das ist bei LGBTI* Menschen anders. Wie kommen die zu ihren Wunschkindern?

Vor 15 bis 20 Jahren war es meist so, dass Regenbogenfamilien dadurch „entstanden“, dass Kinder aus früheren heterosexuellen Beziehungen in eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft „mitgenommen“ wurden. Das gibt es natürlich auch jetzt noch. Die Möglichkeiten für LGBTIQ*-Personen, sich den Kinderwunsch zu erfüllen, haben sich jedoch im letzten Jahrzehnt vervielfacht:

- Künstliche Befruchtung (medizinisch unterstützte Fortpflan-

zung in einer Kinderwunschklinik)
- Heiminsemination
- Pflegeelternschaft
- Adoption

Frauen*-Paaren stehen all diese Möglichkeiten offen, Männer*-Paare sind bei der Heiminsemination und künstlichen Befruchtung auf zumindest eine Frau* angewiesen. Oft wird das Modell „Co-Parenting“ gelebt, was bedeutet, dass sich z.B. zwei Mütter und zwei Väter die Elternschaft und die damit verbundene Verantwortung teilen.

Leihmutterschaft ist in Österreich ebenso wenig erlaubt, wie eine künstliche Befruchtung einer alleinstehenden Frau (egal welcher sexueller Orientierung).

Welche Hürden gibt es dabei – v.a. in Österreich? Rechtlich, aber auch ganz praktisch: geht man etwa als lesbisches Paar in eine Kinderwunschklinik und kann sich sicher sein, dort gut begleitet zu werden?

Es hat sich in den letzten 10 Jahren einiges zum Besseren gewendet. So wurde 2013 die Stiefkindadoption eingeführt und seit 2016 können gleichgeschlechtliche Paare Kinder adoptieren (Fremdkindadoption). Schwierigkeiten gibt es nach wie vor im Bereich der Obsorge, die nur maximal zwei Personen (egal welchen Geschlechts) innehaben können. Dies ist vor allem bei Patchwork-Familien oder bei Familien mit mehr als zwei Eltern ein schwieriges Thema, wo die Rechte in einem gesetzesfreien Raum miteinander ausverhandelt werden müssen und Vertrauen eine wichtige Basis in dieser Familienkonstellation darstellt.

Es gibt mittlerweile einige Kinderwunschkliniken, die auch um gleichgeschlechtliche Paare werben. Es empfiehlt sich für lesbische Paare, sich vorab z.B. im Internet oder beim Verein FamOs zu informieren, ob diese Kinderwunschklinik auf gleichgeschlechtlich empfindende Personen sensibilisiert ist. Erstgespräche sind hier auch hilfreich, um zu spüren, ob es sich um eine wertschätzende und angenehme Atmosphäre handelt.

Und wenn man dann schwanger ist, ist ja alles sehr aufregend. Man weiß ja nicht, was einem z.B. bei der Geburt oder auch noch während der Schwangerschaft erwartet. Wie geht es da queeren Paaren, die vielleicht eine passende Geburtsvorbereitung suchen? Also: was finden sie, wenn sie nicht die Möglichkeit haben, in speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtete Kurse zu besuchen? Und was bräuchten, was suchen sie?

Der Verein FamOs – Regenbogenfamilien Österreich betreibt in Wien das Regenbogenfamilienzentrum und ist auch in einigen anderen Bundesländern vertreten: Oberösterreich, Salzburg, Vorarlberg, Steiermark und Kärnten. FamOs ist eine gute Ansprechstelle, um Informationen über Kurse oder Workshops, die LGBTIQ*-Personen besuchen können, zu bekommen. Ebenso bieten Frauengesundheitszentren, die es in fast allen Bundesländern gibt, Beratung und Begleitung für Frauen* aller sexueller Orientierung an.

In der Ausbildung zum/r Geburtshelfer*in ist es wahrscheinlich von Einzelpersonen abhängig, ob sie sich mit diesen Themen auseinandersetzen. Oder ist es bereits im Curriculum?

Ob es gesetzlich im Curriculum verankert ist, kann ich leider nicht sagen. Klar ist jedoch, dass auch eine gesetzliche Verankerung nur dann wirkt, wenn die Personen, die die Inhalte vermitteln, sich mit ihren verinnerlichten Vorurteilen auseinandergesetzt und sich Wissen um die Lebensrealitäten von LGBTIQ*-Personen und Paaren angeeignet haben.

Wie merkt man eigentlich, ob man als LGBTI*Paar oder schwangere Person bei der/dem Gynäkologen/in willkommen ist? Oder bei einem Geburtsvorbereitungskurs, einer Geburtenstation, einem Geburtshaus – oder auch in der Zeit danach mit dem Baby: vom Babyschwimmen über Babymassage bis Rückbildungskurs: wie sondiert man die Angebote? Worauf achtet man vielleicht schon beim Internet-Auftritt eines Anbieters?

Grade auch in den Bundesländern, die hier vielleicht noch nicht so viel bieten wie Wien.

Sich im Internet zu informieren, per Telefon Kontakt aufzunehmen und Fragen zum Thema „Umgang mit LGBTIQ*-Personen“ zu stel-

len sind gute Möglichkeiten, um ein Gefühl für die Person bzw. Institution zu bekommen. Hilfreich sind auch Empfehlungen von Organisationen – wie FamOs – oder von anderen LGBTIQ*-Personen. Es gibt in einigen Bundesländern Austauschgruppen, wo viele Informationen ausgetauscht werden können.

Ein wichtiger Gradmesser bei Gesprächen ist aus meiner Sicht das sogenannte „Bauchgefühl“. Wenn Menschen darauf hören, dann können sie spüren, ob dies ein „guter Ort“ für sie ist. Leider bieten all diese „Absicherungsmaßnahmen“ keinen 100%-Schutz vor Diskriminierungen und homophoben Übergriffen.

Elisabeth Cinatl
Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) in freier Praxis; Mitbegründerin des Vereins FamOs – Regenbogenfamilien Österreich; www.cinatl.at

Hilfreiche Links

Verein FamOs – Regenbogenfamilien Österreich: www.regenbogenfamilien.at

Regenbogenfamilienzentrum

Wien: www.rbfz-wien.at
Netzwerk österreichischer Frauengesundheitszentren: www.frauengesundheit.at

(C) Pixel-Shot

Proud to be a nurse!

German Quernheim / Angelika Zegelin

Berufsstolz in der Pflege

Das Mutmachbuch

2020. Etwa 192 S., etwa 52 Abb., etwa 11 Tab., Kt
Etwa € 26,95 / CHF 35.90
ISBN 978-3-456-85999-6
Auch als eBook erhältlich

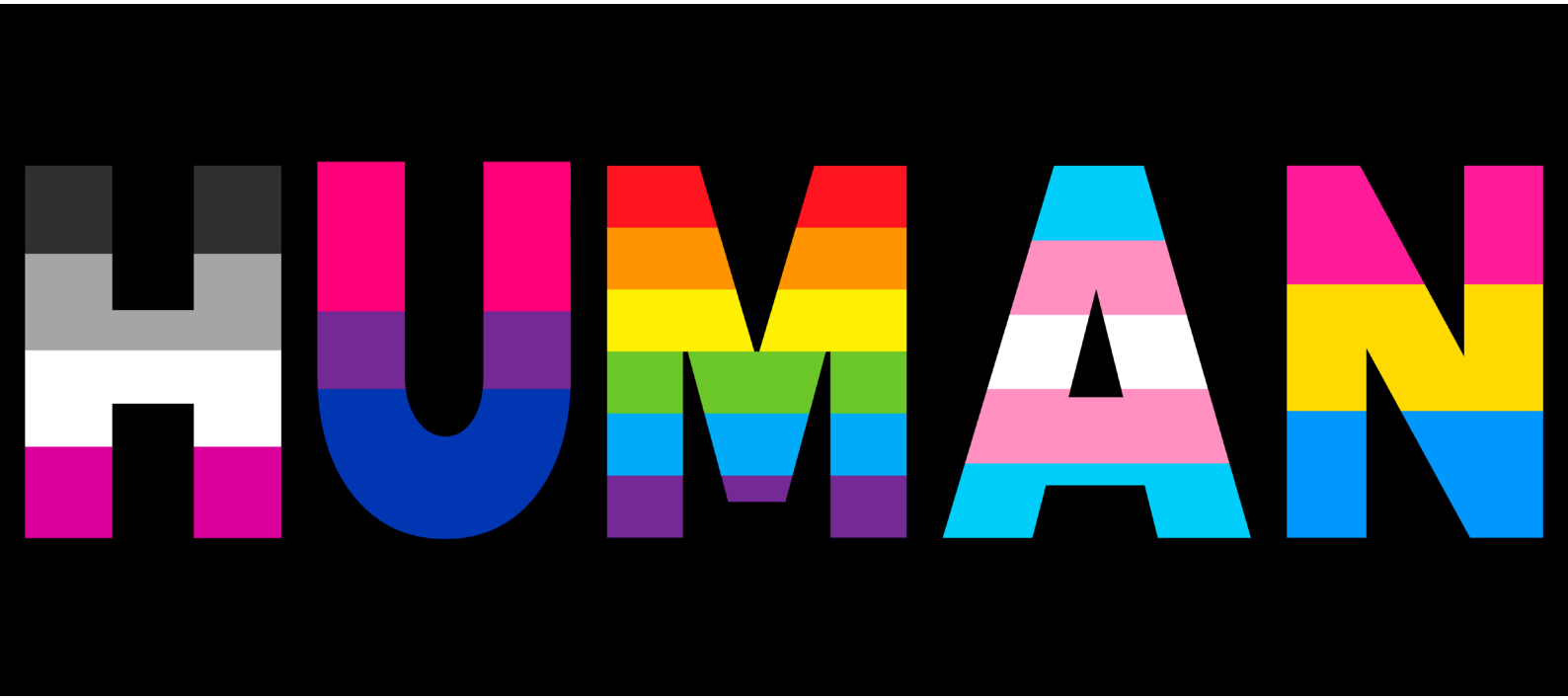
Ein Mutmachbuch mit konkreten Beispielen, Anweisungen und Rollenmodellen, wie Pflegende mehr Berufsstolz entwickeln, füreinander einstehen und Freude am Beruf erhalten und wiederbeleben können.

Das Buch zeigt, wie wichtig Berufsstolz für Pflegende in Ausbildung, Lehre und Praxis ist. Die Autoren klären, welche Mechanismen und Strategien helfen, um diese Haltung zu entwickeln. Sie beschreiben die Facetten des Berufsstolzes mit Identität, Individualität, Leidenschaft, Mut, Selbstwert, Sinnhaftigkeit, Wissen und Bildung. Die Inhalte stärken professionell Pflegende und machen ihnen Mut, gegen chronische Belastungen und ethische Dilemmata aktiv vorzugehen und unwürdige Situationen zu ändern. Arbeitsporträts und Berichte aus der Praxis bieten konkrete Rollenmodelle und Umsetzungstipps.

Die Autoren vermitteln die Grundlagen der Lobbyarbeit im Pflegeberuf. Sie zeigen Pflegenden, wie sie sich erfolgreich darstellen können und Selbstbewusstsein nach außen vermitteln und verkörpern können.

Berufsstolz lässt sich in der Pflege nicht verordnen, anlesen oder kaufen. Aber die Autoren machen Mut. Sie geben konkrete Anweisungen und zeigen Pflegenden den Weg, wie sie mehr Berufsstolz entwickeln und Freude am zentralsten aller Empathie-Berufe gewinnen oder wiederbeleben können.

(C) Ekaterina M



Queere Bildung für Gesundheitsberufe – Ein Aufruf!

Berührungspunkte

Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten, haben häufigen und dann meist einen relativ persönlichen Kontakt zu Menschen, die sich der LGBTIQ*Community angehörig fühlen. Denken wir an herkömmliche Besuche ärztlicher Praxen, an physiotherapeutische Maßnahmen sowie Kur-, Rehabilitations- oder Krankenhausaufenthalte. Auch in Bereichen wie z. B. der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Behinderung oder in Einrichtungen der Altenhilfe gibt es Berührungspunkte mit queeren Menschen.

Vor dem Hintergrund dieser doch recht hohen Kontaktfrequenz und tiefen Verankerung in den jeweiligen Alltagen sollten wir eigentlich meinen, dass diese Begegnungen von Empathie, Verständnis und Akzeptanz geprägt sind. Leider ist dies oft nicht der Fall und es stellt sich die Herausforderung, einige Barrieren zu überwinden – von beiden Seiten: Hier das Gesundheitsfachpersonal inklusive System – und dort der lesbische, schwule, bisexuelle, transidente oder intergeschlechtliche, kurz: queere Mensch.

Kommt eine trans*idente Person in stationäre Behandlung….

…und erlebt:

- misgendern durch das Personal – also ansprechen mit dem falschen Namen und Geschlecht
- die Zuweisung auf die für sie falsche (Geschlechter)Station – nämlich gemäß dem Geschlechtseintrag, der (noch) in den Dokumenten vermerkt ist und nicht gemäß dem gelebten Geschlecht
- übergriffige und überflüssige Befragungen, die offensichtlich nur der Befriedigung der Neugierde dienen

Dies sind nur einige Beispiele aus Berichten betroffener Personen, um den oben erwähnten Barrieren hier einen Praxisbezug zu geben. Queere Menschen gehören zu den besonders verwundbaren Gruppen, wenn sie sich im Gesundheitssystem bewegen. In einem System nämlich, das weitgehend von einer ausgeprägten Heteronormativität und Geschlechterbinarität sowie klassischen Geschlechter-Rollen-Bildern ausgeht. Was genau bedeutet diese Sichtweise - abgesehen davon, dass sie nicht der Realität entspricht?

Sie bedeutet, dass grundsätzlich von einer Welt ausgegangen wird,

(C) HOSI Salzburg

in der es ausschließlich 2 Geschlechter – Frau und Mann – gibt (Geschlechterbinarität). Zudem wird erwartet, dass sich Frauen z. B. feminin kleiden und bewegen, emotional und einfühlsam sind und sich gut um die Familie inklusive Kinderbetreung kümmern; Männer wiederum sollten maskulin und stark sein, die Familie finanziell versorgen und auf jeden Fall rational sein (Geschlechter-Rollenbilder). Abschließend wird vorausgesetzt, dass sich diese beiden Geschlechter romantisch und/oder sexuell aufeinander beziehen, womit es also ausschließlich heterosexuelle (Liebes)beziehungen gibt (Heteronormativität).

Diesen 3 Kriterien, die zusammengefasst eine heteronormative Weltsicht produzieren, entsprechen queere Menschen häufig kaum und sehr oft gar nicht – sie kommen in dieser Weltsicht also quasi nicht vor. Begeben sich nun Menschen in ein System, in dem sie nicht vorkommen und welches sie überhaupt nicht mitdenkt, ergeben sich zwangsläufig Erschwernisse, Unannehmlichkeiten und auch Gefahren für diese Menschen.

Risiken und Nebenwirkungen einer heteronormativen Sichtweise

Queere Menschen geraten oft in einen Erklärungszwang zu sehr persönlichen, intimen, vertraulichen Bereichen. Dies kommt einem immer wiederkehrenden Coming Out gleich – übrigens egal in welchem Alter. Wenn Sie dies jetzt lesen, überlegen Sie einmal, wann Sie zuletzt gefragt wurden, wie Ihre Familie darauf reagiert hat, dass Sie sich als heterosexuell geoutet haben (sofern Sie sich als heterosexuell bezeichnen natürlich). Die Vermutung, dass dies noch nie geschehen ist, drängt sich auf.

Neben der sexuellen Orientierung, die ja nicht sichtbar z. B. im Sinne eines Nasenpiercings ist, ergeben sich weitergehende Erschwernisse für queere Menschen, deren äußerliches Erscheinungsbild nicht in die gewohnt klassisch heteronormative Schulblade passt und somit eine Einordnung in eine Geschlechterkategorie nicht gelingen will. Explizit seien hier transidente, nicht binäre oder intergeschlechtliche Menschen [1] genannt, da diese stark von diesem an sie herangetragenen Konflikt betroffen sind. Diese Menschen sind zu den oben bereits ausgeführten Übergriffigkeiten zum Thema der sexuellen Orientierung auch noch einer zusätzlichen Diskriminierungsgefahr ausgesetzt - einfach aufgrund ihres Aussehens, ihrer Kleidung, ihres Habitus.

Dies alles spielt sich im Kontext des Gesundheitsbereiches ab. Das heißt, die queere Person begibt sich z. B. aufgrund einer gesundheitlichen Beschwerde in diesen Bereich mit der vordergründigen Erwartungshaltung, die Beschwerde mit Hilfe von Fachpersonen zu lindern. Vielleicht gibt es auch einen Leidensdruck aufgrund von Schmerzen oder Sorgen o. ä. Unter diesen Umständen besteht eine Abhängigkeit des_der Patient*in – und zwar von der Fachperson im Gesundheitsberuf.

(C) HOSI Salzburg

Überhaupt aber gerade in dieser Abhängigkeitslage Übergriffigkeiten, Diskriminierung, Mobbing oder gar Gewalt ausgesetzt zu sein, ist inakzeptabel.

Wie sind diese Erlebnisse, die für die betroffene Person eine extreme Belastung und Diskriminierung darstellen, also aus dem Blickwinkel der queeren Bildung einzuordnen?

Runter mit der heteronormativen Brille!

Wir wissen aus Studien und Befragungen von LGBTIQ*-Menschen, dass homo- oder transphob motivierte Diskriminierungen und Benachteiligungen bedauerlicherweise nach wie vor keine Seltenheit sind. Auch im Diversity-Management von Unternehmen sind die Dimensionen „Geschlechtsidentitäten“ und „Sexuelle Orientierung“ die am meisten tabuisierten. Dieses „Ausblenden“ der Thematik spiegelt sich dann natürlich auch im (Arbeits)Alltag wider.

Fehlendes oder nur halb vorhandenes Wissen zu lesbischen, bisexuellen, schwulen oder intergeschlechtlichen sowie trans* Themen macht Menschen im Umgang mit lesbischen, bisexuellen, schwulen, intergeschlechtlichen sowie trans* Personen unsicher und leisten Diskriminierungen und ja, oft ungewolltem, Fehlverhalten gegenüber diesen Menschen Vorschub. Fundiertes Wissen zu einer Thematik hingegen macht Menschen generell sicherer. Ein weiterer Effekt von Wissensaneignung ist ein gelassenerer und unvoreingenommenerer Umgang mit der Thematik und mit den davon betroffenen Menschen. Es ist wie in vielen anderen Bereichen unseres alltäglichen Lebens: Es ist einerseits Fachwissen, andererseits auch sehr viel Empathie gefragt. Und – Übung macht die_den Meister_in. An beidem kann und muss gearbeitet werden.

Queere Bildung für Alle!

Im Rahmen queerer Bildung wie sie z. B. die Homosexuelle Initiative - HOSI Salzburg [2] mit ihrem Bildungsprogramm Vielfalt im Beruf [3] anbietet, wird LGBTIQ*-Grundwissen wie Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen zwischen den einzelnen Begriffen vermittelt. Die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt wird sprichwörtlich beim Namen genannt. Weiters wird die aktuelle Rechtslage für queere Menschen vermittelt und es werden Studien zur Situation queerer Menschen besprochen. Gleichzeitig werden gesellschaftspolitisch relevante Diskussionen aufgegriffen und reflektiert.

Einen großen Raum nehmen Übungen ein, die die Reflexion der ganz persönlichen und fachlichen Haltung zu LGBTIQ*Themen anregen sollen. Es werden Vorurteile, Rollenbilder und Klischees thematisiert und kritisch diskutiert. Die Erfahrung zeigt, dass Teilnehmende nach einer intensiveren Beschäftigung mit der Thematik ihr Bewusstsein für Diskriminierungs- oder Mobbingsituationen hinsichtlich Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung geschärft haben. Die Sensibilisierung zu queeren Themen hat zur Folge, dass dieser Blick in die tägliche Arbeit mit dem jeweiligen Klientel (Patient*innen, Bewohner*innen usw.) mitgenommen wird und die Fachperson somit ihren ganz eigenen Beitrag zu einer LGBTIQ*freundlichen Umgebung leisten kann.

Gleichzeitig kann eine Fortbildung

zum Thema Sexuelle und Geschlechtliche Vielfalt der Auftakt sein, dass diese einen gewichtigeren Stellenwert im Diversity-Management im Unternehmen oder in der Organisation erlangt. Eine strukturelle Verankerung im Betrieb ist einerseits Voraussetzung für Nachhaltigkeit aber auch die Glaubwürdigkeit, wirklich etwas bewirken zu wollen. Andererseits braucht es eine strukturelle Verankerung von Themen auch in finanzieller und organisatorischer Hinsicht.

Ziel queerer Bildung ist es jedenfalls, auf allen Ebenen auf ein (Arbeits)Umfeld hinzuarbeiten, das von Empathiefähigkeit und einem Miteinander, in dem sexuelle und geschlechtliche Vielfalt positiv bewertet wird, geprägt ist. Ein Umfeld also, das für alle sicher und inklusiv ist.

Autorin

Kathleen Schröder
Bildungsbeauftragte der HOSI Salzburg
Mediatorin, Gesundheitspräventologin und Betriebswirtin

[1] Nichtbinär - Queer Lexikon (queer-lexikon.net)

[2] HOSI Salzburg | Du bist die LGBTI Community!

[3] Vielfalt im Beruf | HOSI Salzburg

rosa lila
PANTHERINNEN
DIE LGBTI INTERESSENSVERTRETUNG IN DER STEIERMARK

BERATUNG & INFORMATION - GRUPPENTREFFEN - VORTRÄGE & WEITERBILDUNG

Alle Infos auf www.homo.at

„Es bräuchte eine klar kommunizierte inter*friendly Haltung an den Kliniken“

Gabriele Rothuber im Gespräch mit Magdalena Klein (Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich).

Intergeschlechtliche Menschen, die eine Familie gründen möchten – was haben sie für Möglichkeiten in Österreich?

Zuerst ist es wichtig, hier ein bisschen auseinanderzudröseln - um welche Variation der Geschlechtsmerkmale (VdG) handelt es sich, also welche körperlichen Voraussetzungen bestehen? Wie war die bisherige medizinische Behandlungsgeschichte, also was wurde an dem Körper wie verändert? Welchen Geschlechtseintrag/welche Geschlechtsidentität haben die Partner*innen?

Da es sehr viele Variationen gibt, die unter dem Begriff „Intergeschlechtlichkeit“ versammelt werden und sich viele auch als Frau oder Mann identifizieren, kann es sich z.B. um ein äußerlich betrachtet homo- oder heterosexuelles Ehepaar handeln, bei dem aber ein*e Partner*in nicht oder nur eingeschränkt fruchtbar ist (z.B. aufgrund einer Hodenentfernung in der Kindheit oder aufgrund einer hormonellen Variation) – somit können alle Möglichkeiten zur natürlichen/künstlichen Befruchtung oder auch Adoption, Pflegekind etc. in Anspruch genommen werden.

Inwiefern die eigene Intergeschlechtlichkeit thematisiert wird von inter* Frauen/Männern, die sich in Behandlung begeben und wie sie mit den in der Medizin allgegenwärtigen Pathologisierung ihrer Variationen umgehen, ist eine andere Frage.

Wenn es sich um ein Paar handelt, wo eine oder beide Partner*innen einen alternativen Geschlechtseintrag haben, gibt es noch keine expliziten Regelungen und wenig Erfahrungswerte, also auch große Unsicherheiten. Rechtlich gesehen dürfte niemand aufgrund seines Geschlechts diskriminert werden…

Welche Auswirkungen haben fremdbestimmte geschlechtszuweisende Behandlungen auf den späteren Kinderwunsch von intergeschlechtlichen Menschen?

Diese stark kritisierten und hoffentlich bald verbotenen Behandlungen an intergeschlechtlichen Kindern sind oft verbunden mit der Entfernung von Keimdrüsen und auch mit psychischen Traumata. Einerseits müssen intergeschlechtliche Menschen also oft erst mal die zugefügte körperlichen Unfruchtbarkeit verarbeiten, und in der Regel wird vor der Keimdrüsenentferung auch nicht bedacht, dass z.B. eine eventuelle Konservierung möglich wäre. Andererseits sind Traumatisierungen oft mit medizinischen Settings, pathologisierender Sprache etc. verbunden, was es in der Folge oft stark erschwert, medizinische Beratung und Behandlung in Anspruch zu nehmen – nicht nur, aber auch in Bezug auf einen Kinderwunsch.

Wo werden sie professionell und ihren Bedarfen entsprechend beraten?

Wie findet mensch diese Angebote? Trial & error oder gibt es Hinweise – z.B. im Websitenauftritt – die vermitteln, als intergeschlechtliche Person / Paar hier richtig zu sein?

Wenn es um die Möglichkeit von künstlicher Befruchtung geht, muss zuerst ein Umgang mit der allgegenwärtigen Pathologisierung gefunden werden. Teilweise können Variationen der Geschlechtsmerkmale (als „Störungen“ benannt) aber wiederum auch ein Grund für eine Förderung durch den IVF-Fonds sein, z.B. die sehr häufige Diagnose PCOS wird hier bereits im Gesetz und somit auch auf oft den Webseiten von Kliniken genannt.

Eine klar kommunizierte „inter*friendly“ Haltung gibt es bei keiner österreichischen Klinik bisher, es muss also auf einzelne Erfahrungsberichte aus der Community – z.B. über Peer-Beratung – vertraut werden. Grundsätzlich bleibt es aber leider oft bei Trial & error, denn selbst wenn ein*e einzelne*r Mediziner*in in einer Klinik einen guten Umgang hat, kann beim nächsten Termin auch eine andere Person zuständig sein.

Was wünscht man sich?
Was geht gar nicht?

Wünschenswert wäre ein respektvoller und entpathologisierender Umgang mit geschlechtlicher Vielfalt, sowohl was körperliche Merkmale als auch Geschlechtsidentität und -ausdruck anbelangt. Es sollte um individuelle Möglichkeiten von Partner*innen mit Kinderwunsch gehen und abwertende Äußerungen sollten vermieden werden. Dazu fehlt in vielen Fällen aber noch ganz grundlegende Sensibilisierung.

Und um Retraumatisierungen zu vermeiden, sollte bei der Anamnese jedenfalls nicht zu stark nachgebohrt werden, welche fremdbestimmten Behandlungen denn jetzt im Detail zur Unfruchtbarkeit geführt haben oder was sonst noch alles passiert ist – die Information, dass eine Unfruchtbarkeit besteht, sollte reichen.

Fotocredit: Alex Jürgen

Paardynamik und gleichgeschlechtliche Beziehungen – Grundlagen, Handlungsfelder und Empfehlungen für die therapeutische Praxis

Einleitung und Themenzugang

Der 5. Dezember 2017 war ein Dienstag und es herrschte der jahresübliche Vorweihnachtstrubel. Im Land schien alles seinen erwarteten Gang zu nehmen – in Wien tummelten sich Ansässige und Tourist*innen durch die geschmückten Straßen und nicht wenige fanden sich auf (zumeist überlaufenen) Weihnachtsmärkten ein. Kaufleute und ihre Angestellten bemühten sich unablässig um Freundlichkeit und Service – teils unter widrigen Umständen, hervorgerufen etwa durch die permanente Beschallung und Ermahnung, sich doch bitte an Last Christmas zu erinnern. Zur gleichen Zeit dominierte in den Medien das seit Wochen prominente Thema der Regierungsverhandlungen die öffentliche Agenda. Je nach gesellschaftspolitischer Zugehörigkeit (bzw. je nach sozialer Bubble) war diesbezüglich Unsicherheit, Sorge und auch Befürchtung, aber auch Aktivismus und Gestaltungswille zu vernehmen. Wiederum andere politisch Interessierte beschlossen abzuwarten, was beim gegenseitigen Werben bzw. bei dieser politischen Beziehungsanbahnung letztlich rauskäme. Kurz nach Mittag fuhr dann an jenem Dienstag im Dezember plötzlich, wie ein Paukenschlag, eine Nachricht durch Online-Medien, soziale Netzwerke, das Radio und über die Fernsehbildschirme: „Verfassungsgericht öffnet die Ehe für Homosexuelle ab 2019“ (siehe etwa Der Standard, Online-Ausgabe vom 05. 12. 2017). Wie ein Paukenschlag deswegen, weil zwar bekannt war, dass eine Beschwerde von zwei Frauen, die in eingetragener Partnerschaft leben, [1] auf Eheöffnung beim Höchstgericht anhängig war, eine solche gerichtliche Entscheidung aber doch überraschend (vielleicht auch kaum zu glauben) war. Rasch breitete sich diese Eilmeldung immer weiter aus. In Blogeinträgen äußerten sich Personen quer durch soziale Milieus, Altersgruppen, Geschlechter und sexuelle Orientierungen zum Entscheid des Verfassungsgerichtshofs. NGOs, die sich seit Jahren für die völlige Gleichstellung vor dem Gesetz einsetzten, jubelten und wurden für ihren unermüdlichen Einsatz gefeiert – schließlich waren es das zivilgesellschaftliche Engagement und das Höchstgericht, welche die Eheöffnung möglich machten.

Die Politik konnte bzw. wollte sich (trotz beharrlichen Einsatzes mancher Politiker*innen) die Monate und Jahre zuvor darauf nicht einigen. Obgleich sich auch Gegner*innen der Ehe für Alle zu Wort meldeten, wurde diese Nachricht im Allgemeinen doch mit großer Zustimmung, Freude und Erleichterung aufgenommen. Damit steht Österreich mit Beginn 2019 in einer Reihe mit 15 anderen europäischen Staaten, wie etwa mit den Niederlanden (wo bereits seit 2001 für gleichgeschlechtliche Paare die Möglichkeit einer Eheschließung besteht) oder mit Deutschland (wo zuletzt im Herbst 2017 die Ehe für Alle vom Bundestag beschlossen wurde). Das Bild ist hier jedoch erst dann komplett beschrieben, wenn auch jene Länder genannt sind, deren Verfassungen eine gleichgeschlechtliche Ehe de jure nach wie vor verbieten (wie z. B. Polen, die Slowakei, Serbien, Bulgarien, Litauen, die Ukraine etc.) bzw. in denen eine rechtliche Anerkennung von gleichgeschlechtlichen Beziehungen völlig fehlt (wie z. B. Russland, Rumänien oder die Türkei).

Doch welche Bedeutung hat diese Entwicklung für gleichgeschlechtlich l(i)ebende Menschen im Hinblick auf (ihre) Beziehungen? Welche (gesellschaftspolitischen) Einflüsse wirken in welchem Ausmaß auf das gemeinsame Leben von gleichgeschlechtlichen Paaren? Welche Theorien lassen sich hierzu als Erklärungshintergründe heranziehen? Welche Faktoren werden in diesem Zusammenhang als belastend erlebt und welche als stützend? Und schließlich diese Frage: Was sollen Psychotherapeut*innen hinsichtlich der Besonderheiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit gleichgeschlechtlichen Paaren bedenken? Diese Leitfragen umrahmen den vorliegenden Beitrag, der, angesichts der Themenkomplexität, nur einen Ausschnitt an relevanten Themen im Kontext Paardynamik und gleichgeschlechtliche Beziehungen umfassen wird.

Vor diesem Hintergrund erlaube ich mir auch die Klarlegung (m)

eines persönlichen Zugangs zum Thema – dies erscheint umso bedeutsamer, als dass ich als Verfasser dieses Textes keineswegs generell über gleichgeschlechtliche Paare schreiben werde. Als weißer, schwuler, mitteleuropäischer Cis-Mann[2] mit formaler Ausbildung wäre es anmaßend, stellvertretend und allgemeingültig für alle gleichgeschlechtlich l(i)ebenden Paare schreiben zu können. Wenn ich zum Thema Paardynamik und gleichgeschlechtliche Paare oder zu Freiheit und gesellschaftlicher Anerkennung schreibe, habe ich bedeutend weniger (bzw. nichts) zu befürchten als Forscher*innen, Wissenschafter*innen und Aktivist*innen in den meisten osteuropäischen, afrikanischen oder orientalischen Ländern, in denen ein solcher Beitrag etwa mit dem Hinweis auf homosexuelle Propaganda verboten wäre und bestraft werden würde.

Insofern obliegt selbst die Auswahl an Literatur bzw. theoretischen Zugängen einer bewussten (wenn auch einer den wissenschaftlichen Kriterien verpflichteten) Entscheidung – daran ist grundsätzlich nichts Falsches, es soll aber an dieser Stelle explizit benannt sein. Daher lassen sich auch thematische Auslassungen nicht gänzlich vermeiden und ich werde (aus Ressourcengründen) nicht ausdrücklich zu (Paar-)Erfahrungen von People of Colour, transidenten Männern, transidenten Frauen oder zu intergeschlechtlichen Menschen schreiben. Regenbogenfamilien – d.h. ein gleichgeschlechtliches Paar mit Kind(ern) – werden aus denselben Gründen in diesem Beitrag nicht detailliert dargestellt, wenngleich diese Familien ähnliche und gleichzeitig sehr unterschiedliche Dynamiken erleben, wie kinderlose, schwule oder lesbische Paare. Zudem wird der Bereich der Intersektionalität im Beitrag nur ansatzweise Erwähnung finden – die Schnittmengen und Verwobenheiten, die sexuelle Orientierungen immer auch mit sich bringen (wie etwa mit dem ethnischen Hintergrund einer Person, mit einer körperlichen und/oder mentalen Beeinträchtigung, mit einem hochbetagten Lebensalter etc.) sollen aber immer mitgedacht werden. Schließlich ist und bleibt es für Psychotherapeut*innen, Forscher*innen und Aktivist*innen eine Daueraufgabe, Haltungen und Interessen im Hinblick auf die Vielfältigkeit, Unterschiedlichkeit und Bedürfnisse von gleichgeschlechtlichen Paaren und Familien in therapeutischen Zugängen, wissenschaftlichen Ausführungen und aktivistischen Handlungen kritisch zu hinterfragen und zu berücksichtigen. Das Postulat eines allgemein umfassenden Erklärungsansatzes zur Paardynamik mit gleichgeschlechtlich empfindenden, bisexuellen, transidenten und intergeschlechtlichen Personen würde die diversen, spezifischen Hintergründe und Atmosphären, die diese Menschen erleben, missachten bzw. konterkarieren.

LSBTI*: eine Abkürzung zur sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt

Im Zusammenhang mit sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität wird für die Gruppe der lesbischen, schwulen, bisexuellen, transidenten und intergeschlechtlichen Personen in der deutschsprachigen Literatur die Abkürzung LSBTI* (bzw. auch das englische Äquivalent LGBTI* – lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex *) verwendet. Das * am Wortende markiert weitere unterschiedliche Möglichkeiten sexueller oder geschlechtlicher Zugehörigkeit und Lebensweisen (wie etwa queer, pansexuell etc.). Im Zusammenhang mit diesen Begriffen bzw. mit den Menschen, die damit gemeint sind, ist es erheblich, auf den Unterschied zwischen sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität hinzuweisen. Während sich im Kontext LSBTI* die sexuelle Orientierung etwa in einer lesbischen, schwulen oder bisexuellen Identität bzw. Beziehungsgestaltung ausdrückt, umfasst die geschlechtliche Identität die transidente bzw. intergeschlechtliche Zugehörigkeit eines Menschen – die sexuelle Orientierung ist hiervon unabhängig. Hinsichtlich der Beziehungsgestaltung lassen sich daher unterschiedliche Variationen in der Gesellschaft vorfinden.

In diesem Beitrag werden mit Blick auf den zuvor genannten Fokus bzw. auch auf die vorgebrachten Limitationen vorrangig die Begriffe lesbische und schwule/homosexuelle bzw. gleichgeschlechtliche Personen und Paare verwendet. […]

Spezifische Themen gleichgeschlechtlicher Paare in einer Paartherapie

Die vorangegangenen Ausführungen zu inter- und intrapsychischen Stressoren können sowohl für gleichgeschlechtlich empfindende, alleinstehende Personen als auch für schwule und lesbische Paare ausreichend Anlass für therapeutische Begleitung bzw. Behandlung bieten. Daran anschließend soll in diesem Kapitel der Fokus auf das Paar(er)leben bzw. die Paardynamik in schwulen und lesbischen Beziehungen gelenkt werden. Dabei werden vorrangig allgemeine Aspekte in den Blick genommen – es soll jedoch an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen sein, dass je nach Paaranliegen schwule und lesbische Paarbeziehungen eine diffe-

renzierte therapeutische Zuwendung erfordern (z. B. im Hinblick auf die individuellen Erfahrungen der Partner*innen hinsichtlich ihrer Geschlechtersozialisation).

Prinzipiell leben gleichgeschlechtliche Paare ebenso vielfältige, respektvolle, intensive oder weniger intensive Beziehungen wie heterosexuelle Paare. Genauso finden sich unter schwulen und lesbischen Paaren Wünsche und Erwartungen hinsichtlich bedeutsamer Beziehungsaspekte, wie Leidenschaft, Vertrauen, Unterstützung und Liebe (Göth & Kohn, 2014). Insofern führen gleichgeschlechtliche Paare ähnliche Anliegen (Umgang mit emotionaler und/oder sexueller Treue, Nähe- und Distanzkonflikte, Streit- und Diskussionskultur etc.) in eine Paartherapie, wie verschiedengeschlechtliche Paare (Krieg, 2014). Darüber hinaus ergeben sich allerdings weitere potenzielle Gründe für eine Paartherapie, die sich für heterosexuelle Paare nicht stellen.

Das Outing (in) einer schwulen bzw. lesbischen Paarbeziehung

Jedes schwule und lesbische Paar wird im Laufe der Beziehung (zumeist wiederkehrend) vor die Entscheidung gestellt, in welcher Form die gemeinsame Beziehung nach außen gezeigt werden kann, darf und soll. Solche Entscheidungen sind von tragender Bedeutung, berühren sie doch Fragen von

- Ganzheit, d. h. als Paar wahrgenommen und anerkannt zu werden,
- Grenzen, d. h. das Festlegen von notwendigen Markern, um Ganzheit auch leben zu können, und
- Zugehörigkeit zu und Teilhabe an familiären, sozialen und sinnstiftenden Umgebungen (z. B. Arbeitsstellen, Mitgliedschaften in sportlichen, politischen, karitativen Vereinen etc.).

Können solche Entscheidungen nicht getroffen werden (etwa aufgrund unterschiedlicher Auffassungen hinsichtlich der Gestaltung des Außenauftritts), kann ein Paar durchlässig und empfindlich für Übergriffe, Instabilität, fehlendes Bekenntnis zueinander etc. werden. Damit kann eine Paardynamik befeuert werden, die Gefühle, wie Wut, Ohnmacht, Scham und Trauer auslöst (Curtis, 1999). Wie alltäglich die Situationen sind, die schwule und lesbische Personen vor die Entscheidung stellen, ihre gleichgeschlechtliche Paarbeziehung sichtbar zu machen (zu outen), soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden:

Beispiel:
*In einem Konferenzzimmer einer Volksschule in einer kleinen, österreichischen Gemeinde unterhalten sich Lehrer*innen über ihre Urlaubspläne angesichts der bevorstehenden Ferien. Gegenseitiges Interesse ist wahrnehmbar, Kolleg*innen tauschen Ideen aus, wo am besten für sich und ihre Lebenspartner*innen Entspannung zu finden sei. Der Gesprächsinhalt wird als angemessen betrachtet, die (heterosexuellen) Paarkonstellationen sind gesellschaftlich akzeptiert und gewohnt. Im angrenzenden Kopierraum findet eine inhaltlich ähnliche Unterhaltung statt – mit dem Unterschied, dass eine Lehrerin das Urlaubsvorhaben mit ihrer Partnerin (die in einer nahen, größeren Stadt lebt und arbeitet) im Gespräch mit zwei Kolleg*innen verschweigt. Stattdessen erzählt sie von einer Kulturreise mit einer nahestehenden Freundin – das Sichtbarmachen ihrer lesbischen Beziehung ist mit Sorge vor subtilen Formen von Diskriminierung (z. B. „Mikroagressionen“ in Form von Ignoranz, Argwohn oder sozialer Ablehnung; Nadal, 2013, zit. nach Wolf & Meyer, 2017, S. 131) behaftet.*

Die situationsbedingte Entscheidung der Lehrerin, für heterosexuell gehalten zu werden, ist vor dem Hintergrund ihrer intrapsychischen Bewertung der Alltagsszene nachvollziehbar. Die Tragweite eines solchen Verhaltens macht die Enge bewusst, in der sich Partner*innen bzw. gleichgeschlechtliche Paare befinden können. Die Notwendigkeit, immer wieder abschätzen zu müssen, wann ein Outing (nicht) möglich und (un-)sicher ist, schränkt Handlungsspielräume ein. Die Aneignung von rigiden Abwehrformen kann die Folge sein und es kann zum Verlust von individuellem Einschätzungsvermögen kommen, das unterscheiden hilft, welche Situationen akzeptierend und wohlmeinend sind (Curtis, 1999). Alltagssituationen im öffentlichen Raum, wie sie für heterosexuelle Paare meist normal und selbstverständlich sind (wie z. B. Hand-in-Hand-Gehen, Küssen im öffentlichen Raum etc.), können für schwule und lesbische Paare Momente des Abcheckens der Umgebung (z. B. ein Park, ein Kaffeehaus, eine Bar etc.) oder etwa der Passant*innen (z. B. Gäste in einem Restaurant, Fahrgäste in einer Straßenbahn etc.) erfordern und unterschiedliche Einschätzungen hervorbringen: Ein Partner möchte zum Beispiel seiner Zuneigung auch öffentlich Ausdruck verleihen – sein Partner ist zurückhaltend und fühlt sich mitunter unter Druck gesetzt.

Darüber hinaus können unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich des individuellen Outings (des

jeweiligen Partners, der jeweiligen Partnerin) Gründe für eine Paartherapie sein. Die Paardynamik kann wesentlich davon beeinflusst sein, wenn etwa in einer schwulen Paarbeziehung ein Partner einen sehr offenen Umgang mit seiner Homosexualität pflegt, während sein Partner (z. B. in der Familie, am Arbeits- oder Ausbildungsplatz) nicht geoutet ist. In diesem Fall muss sich nicht nur das Paar mit Fragen der Selbstoffenbarung beschäftigen, sondern auch jeder Partner für sich. Dies kann zu Unstimmigkeiten und Auseinandersetzungen führen, da ein Outing zu Konflikten mit nahestehenden Personen (etwa Familienmitgliedern) sowie zu Verlustängsten oder Angst vor Ablehnung führen kann. Innere Spannungen können sich eröffnen, die sowohl einen nicht geouteten Partner als auch die Beziehung der beiden schwulen Männer schwer belasten können (Göth & Kohn, 2014).

Entwicklung von Rollenbildern in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften

Die zu Beginn vorgestellten legistischen Entwicklungen bezüglich einer Eheöffnung für schwule und lesbische Personen machen gleichgeschlechtliche Paare unweigerlich sichtbar(er). Damit treten Beziehungsmodelle im Alltag in Erscheinung, die bis vor kurzem meist nur entfernt aus Medien erfahrbar waren. Schwule und lesbische Paare sind jedoch seit langem damit beschäftigt, ihr eigenes (Beziehungs-)Modell zu finden, zu entwickeln und zu leben. Ganz allgemein sehen sich (gleich- und verschiedengeschlechtliche) Paare im Laufe ihrer Beziehung(en) oftmals mit der Frage nach der jeweiligen Rolle in der Partnerschaft konfrontiert. Die Erfahrungen aus den Ursprungsfamilien können bei der Rollendefinition hilfreich oder auch hinderlich sein. Manche Partner*innen in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung können daher familiär geprägte (heteronormative) Rollenbilder als stützend und befriedigend für sich entdecken – wiederum andere durchleben eine Loslösung von solch früh geprägten Bildern.

Weiters sehen sich schwule und lesbische Personen (nach wie vor) mit Fragen konfrontiert, denen stereotype Annahmen zugrunde liegen. Hierzu können etwa unreflektierte Kategorisierungen aus dem sozialen Umfeld zählen, die sich etwa in Fragen wie „Wer von euch ist eigentlich der Mann und wer die Frau?“ zeigen. Überkommene soziale Rollen (mit denen auch heterosexuelle Paare in Berührung kommen), aber auch Rollenbilder (wie der richtige Mann, die fürsorgliche Frau etc.) werden von manchen als unbefriedigend empfunden und können Anlass geben, tradierte Rollenbilder zu hinterfragen und neue Identifikationsmuster für sich und die Paarbeziehung zu entwerfen (Krieg, 2014).

Literatur

Curtis, F. (1999). Gestalt-Paartherapie mit lesbischen Paaren: Anwendung von Theorie und Praxis auf die lesbische Erfahrung. In G. Wheeler & S. Backman (Hrsg.), Gestalttherapie mit Paaren (S. 183–203). Köln: Doubrawa.

Göth, M. & Kohn, R. (2014). Sexuelle Orientierung in Psychotherapie und Beratung. Berlin, Heidelberg: Springer.

Krieg, F. (2014). Paarberatung für gleichgeschlechtliche Paare: Die Liebe in all ihren Facetten würdigen. Psychotherapie im Dialog, 2014(2), 62–65.

Wolf, G. & Meyer, E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k) ein Thema in der Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal, 2017(2), 130–139.

Fußnote

[1] In Österreich wurde 2009 das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz vom Nationalrat beschlossen und seit 2010 besteht für gleichgeschlechtliche Paare die Möglichkeit, ihre Partnerschaft juristisch anerkennen zu lassen. Die Ehe blieb (bisher) nach wie vor heterosexuellen Paaren vorbehalten.

[2] Cisgender bzw. Cis-Mann oder Cis-Frau bezieht sich auf die Geschlechtsidentität eines Menschen. Damit sind Personen gemeint, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt (etwa im Unterschied zu transidenten Personen).

Bei diesem Beitrag handelt es sich um einen Auszug. Den vollständigen Beitrag finden Sie im folgenden Buch auf den Seiten 411 bis 425:

Renate Hutterer-Krisch, Gabriele Rass-Hubinek (Hg.)

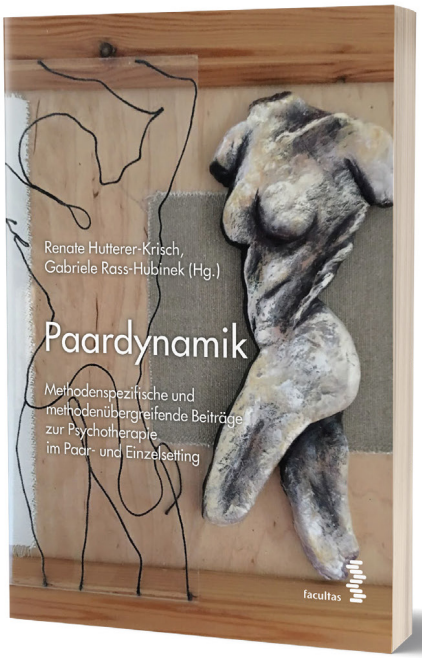
Paardynamik

Methodenspezifische und methodenübergreifende Beiträge zur Psycho-therapie im Paar- und Einzelsetting

facultas 2018, 448 Seiten
ISBN 978-3-7089-1685-9

Autor

Dr. Roman Winkler, MMSc
Leiter der Abteilung für Evidenz und Qualtitätsstandards an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie Psychotherapeut in freier Praxis

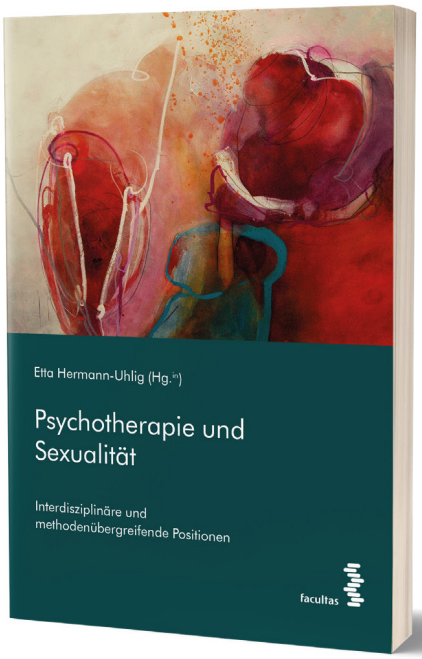


Renate Hutterer-Krisch,
Gabriele Rass-Hubinek (Hg.)

Paardynamik

Methodenspezifische und methodenübergreifende Beiträge zur Psychotherapie im Paar- und Einzelsetting

facultas 2018, 448 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-1685-9, Fachbuch
EUR (A) 34,90 / EUR (D) 33,90 / sFr 43,50 UVP
auch als E-Book erhältlich



Etta Hermann-Uhlig (Hg.)

Psychotherapie und Sexualität

Interdisziplinäre und methodenübergreifende Positionen

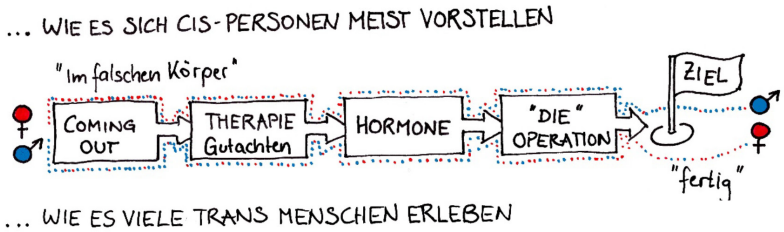
facultas 2020, 264 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-1930-0, Fachbuch
EUR (A) 24,90 / EUR (D) 24,20 / sFr 32,90 UVP
auch als E-Book erhältlich

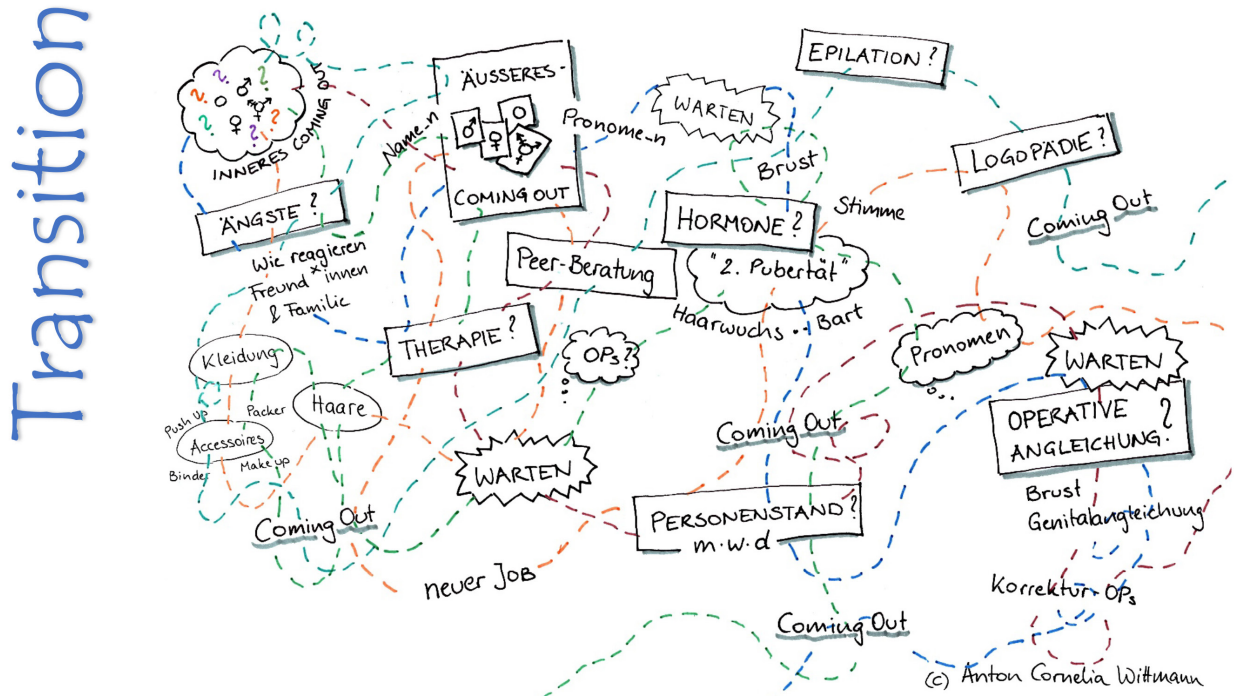
Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Der facultas Onlineshop
ist für alle da!
Mit
Click & Collect-
Funktion
Literatur für das Studium, Fachbücher für den Beruf, Buchgeschenke oder der Roman, der schon lange auf der eigenen Wunschliste steht: Jetzt bis 30.4.21 im facultas Onlineshop Bücher österreichweit versandkostenfrei bestellen!
Mehr Infos auf facultas.at
facultas

Transition





Transition beschreibt den Prozess, mittels verschiedener Möglichkeiten, die eigene Geschlechtsidentität zum Ausdruck zu bringen.

Welche Schritte eine trans* Person anstrebt oder wünscht sind dabei völlig individuell.

Soziale Transition: Änderung des Namens, Pronomens.
Aber auch der Kleidung, Frisur oder Acessoires.

Rechtliche Transition: Personenstandsänderung, Vornamensänderung im Personenstandsregister.

Medizinische Transition:
Geschlechtsangleichende Maßnahmen: Hormongaben, Epilation, Logopädie

Geschlechtsangleichende Opterationen: Brustabnahme oder Brustaufbau,
Genitalangleichende OPs: Vaginalplastik, Penoidaufbau.

Alle rechtlichen und medizinischen Schritte müssen in Österreich durch fachärztliche, psychologische, psychotherapeutische Stellungnahmen bestätigt werden.

Das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper sollte oberste Priorität haben!

Gerade der medizinische und rechtliche Tranistionsprozess sind jedoch von Fremdbestimmung geprägt.

Welche Transitionsschritte angestrebt werden, sollte alleine bei den trans* Menschen selbst liegen.

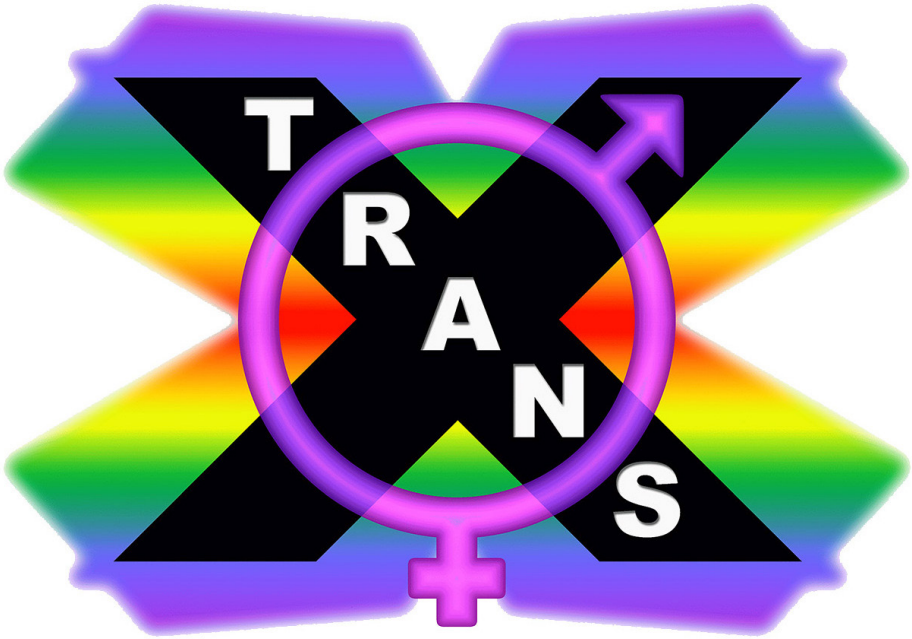
Anton Cornelia Wittmann
HOSI Salzburg

Zur Pflege von Trans*Personen[1]

Interview mit Mag.ª Eva Fels,
Obfrau der Transgender-Vereinigung TransX.

Wie steht es um die Pflege von medizinische Betreuung von Transgender-Personen in Österreich?

Nach der jüngsten Studie der Europäischen Grundrechteagentur FRA[1] haben 37% der Österreichischen Trans*Personen währen des letzten Jahres Diskriminierung im Sozial- und Gesundheitsbereich erfahren. Das ist mehr als in Europa (34%) und deutlich mehr als bei allen Österreichischen LGBTI-Personen. Und doch ist der Wert noch beschönigend, da in der Online-Befragung ältere Personen unterrepräsentiert sind.



Von welchen Problemen berichten Transgender-Personen?

Angesichts dieser Zahlen landen relativ wenige Beschwerden bei TransX. Am häufigsten wird nach „transfeundlichen“ Fachärzten gesucht. De Facto schieben Trans*Personen notwendige Behandlungen aus Furcht vor Diskriminierung oft so lange hinaus, bis es nicht mehr anders geht.

Welche Diskriminierungen erleben sie?

Die häufigste Form ist das Übergehen ihres Identitätsgeschlechts, das Misgendern. Das beginnt beim Aufruf der Personen, wenn ihr Personenstand noch nicht geändert wurde, und endet beim Ansprechen im falschen Geschlecht, wenn sie ihr eigentliches Geschlecht nicht, bzw. nicht mehr überzeugend repräsentieren können. Fast jeder zieht sich emotional zurück, wenn er unpassend angesprochen wird. Damit wird auch das Vertrauen in den Behandlung untergraben. Wenn das öfters passiert und mit diffamierenden Bemerkungen gespickt wird, bleibt oft nichts anderes übrig als das Weite zu suchen.

Und dann gibt es auch Ärzte, die sich weigern Transgender-Personen zu behandeln. Insbesondere wenn es zu Komplikationen nach genitalanpassenden Operationen kommt. Ich verstehe, dass manche nicht die Baustellen ihrer Kollegen bearbeiten wollen, aber Wundentzündungen in dem Bereich sind genauso zu behandeln wie an anderen Körperteilen. Aber das sind zum Glück nur Einzelfälle.

Gibt es in Österreich eine zufriedenstellende Transgender-Medizin?

Nein. Für eine gute endokrinologische Abklärung muss man fast über ein Jahr waren, weil es hier schlicht zu wenig Know-How gibt. Menschen, die lange ihrem Geschlechtswechsel entgegengefiebert und alle Gutachten für die Hormontherapien zusammengetragen haben, ist das zu lang. Ohne ärztliche Unterstützung fangen sie oft mit gefährlichen Selbstmedikationen an. Wir, das heißt der Verein TransX, hat nun schon mehrere Fortbildungsseminare für niedergelassene Ärzte veranstaltet, damit diese zumindest bei nicht-kritischen Verläufen Hormontherapien begleiten können. Das ist einzigartig für eine Selbsthilfeorganisation. Aber hier geht es wirklich um die Gesundheit von Menschen, bei denen das Gesundheitssystem aussetzt.

Und bei Operationen?

Für Transfrauen gibt es, freilich auch mit großen Wartezeiten, noch genitalanpassende Operateure. Für Transmänner werden verschiedene Operationen gar nicht angeboten. Österreich ist hier eindeutig ein Entwicklungsland. Die ÖGK übernimmt keine Kosten bei Operationen im Ausland obwohl klar ist, dass Österreichische Chirurgen aufgrund der geringen Zahlen kein Know-How entwickeln können.

Wen ich eine Trans*Person richtig ansprechen mag - wie erkenne ich ihr Identitätsgeschlecht?

Transsexuelle korrigieren meistens Vornamen und Personenstand sobald das möglich ist. Davor wählen Transgender-Personen meist recht eindeutige Accessoires. Nicht-Binäre Personen setzen oft bewusst mehrdeutige Zeichen. Bei Unsicherheit kann man ja freundlich nachfragen.

Wo werden Transgender-Personen stationär untergebracht?

Grundsätzlich nach dem eingetragenen Geschlecht. Wir haben allerdings die Erfahrung gemacht, dass für Personen ohne Genitalangleichung oft versucht wird, Einzelzimmer zu finden, wenn sie bei Behandlungen am Unterkörper bloßgestellt würden. Häufig werden auch Personen ohne Personenstandsänderung wie Menschen ihres Wunschgeschlechts behandelt.

Gibt es spezielle Probleme bei der Pflege älterer Trans*Personen?

Kaum. Bei Transfrauen ist ein Problem der Bartwuchs, der sich auch trotz angeblich dauerhafter Haarentfernung nach einigen Jahren wieder einstellt. Wer mit Pinzetten oder Rasierern nicht mehr umgehen kann braucht einfach Unterstützung. Andererseits brauchen Neovaginas, die ja keine Schleimhaut haben, eine intensivere Hygiene um unangenehme Gerüche zu vermeiden. Aber ansonsten sind Transgender wirklich nichts Besonderes. Und so wollen sie auch behandelt werden.

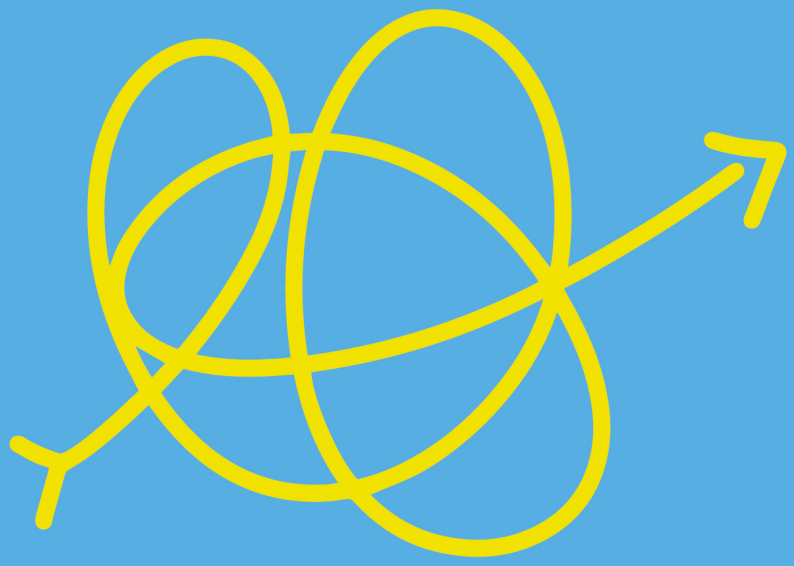
Aber für Menschen im Pflege- und Gesundheitsbereich sind sie doch meistens fremd, oder befremdlich?

Das kann ich nicht bestätigen. Erfahrenere Personen haben sicher schon einmal Trans*Personen behandelt. Jüngere sind manchmal verdutzt, aber sie können ja noch dazu lernen.

Autorin

Mag.ª Eva Fels
Obfrau der Transgender-Vereinigung TransX.

Weitere spezifische Informationen finden Sie auf https://TransX.at



Hybrid-Fachtagung

EINLADUNG

Vertrauen . Zukunft . Weg

ReferentInnen: Franz Kühmayer, Dr. Paul M. Zulehner, Mag.a Christine Hackl, MSc, Tristan Horx, Dr. Georg Fraberger, Felix Gottwald, MSc

Moderation: Jürgen Winterleitner, B.Sc.

20. Mai 2021

Informationen zur Fachtagung und die Anmeldung finden Sie auf unserer Website

www.fachtagung2021-lwh.at

Lebensweltheim Bundesverband

NÖ Heime

„per aspera ad arcum“

Über raue Pfade zum Regenbogen, im Rahmen eines sensibilisierten Umgangs mit LGBTIQ* Personen im Altenpflegebereich

Was bereits Patricia Benner in ihrem mittlerweile zum Klassiker avancierten Werk „From Novice to Expert“ anhand des prozesshaften Kompetenzerwerbs beschrieb, spielt auch im Zuge des Zusammenlebens mit LGBTIQ* Personen eine prominente Rolle. Etwaige vorwiegend qualitative Studien weisen darauf hin, dass Pflegepersonen hinsichtlich der Thematik von LGBTIQ* Personen sich, abgesehen von den Mitgliedern einzelner Leuchtturmprojekte, als Anfänger*innen definieren könnten. Daraus resultiert zeitgleich die Chance zu ergreifen, einen fruchtbaren Pfad zu beschreiten, den Regenbogen zu erklimmen, um schließlich als Experten*innen den endgültigen Lebensabschnitt von lesbischen, schwulen, bi-, trans-, inter- oder Queer - sexuellen Menschen in Alters- und Pflegeheimen mit einem höchstmöglichen Maß an Offenheit, Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Vielfalt zu begleiten.

Erste Schritte in Richtung Regenbogenkompetenzen

Wenn Pflegepersonen sich direkt mit LGBTIQ* Personen auseinandersetzen, ist auch eine Konfrontation mit der eigenen Biographie, der eigenen Sexualität, oder den eigenen sozio-kulturellen Werthaltungen gegeben, vor allem aber auch gefordert[1]. So sollte es bereits im Rahmen der Ausbildung, im Erlernen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch einem Sozialbetreuungsberuf Standard sein, grundsätzlich beim omnipräsenten Thema der „Nacktheit“, mittels selbstreflexiven Prozessen, zu beginnen. Schließlich ist der nackte Körper im geriatrischen Bereich vor allem eines – Objekt. Er wird häufig defizitär orientiert angeschaut, berührt, gewaschen, gepflegt. Dabei wird häufig verabsäumt sich ins Bewusstsein zu rufen, dass der kontrollierte Körper einem Individuum gehört, der eine Geschichte hat, in der Nacktheit mit Intimität, Sexualität und Scham eng verbunden war und ist[2]. Tatsächlich sieht es curricular innerhalb der Ausbildung der Sozialbetreuungs-, als auch der Gesundheits- und Pflegeberufe in Österreich diesbezüglich trist aus. So integriert das 2018 novellierte Organisationsstatut der Schulen für Sozialbetreuungsberufe im Bereich des Ausbildungsschwerpunktes Altenarbeit „Sexualität im Alter“ im Themenfeld 1 („Lebenswelt des alten Menschen“) und nimmt Bezug zu Sexualität auch im Rahmen der Pflichtgegenstände Ethik, Biologie und Umweltkunde. So sind darüber hinaus nach §16 (1) der Pflegeassistenz-Pflegefachassistenz-Ausbildungsverordnung (PA-PFA-AV) Auszubildende „zu einem höchstmöglichen Maß an Offenheit, Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Vielfalt an soziokulturellen Unterschieden von Menschen zu befähigen und für die Achtung […] des Geschlechts, der sexuellen Orientierung […] zu sensibilisieren“. Dennoch wird innerhalb der eigentlich interessanten Qualifikationsprofile der PAs bzw. PFAs (Anlagen 4 und 5) kein Wort über sexuelle Identitäten, Geschlecht, geschweige denn LSBTIQ* Identitäten verloren. Auch Absolvent*innen innerhalb der FH Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege werden zumindest nach den Rechtstexten nicht direkt mit den Thematiken konfrontiert. Ausschließlich Anlage 1 gebietet „dem Absolvent /der Absolventin“ (Cave!) die Individuumsbezogene Fachkompetenz, dass er/sie „Pflegeinterventionen auf Grundlage der Gesamtheit des pflegerischen Wissens sowie der Präferenzen und Ressourcen der Menschen unter Berücksichtigung […] geschlechtsbezogener sowie ethischer Aspekte auswählen“ kann. Deutschland arbeitet nunmehr seit über einem Jahr mit dem novellierten Pflegeberufegesetzes (01/20). Verglichen mit Österreich wurde in der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) das Thema von Menschen mit LSBTIQ*-Identitäten ausdrücklich in das Curriculum integriert. Unter CE09 der Anlage 2 der PflAPrV „Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen“ wird innerhalb der insgesamt 150 zur Verfügung gestellten Stunden, im 1. und 2. Ausbildungsdrittels, Auszubildenden die Chance geboten, sich unter anderem die folgenden Kompetenzen anzueignen: „Diskriminierungserfahrungen, Minderheitenstress und Stigma-Management von LSBTI“. Ob und wo dieses Thema im Rahmen des Unterrichts schließlich Einzug hält, in welcher Intensität und Qualität dieser marginalisierte Bereich pädagogisch aufgegriffen wird, hängt schlussendlich von den Lehrenden selbst ab.

Balanceakt in der Praxis

Angekommen in der Praxis und nun mal orientierend an sowohl Inseraten als auch Leitbildern der Organisationen, kann ein erster Einblick in den Alltag der Altenwohn- und Pflegeheime erahnt werden. Vielfach existieren sehr wohl Elemente der Offenheit insbesondere in der Sprache, so scheint das Gender Sternchen als ideale Lösung geworden zu sein, um vielfältiges Personal zu bewerben. Wenngleich etwaigen Unternehmen eine Cis-Normativität durch die ausschließliche Verwendung von „der/die“ Formen angelastet werden könnte, gibt es jedoch Institutionen im Bereich „Menschen im Alter“, welche deren zukünftiges Personal mit „m/w/d“, „m/w/x“ oder „m/w/a“ anschreiben. Besonders einladend scheinen Ergänzungen bei Inseraten zu sein, wie beispielsweise das folgende Zitat der Diakonie de La Tour zeigt: „Der Mensch zählt, nicht das Geschlecht. Wie setzen auf Vielfalt, lehnen Diskriminierung ab und denken nicht in Kategorien wie etwa Geschlecht, ethnische Herkunft, Religion, Alter oder sexuelle Identität.“[3] Solch eine Einstellung spiegelt sich unter anderem auch in den Leitbildern einiger Träger wieder. So besteht beispielsweise die Vision des Roten Kreuzes unter anderem im Glauben an die unantastbare Würde des Menschen, welche durch das Helfen der Menschen in Notlagen, ungeachtet der Herkunft, Religion, des Geschlechts, der sozialen und/oder politischen Stellung realisiert werden soll[4].

Auch wenn die Intensität in der Hervorhebung jeglicher Individuen, insbesondere auch der Diversität in der Sprache sowohl in

Inseraten aber auch auf Homepages zunimmt, geben Studien Preis, was sich Menschen mit LSBTIQ* Identitäten darüber hinaus wünschen würden. Mehr als acht von zehn Befragte gaben an, sich wohler zu fühlen (88%), insofern das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Bereich LGBT und deren Belangen gesondert ausgebildet werden, oder selbst der LGBTIQ* Community angehören würde (85%). Auch gaben 86% der Befragten an, Institutionen zu bevorzugen, welche LGBTIQ* – freundliche Services anbieten bzw. mit LGBTIQ* - Willkommens Zeichen oder Symbolen arbeiten[5]. Um Zugangsbarrieren und Hemmschwellen sukzessive abbauen zu können, braucht es schließlich sichtbare Signale einer Etablierung von Regenbogenkompetenzen und eine grundlegende Bereitschaft der Betreiber sich auf notwendige Pflegeangebote einlassen zu wollen. Es braucht ein klar sichtbares Statement mit Außenwirkung, sich als Einrichtung dem Prozess, hin zu mehr Professionalisierung in Bezug auf den Umgang mit LGBTIQ* Personen zu verschreiben. Ein Professionalisierungsprozess, der neben allgemeiner Schulungsangebote für das gesamte Pflege- und Betreuungspersonal eine konstante Auseinandersetzung mit den Lebenswelten und besonderen Bedürfnissen dieser vulnerablen Gruppen fordert, ohne hierbei einen intersektionalen Blick zu verlieren.

Tatsächlich kann von einem großen Aufholbedarf auf vielerlei Ebenen, insbesondere auch im Rahmen der Professionalisierung im Umgang mit der Zielgruppe gesprochen werden. Das zeigte unter anderem eine der größten von der European Union Agency for fundamental rights (FRA) durchgeführten Studie, welche sowohl im Jahr 2012 als auch 2019 teils idente Ergebnisse publizierte. Knapp 140.000 befragte LGBTIQ*s innerhalb der Europäischen Union verbergen ihre geschlechtliche Identität insbesondere in der Öffentlichkeit und bevorzugen es lieber, unsichtbar zu bleiben. Darüber hinaus ergaben die Umfragen, dass im Schnitt 37% der Befragten innerhalb der Bereiche des Lebens wie dem Gesundheitswesen sich diskriminiert fühlten. Besonders hoch waren die Ergebnisse von Trans- (55%) und Intersex (59%) Personen. In weitere Folge können gesundheitlichen Folgen auf Grund von physischen oder sexuellen Attacken beobachtet werden, in welcher zahlreiche Menschen mit einer LGBTIQ* Identität über psychische Probleme (insbesondere Angst und Depression) als Folge von Diskriminierung klagten[6]. Auch im US-amerikanischen Raum spiegelt sich die selbige Tendenz wieder. So publizierte „the aging and healt report“ (2011) nach Fredrisken-Goldsen et al., dass circa ein Fünftel aller alten Erwachsenen aus der LGBTIQ* Community ihre sexuelle Orientierung und/oder die Gender Identität vor dem Pflegepersonal lieber verbirgt, mit der Begründung, dass sie Angst vor einer inadäquaten Gesundheitsleistung hätten[7]. Eine Zunahme dieser Dramaturgie könnte insbesondere in den letzten 12 Monaten im Zuge der Pandemie beforscht werden. Mitunter auf Grund der Priorisierung der Hygienevorschriften, vor allem aber die tendenzielle Isolierung von Menschen in deren eigenen Zimmern oder auf den Stockwerken bereits ab dem 08. März 2020, führte noch einmal mehr zu einem Verlust der Wertigkeit der vielfältigen Sexualität des Menschen. „During this initial phase, care home managers and staff were not only overburdened with organising protective gear and revising rosters, but also by the lack of legal, organisational and ethical certainty.“[8]

„Auf diesem Auge blind…“ – Von (Un)-Sichtbarkeiten im Altenpflegesektor

Geschlechtsspezifische, soziodemografische Unterschiede existieren zwischen älteren, homosexuellen Frauen und Männern gleichermaßen, wie zwischen älteren, heterosexuellen Frauen und Männern. Während der „weiblichen“ Sexualität im Vergleich zur „männlichen“ Sexualität erheblich weniger Aufmerksamkeit geschenkt und Bedeutung zugesprochen wurde und wird, laufen beispielsweise ältere, lesbische Frauen eher Gefahr, hinsichtlich ihrer sexuellen Identität „unsichtbar“ zu bleiben, als ältere homosexuelle Männer[9]. So wird grundsätzlich in einigen Untersuchungen von einer „Heterosexualisierung“ lesbischer und schwuler alternden Menschen in Altenpflegeeinrichtungen gesprochen. „In beiden Fällen wird die Ausrichtung an eine „imaginäre Mehrheitsgesellschaft“ beklagt, die andere Lebensweise marginalisiert, bzw. ignoriert.“[10] Auch ergeben sich alleinig auf Grund der Hautfarbe des Gegenübers tendenzielle Ungleichheiten und Diskriminierungen. „Skin colour is the most commonly mentioned ground of discrimination, with the highest rates observed in Luxembourg (53 %), Austria (45 %), Germany and Italy (37 % each).“[11] Chakraborty et al. haben diesbezüglich auch herausgefunden, dass lesbische Frauen oder schwule Männer aus der Gruppe der schwarzen oder weiteren ethnischen Minderheiten, drei ein halb (3 ½) Mal eher unerwünschte sexuale Kontakte, aber auch sexuellen Übergriffen

(C) Svetlana

erfahren, als Personen mit heller Hautfarbe[12]. Allen voran prägen solche traumatisierende Erfahrungen durch frühere Kriminalisierung von Homosexualität, welche unter anderem auch im Rahmen der Behandlung im Gesundheitssektor, besonders von Trans* und Inter* Personen gemacht worden sind. Insgesamt können so die Befürchtungen von Hilflosigkeit und Ohnmacht im Pflegekontext multipliziert werden, was zu einer weiteren Zunahme der Unsichtbarkeit führt.

Ängste und Vorbehalte von LGBTIQ* Senior*innen gegenüber „traditionellen“ Pflegeeinrichtungen sind durch Studien belegt. Dorsen beschrieb beispielsweise das insbesondere das Personal der Gesundheits- und Krankenpflege wenig Wissen über die Gesundheitsbelange oder Gesundheitsprobleme der Menschen mit LGBTIQ* Identitäten besitzt. „Nurses, in particular, report little knowledge of LGBTQ health issues and many hold negative attitudes that can impact their care of LGBTQ persons.“[13] Sofern gleichgeschlechtliche Beziehungen zum Teil tabuisiert gar sanktioniert werden, sind Lebensrealitäten und Bedürfnisse hochbetagter Lesben, Schwulen, Bisexueller, Transgender Personen und intersexueller Menschen nicht in der Lage sich im pflegerischen Alltag zu entwickeln. Gleichzeitig scheint die Altenpflege hinsichtlich der Einschätzung sexueller Vielfalt häufig noch „blind“ zu sein, Aussagen von Pflegenden wie „wir haben „solche“ Pflegebedürftigen nicht“ erhärten diesen Eindruck. Oft herrscht die Einstellung vor, dass LGBTIQ* Personen „erkennbar“ wären bei gleichzeitiger Tendenz von LGBTIQ* Personen sich aus verschiedensten Gründen gerade im Pflegekontext nicht „outen“ zu wollen, bzw. gar nicht sichtbar werden zu wollen, aufgrund der genannten Ängste und Unsicherheiten[14]. Wenngleich so auch Hemmschwellen seitens des Pflegepersonals abgebaut werden können, sich selbst in ihrer sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt gegenüber der Institution, dem Kollegium und Pflegebedürftigen zu erkennen zu geben. Schilderungen von Pflegebedürftigen, die erst den Mut zu etwaigen „Outings“ fassten, als im Team der Pflegenden sexuelle Vielfalt offen transportiert wurde, bestätigen den für das gesamte System bereichernden Prozess sich Regenbogenkompetenzen anzueignen und diese sichtbar zu leben.

Von heteronormativen Konzepten zur intersektionalen Perspektive

Als ein „Gegenspieler“ des intersektionalen Zugangs werden heteronormative Konzepte in all ihrer Definitionsmacht von „Normalität“ und den damit verbundenen Zuschreibungen im Pflege- und Betreuungsprozess erkennbar. Pflegeeinrichtungen mit heteronormativen Konzepten erzeugen Zuschreibungen in Bezug auf Sexualität und Geschlechtlichkeit aus einer heteronormativen Perspektive, neben angenommener Heterosexualität sämtlicher am Pflegeprozess Beteiligter, wird auch eine damit verbundene geschlechtsspezifische Sozialisation mit Eheschließungen und Elternschaft angenommen[15].

Die Konsequenzen einer heteronormativen Pflegekultur im Altenbereich zeigen sich bereits vor dem möglichen Eintritt als zu Pflegender in die Institution, in Form von diversen Hemmschwellen die schon den Erstkontakt zur Pflegeeinrichtung für LGBTIQ* Personen erheblich erschweren können. Befürchtet werden neben allgemeiner Diskriminierung auch mangelnde Kompetenzen der Pflegefachkräfte im Speziellen, jedoch auch des gesamten institutionellen Systems im allgemeinen Umgang mit sexueller Vielfalt. Zur empfindlichen Zuspitzung dieser Begebenheiten führt die Erkenntnis diverser Studien, dass LGBTIQ* Personen im Alter tendenziell über geringere Unterstützung aus familiären Systemen verfügen, sie bleiben häufiger kinderlos, leben im Alter häufiger allein, und zählen somit auch in dieser Hinsicht zu einer besonders vulnerablen Gruppe. Im Besonderen Transgender-Personen die in Folge möglicher geschlechtsangleichender Maßnahmen auch im Alter bestimmten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, wird eine erhöhte Verwundbarkeit zugeschrieben, die auch der Begebenheit geschuldet ist, dass transfeindliche Tendenzen gesellschaftlich noch weiter verbreitet scheinen als homofeindliche Haltungen. Ängste vor Diskriminierung führen zu Vermeidungsverhalten, die Einsicht der Pflegebedürftigkeit wird erschwert und führt wiederum zu einem erhöhten Risiko zu verwahrlosen, eine Dynamik, die in der Pandemie eine weitere Zuspitzung erfuhr.[16]

Um alle für den Pflege- und Betreuungsprozess relevanten Dimensionen des menschlichen Seins erfassen zu können und darauf basierend bedürfnisorientiert Pflegeangebote setzen zu können, bedarf es der Sensibilisierung sämtlicher am Pflegeprozess beteiligter Personen. Eine intersektionale Perspektive ermöglicht demnach nicht nur die Kategorie „LGBTIQ*“ zu betrachten, sondern diese auch in den Kontext mit weiteren sozio-kulturellen Aspekten wie Alter, Behinderung, finanzielle Situation, Migrationserfahrung etc. setzen zu können. Die intersektionale Perspektive einzunehmen, sensibilisiert Pflegende für diskriminierende Situationen und Kontexte, die sich daraus ergeben, dass mehrere Kategorien gleichzeitig relevant sind, sich demnach „überschneiden“ und sich gegenseitig beeinflussen, wie nicht nur am Beispiel des Zusammenspiels von Altersarmut, welche Frauen erheblich mehr betrifft, und Homosexualität rasch erkennbar wird. Letztlich ermöglicht erst ein intersektionaler Zugang der Pflegenden und Altenpflegeinstitutionen vielfältige Diversitätsdimensionen in den Pflege- und Betreuungsprozess miteinzubeziehen, ohne durch den ausschließlichen Fokus auf die Dimension der sexuellen und geschlechtlichen Identität der zu Pflegenden, zur „Identifizierung“ einer besonders vulnerablen Gruppe beizutragen und damit erneuten Schubladisierungen und Zuschreibungen Tür und Tor zu öffnen. [17]

Weitere Möglichkeiten zum Erklimmen des Regenbogens

Während Pflegerichtlinien und die alltägliche Pflegepraxis zumeist noch an den Perspektiven einer Mehrheitsgesellschaft orientiert sind, werden Anbieter von Altenpflege mit der Sensibilisierung auf LGBTIQ* Personen vor Herausforderungen gestellt. Darin jedoch Chancen für alle Pflegebedürftigen zu erkennen, gilt es im wohl gemerkten partizipativen Diskurs vermehrt hervorzuheben. Eine generell stärkere Ausrichtung der Altenpflege auf biographische Aspekte, individuelle Lebensgeschichten und -konzepte kann die Betreuungsqualität für alle am Pflegeprozess beteiligten erhöhen, wovon LGBTIQ* Personen im Alter gleichermaßen profieren können, wie Pflegebedürftige, die sich eher heteronormativen Lebenskonzepten „zuordnen“ würden.[18] Auch gilt es von Pflegediagnosen der NANDA wie beispielsweise „Gestörte Identität“, „Unwirksames Rollenverhalten“, „Sexualstörung“ oder „Unwirksames Sexualverhalten“ Abstand zu nehmen, um schließlich Menschen mit LGBTIQ* Identitäten im Rahmen derer Sexualität und Gesundheitsprozessen positiv und unvoreingenommen begleiten zu können. Erste Zertifizierungskonzepte wie „The Pink Passkey®“ sollen mehr Akzeptanz von LGBTIQ*-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen schaffen und über dies mehr Sichtbarkeit von Regenbogenkompetenzen für potenzielle an Pflegeangeboten Inte-

ressierte bieten. Mit dem Ziel eine LGBTIQ*-Willkommenskultur zu schaffen wird besonderes Augenmerk auf Respekt und Offenheit, Gewährleistung von Privatsphäre, Schulungsangebote für das am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligte Personal im Hinblick auf sexuelle Vielfalt und ein gleichberechtigter Umgang mit Partner*innen gelegt.[19] Auch das kürzlich im Jänner 2021 in Deutschland erschienene und kostenlos zugängliche „Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfe-Einrichtungen für LSBTIQ*“[20], bietet hierfür zahlreiche Anregungen und einen ausführlichen Methodenteil für die Umsetzung von Schulungs- und Sensibilisierungsangeboten in den jeweiligen Einrichtungen.

Abschließend betrachtet ist zu bemerken, dass langsam und wenn auch nur mit kleinen Schritten mehr Dynamik in den Sensibilisierungsprozess hinsichtlich LGBTIQ* Personen im Altenpflegebereich zu erkennen ist, wenngleich der Weg hin zu diskriminierungsfreien Pflegeangeboten noch ein steiniger zu sein scheint. Um schließlich die rauen Pfade hin zum Regenbogen im Rahmen einer menschenwürdigen Betreuung gewährleisten zu können, soll abschließend noch ein Bezug zu Richard Taylor hergestellt werden. Innerhalb dessen Geschichte sein formulierter moralischer Imperativ des Pflegens, sich ursprünglich auf den Umgang mit „Demenzkranken“ konzentrierte, soll das Handeln mit Menschen mit LSBTIQ* Identitäten ebenfalls nicht re-aktiv, sondern pro-aktiv sein. Den rauen Pfad zum Regenbogen zu beschreiten, bedarf Mut, Ausdauer und Offenheit, sich schließlich für die Interessen von Menschen mit LGBTIQ* Identitäten im Altenpflegebereich stark zu emanzipieren. „Das lebendige Gewissen bildet die Grundlage für richtige Entscheidungen und die richtige Form des Handelns. […] Ob es sich dabei um eine göttliche Inspiration handelt, mögen Sie selbst entscheiden, mir kommt es lediglich darauf an, Sie davon zu überzeugen, dass es richtig ist, das Richtige zu tun.[21]“

Quellenangaben

Abderhalden, Christoph/Ricka, Regula (Hg.) (2003): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 3. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. Hans Huber.

AWO Bundesverband e.V., (2021) Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfe-Einrichtungen für LSBTIQ* Online im Internet: https://www.awo.org/sites/default/files/2021-01/

(C) oneinchpunch

Praxishandbuch%20zur%20%C3%96ffnung%20der%20Altenhilfeeinrichtungen%20f%C3%BCr%20LSBTIQ_0.pdf (Zugriff am 15.03.2021)

Caceres, Billy A. (2019): Care of LGBTQ older adults: What geriatric nurses must know. NICHE Section. In: Geriatric Nursins 40 (2019). Elsevier. S.342-343. Online im Internet: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457219302587?via%3Dihub (Zugriff am 11.03.2021)

Castro Varela, Maria do Mar (2016): Altern Andere anders? Queere Reflexionen. In: Lottmann, Ralf/Lautmann, Rüdiger/Castro Varela, Maria do Mar (Hg.) (2016): Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Wiesbaden, Springer. S.51-67.

European Union Agency for Fundamental Rights (2018): EU-MIDIS II. Second European Union Minorities and Discrimination Survey. Being Black in the EU. Online im Internet: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-being-black-in-the-eu_en.pdf (letzter Zugriff am 10.03.2021)

European Union Agency for Fundamental Rights (2020): A long way to go for LGBTI equality. Online im Internet: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf (letzter Zugriff am 25.02.2021)

Hudson-Sharp, Nathan/Metcalf, Hilary (2016): Inequality among lesbian, gay bisexual and transgender groups in the UK: a review of evidence. Online im Internet: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/539682/160719_REPORT_LGBT_evidence_review_NIESR_FINALPDF.pdf (Zugriff am 10.03.21)

Leichsenring, Kai/Schmidt, Andrea/Staflinger, Heidemarie (2021): Fractures in the Austrian Model of Long-Term Care: What are the Lessons from the First Wave of the COVID-19 Pandemic? Online im Internet: https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.54/?fbclid=IwAR3sCQKX0EMOcEnLD7jNRT387CgYMJqMRNeOP_M8fE9zeyenJROLQeXZGRY

Lottomann, Ralf et. al. (2016): Homosexualität_en und Alter(n), Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Oelke, Uta/Scheller, Ingo/Ruwe, Gisela (2000): Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Theorie und Praxis eines neuen pflegedidaktischen Ansatzes. Bern. Verlag Hans Huber

SAGE 2020: LGBTQ Aging. The Case for Inclusive Long-Term Care Communities. Online im Internet: https://www.sageusa.org/wp-content/uploads/2020/02/lgbt-aging-case-for-lei.pdf (Zugriff am 13.03.2021)

Schuster, Christine et.al., Institut für empirische Sozialforschung (2014): Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter bei Homosexuellen und Transgender im Alter. Online im Internet: https://www.ifes.at/sites/default/files/downloads/wohnen_pflege_und_betreuung_im_alter_bei_lgbt_ifes_gesamtbericht.pdf (Zugriff am 04.03.2021)

Taylor, Richard (2011): Der moralische Imperativ des Pflegens. Bern, Verlag Hans Huber.

Walgenbach, Katharina (2012): Intersektionalität – eine Einführung,

Autor

Lukas Ertler M.Ed.
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Referent, tätig in der professionellen Betreuung und Pflege von alten Menschen

Autorin

Mag.ª (FH) Christiane Hintermann
Sexualberaterin, Klinische Sexologin, Sexualpädagogin, akademische Gesundheits- und Pflegemanagerin, Referentin im Sozial- und Gesundheitsbereich, externe Lehrende an der AAU Klagenfurt

Online im Internet: http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/ (Zugriff am 15.03.2021)

Zeuschner, Verena/Lang, Gert (Hg.) (2021): Gesundheitsförderung in Pflege und Betreuungseinrichtungen. Ein Wegweiser für die Praxis. Band Nr. 19 aus der Reihe WISSEN. Fonds Gesundes Österreich. Online im Internet: https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2021-02/WB_19_gf_wegweiser_pflege_bfrei.pdf (Zugriff am 25.02.2021)

Fußnoten

[1] Vgl. Gerlach 2004: S.42

[2] Vgl. Oelke, Scheller, Ruwe 2000: S.97

[3] Siehe dazu etwaige Inserate via: https://www.diakonie-delatour.at/job-karriere (Zugriff am 13.03.21)

[4] Vgl. Caritas Kärnten S.3 - https://www.caritas-kaernten.at/fileadmin/storage/kaernten/Ueber_uns/Leitbild.pdf (Zugriff am 13.03.21)

[5] SAGE 2020: S.5

[6] European Union Agency for Fundamental Rights 2020: S.20 bzw. S.42

[7] Fredrisken-Goldsen, K et al. 2011. In: Caceres 2019: S.342

[8] Leichsenring, Schmidt, Staflinger (2021): o.S.

[9] Vgl. AWO Bundesverband e.V. 2021: S.27

[10] Castro Varela 2016: S.54

[11] European Union Agency for Fundamental Rights 2018: S.38

[12] Chakraborty et al. 2011; In: Hudson-Sharp, Metcalf 2016: S.33

[13] Dorsen C. 2012. In: Caceres 2019: S.342

[14] Vgl. AWO Bundesverband e.V. 2021, S. 26

[15] Vgl. AWO Bundesverband e.V. 2021: S.18

[16] Vgl. Schuster et al. 2014: S.25

[17] Vgl. Walgenbach 2012

[18] Vgl. AWO Bundesverband e.V. 2021, S.26

[19] Litschoten et.al. 2016, S.229

[20] Siehe Quellenangaben

[21] Taylor 2011: S.13

Trans Senior_innen in der Pflege – Ein Leitfaden für Pflegekräfte

Abstract
Der Artikel „Trans Senior_innen in der Pflege – Ein Leitfaden für Pflegekräfte“ beschäftigt sich mit den Problemen, Bedürfnissen, aber auch Ressourcen von alternden trans Personen. Vor allem der Blick auf die Bedürfnisse von trans Senior*innen hilft Pflegekräften bei einem fachgerechten und würdevollen Umgang mit künftigen Klient*innen. Dieser beinhaltet nicht nur die korrekte Ansprache von trans Klient*innen, sondern auch die Berücksichtigung bei der körperlichen Pflege oder der Gestaltung des Aufenthalts in einem Pflegeheim.

Begriffe: Transgender, Trans, Senioren, Seniorenarbeit, Altenarbeit, Alter, Pflege, Pflegekraft, Pflegeheim, Deadname, Misgendern, cis-geschlechtlich, Geschlechtervielfalt, Queer, LGBTQ+

Einleitung
Trans Personen werden immer älter. So ist laut Age UK (2020) die kommende Senior_innegeneration die erste Gruppe alternder trans Personen, die sich aktiv mit Pflegekräften auseinandersetzen wird. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Pflegekräfte womöglich das erste Mal auf trans Patient_innen treffen und nicht wissen, wie sie mit den sozialen oder körperlichen Pflegebedürfnissen einer trans Person umzugehen haben.

Dieser Beitrag soll Pflegekräfte über die Lebenswelt von alternden trans Menschen aufklären und als Leitfaden für den würdevollen Umgang mit trans Klient_innen dienen.

Im Folgenden werden zunächst Bedürfnisse und Probleme alternder trans Personen dargestellt.

(C) Kzenon

Im zweiten Schritt werden Handlungsempfehlungen für Pflegekräfte aufgezeigt.

Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen alternder trans Personen

Erste Hinweise auf die Bedürfnisse und Probleme von alternden trans Menschen gibt die im Jahr 2014 erschienene Publikation von Anna Siverskog (2014). Im Rahmen der Interview-Studie wurden Gespräch mit trans Männern, trans Frauen sowie abinären (non-binary) Personen in Skandinavien geführt. Insgesamt kristallisieren sich darin vier Bedürfnisse heraus: Akzeptanz, zwischenmenschliche Beziehungen, Aufklärung des Umfeldes und vereinfachte Diagnoseverfahren.

Viele trans Menschen – geoutet oder ungeoutet – leben in ständiger Angst, zwangsgeoutet und durch die Offenlegung ihrer Trans-Identität diskriminiert zu werden. Gerade alternde trans Menschen haben oft ein Leben lang in Scham und Angst gelebt und halten sich entsprechend mit der Auslebung ihrer Identität zurück. Die Angst, mit der trans Personen leben, ergibt sich aus erlebten oder angedrohten Gewalterfahrungen, die ihnen vor allem durch die eigenen Familienmitglieder, Ehepartner_innen oder Bekannten zugefügt werden (Siverskog 2014, S. 392).

Das verspätete Coming Out, häufig aufgrund von Angst vor Diskriminierung und Gewalterfahrung, führt immer wieder zur Vereinsamung von alternden trans Personen. Siverskogs Studie wird unter anderem von Nachbarn erzählt, die ihre Nachbarin Lena seit ihrem Coming Out nicht mehr zu Kaffee und Kuchen einladen. Weitere Interviewte erzählen, dass keinerlei nähere zwischenmenschliche Beziehungen in ihrem Leben existieren. Vereinsamung und Isolation spielt auch bei alternden cis Menschen bereits eine große Rolle, da durch den Einstieg ins Rentenalter, den Auszug der eigenen Kinder oder den Tod des_der Ehepartner_in wichtige soziale Beziehungen wegfallen. Diese Isolation wird durch ein Coming Out als trans Person oftmals verstärkt. Häufig wenden sich Familienmitglieder oder Bekannte ab, da sie Transgeschlechtlichkeit und mögliche Änderungen, die die geoutete trans Person durchmachen wird, nicht verstehen. Aufgrund dessen ist die Aufklärung des Umfeldes von hoher Relevanz, denn nicht nur Bekannte müssen zum dem Thema aufgeklärt werden; in einem Großteil der Fälle müssen ebenso medizinisches Fachpersonal sowie Ärzt_innen über Transgeschlechtlichkeit, medizinische Behandlungen und den Unterschied zwischen Geschlechtsidentität und romantisch-sexueller Identität aufgeklärt werden. (Siverskog 2014, S. 395)

Zusätzlich zu Akzeptanz, zwischenmenschlichen Beziehungen sowie Aufklärung des Umfeldes sind vereinfachte Diagnoseverfahren für binäre und abinäre trans Personen notwendig . Dies beinhaltet nicht nur den Zugang zu Hormontherapien oder chirurgischen Eingriffen (im Englischen „gender reassignment surgery“ (GRS) genannt), sondern auch die Möglichkeit einer schnellen Änderung des Personenstandes und Passnamens. Ein vereinfachter Zugang zu Hormontherapien, angleichenden Operationen oder gar „nur“ die Änderung des Personenstandes senkt nicht nur die Geschlechtsdysphorie und die mögliche Gefahr zwangsgeoutet zu werden deutlich, sondern steigert ebenso die Lebensqualität von trans Personen. (Bockting et al. 2016, S.3)

Eines der größten Probleme von alternden trans Personen ist, neben Gewalterfahrungen, Zwangsouting und Isolation, die oftmals berechtigte Sorge der schlechten medizinischen und später pflegerischen Versorgungen, denen trans Menschen ausgesetzt sind. Neben fehlender Mobilität im Alter oder fehlender Versorgung für trans Personen im Wohnort der Senior_innen (Witten 2014, S. 26f; Siverskog 2014, S. 398) ist die heteronormative und cissexistische Wahrnehmung von Geschlecht und deren Auswirkung auf die Transition von abinären, genderqueeren, genderfluiden und agender Personen ein großes Problem, mit dem sich vor allem abinäre trans Personen regelmäßig auseinandersetzen müssen. Die abinären Personen, die Siverskog interviewt hat, berichten davon, dass sie kein offizielles Gutachten bekommen haben, das ihnen Zugang zu Hormonbehandlungen und ähnlichem ermöglicht hätte. Dies bedeutet entweder das Zahlen der Behandlungen aus eigener Tasche – wofür häufig die finanziellen Mittel und der Zugang zu adäquaten Medikamenten fehlen –, ein Rechtsstreit – wofür meist die finanziellen und emotionalen Mittel fehlen –, oder ein Leben mit Geschlechtsdysphorie, was wiederum psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Suizidalität auslösen kann. (Siverskog 2014, S. 396; Bockting et al 2016, S. 3)

Eine wichtige Ressource, die Isolation sowie fehlende finanzielle Mittel oder den Zugang zu adäquaten Medikamenten ausgleicht, ist der Umgang mit anderen trans Menschen. Sei es durch peer-to-peer-Beratung oder durch

(C) Alessandro Biascioli

Online Communities: Eine Vernetzung mit Gleichgesinnten hilft trans Personen im Umgang mit aufkommenden Problemen. Es können Themen besprochen werden, für die Dienstleister_innen teils kein Bewusstsein haben , wie sichere Orte, um Kleidung zu kaufen, oder wie mit respektlosen Kolleg_innen umgegangen werden soll. Gerade Online Communities erzeugen so ein Gefühl des Zusammenhalts und einen sicheren Raum. Gleichzeitig müssen sich die entsprechenden Betroffenen nicht öffentlich outen, wenn ein Coming Out die eigene Sicherheit gefährden könnte. Hilfsnetzwerke dienen dem gegenseitigen Empowerment, dem Teilen von Erfahrungen und dem Teilen von Tipps zur Selbstpflege. (Ducheny et al 2019, S. 169)

Neben einem Netzwerk in der trans Community erwähnen sowohl Witten (2014) als auch Emlet (2011, S.17) geistige Verbindungen als mögliche Ressource. Der „The Aging and Health Report“ zeigt, dass knapp 50% der trans Teilnehmenden mindestens einmal im Monat zum Gottesdienst gehen. Witten (2014, S. 29) argumentiert, dass eine geistige Verbindung („nurturing spiritual self“) als Ressource dienen kann, um „robust zu bleiben“ . Zusätzlich nennt Witten (2014, S.29) Selbstakzeptanz sowie Aufklärung und Aktivismus als Ressourcen, die trans Personen helfen können, ihren Alltag zu meisten.

Handlungsempfehlungen für Pflegepersonal

Basierend auf den vorgestellten Bedürfnissen und Problemen , die bei alternden trans Personen auftreten, sowie den Ressourcen, auf die sie zurückgreifen können, werden im Folgenden Handlungsempfehlungen für Pflegepersonal vorgestellt. Diese Handlungsempfehlungen dienen dazu, den Umgang mit trans Klient_innen respektvoll zu gestalten.

1. Die korrekte Anrede nutzen

Einer der wichtigsten Punkte – wenn nicht sogar der wichtigste Punkt – im Umgang mit trans Klient_innen ist die Nutzung des korrekten Namens, der korrekten Anrede, der korrekten Personalpronomen sowie der Selbstbeschreibung der Klient_innen (Cook-Daniels 2010).

In der trans Community gibt es viele Selbstbeschreibungen, die nicht von jeder trans Person genutzt oder von manchen abgelehnt werden können. Dies wird vor allem bei dem Diskurs um „transgender“ vs. „transsexuell“ sichtbar .

„Transgender“ lässt sich laut dem Duden als „[eine] Person, die sich nicht mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifiziert und

oft geschlechtsangleichende Maßnahmen anstrebt oder durchführen lässt“ definieren. (Duden o.J.)

Hierbei wird nicht unterschieden, ob sich die besagte Person nicht mit ihrem „sozialen Geschlecht“ (d.h. wie die Person gelesen und wahrgenommen wird) identifiziert oder auch angleichende Maßnahmen (z.B. Hormontherapie, angleichende Operationen, Gesichtsfeminisierung bei trans femininen Personen oder Hysterektomie bei trans maskulinen Personen) durchführen lassen möchte.

„Transsexualität“ wird laut ICD-10 „F64 Störung der Geschlechtsidentität“ genannt und ist der „medizinische“ Begriff für Transgeschlechtlichkeit. Laut ICD-10 wird „Transsexualismus“ als „[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.“. (Krollner & Krollner o.J.)

Transsexualität ist damit nicht nur heteronormativ und cissexistisch verortet und schließt somit abinäre Menschen aus, sondern besteht auf den Wunsch, angleichende Maßnahmen durchführen lassen zu wollen. Dies ist jedoch nicht bei jeder trans Person der Fall.

„Transsexuell“ wird häufig von älteren trans Personen genutzt, während der Begriff von jüngeren Mitgliedern der Community als pathologisierend eingestuft und somit abgelehnt wird. Entsprechend wichtig ist es, die Selbstbeschreibungen von Klient_innen zu respektieren und nicht nur im Umgang mit trans Klient_innen, sondern auch im Gespräch mit Fachkolleg_innen zu nutzen. Dasselbe gilt für selbst gewählte Namen der Klient_innen, bei denen Passname und Personenstand womöglich nicht mit dem genannten Namen und Geschlechtseintrag übereinstimmen. Oftmals konnte oder wollte der Personenstand aus persönlichen und/oder finanziellen Gründen bisher nicht angeglichen werden. Nichtsdestotrotz müssen Pflegekräfte trans Klient_innen in ihrer Identität wahr- und ernstnehmen und sollten entsprechendes Misgendern (Klient_in mit falschem Personalpronomen / falscher Anrede ansprechen) oder Deadnamen (Klient_in mit noch nicht geändertem Passnamen anstelle des gewählten Namens ansprechen) nicht nur im persönlichen Gespräch mit den Klient_innen, sondern auch im Umgang mit Kolleg_innen und medizinischem Fachpersonal vermeiden.

2. Zwangsouting vermeiden

Es kann vorkommen, dass trans Personen bereits früh eine soziale und medizinische Transition durchgeführt haben und eine Pflegekraft nicht auf den ersten Blick merkt, dass si_er eine_n transgeschlechtliche_n Klient_in pflegt. Wenn sich di_er Klient_in nicht freiwillig outet, sollten Pflegekräfte nicht auf ein Zwangsouting pochen. Kein_e Klient_in ist einer Fachkraft eine Rechenschaft bzgl. der eigenen Geschlechtsidentität schuldig. (Siverskog 2014, S. 402f)

3. Grenzüberschreitende Fragen vermeiden

Neben einem Zwangsouting sollten grenzüberschreitende Fragen zu angleichenden Operationen, Hormontherapien, Deadnamen („Geburtsname“ / Name vor Änderung des Personenstandes) vermieden werden. Es kann nicht automatisch angenommen werden, dass jede trans Person angleichende Operationen durchführen möchte. Die individuellen Entscheidungen der_es Klient_in sind zu respektieren. Ein Überstülpen von eigenen Meinungen oder dem, was die Fachkraft über das Thema zu wissen glaubt, ist unangebracht. Gerade im Bereich Geschlechtsidentität gilt verstärkt die Arbeitseinstellung: „Di_er Klient_in kennt sich selbst am besten und weiß, was für das eigene Wohl am besten ist“. Sollte di_er trans Patient_in jedoch den Wunsch nach einer medizinischen Transition äußern, sollten Pflegekräfte di_en Patient_in so gut es geht unterstützen, um deren Lebensqualität im Alter zu steigern.

4. Zugang zur trans Community ermöglichen

Zusätzlich zur Unterstützung beim Wunsch nach einer sozialen oder medizinischen Transition ist es wichtig, den Patient_innen den Zugang zur trans Community und trans Medien zu ermöglichen. Als Teil der aktivierende Pflege können beispielsweise Besuchsprojekte mit lokalen LSBTIAQ+ Organisationen durchgeführt werden. (Schwulenberatung Berlin 2020, S. 54)

5. Privatsphäre wahren

Eine weitere Handlungsempfehlung erwähnt Weiß (2020): Die Privatsphäre der Patient_innen sollte gewahrt bleiben. Dies kann bedeuten, dass di_er trans Patient_in mit anderen Patient_innen des Identitätsgeschlechts zusammengelegt wird oder ein Einzel- bzw. Zweibettzimmer mit gesperrtem zweiten Bett organisiert wird. Ebenso könnten die beiden Betten, sollte eine Sperrung des zwei-

ten Bettes nicht möglich sein, mit einem Vorhang abgetrennt werden. Auch diese Handlungsempfehlung bestärkt die Vermeidung eines Zwangsoutings der_s trans Patient_in, da dieses zu Diskriminierung oder Gewalterfahrung führen kann.

6. Abinär-freundliche Maßnahmen treffen

Neben dem Wahren der Privatsphäre sind auch trans-freundliche Fragebögen wichtig. Diese beinhalten z.B. Geschlechtseinträge außerhalb des binären Geschlechtersystems oder die Möglichkeit, einen gewählten Rufnamen und eigene Personalpronomen eintragen zu können.

Um einen sicheren Raum für abinäre trans Personen zu schaffen, kann die Einführung einer Unisex-Toilette sinnvoll sein. Abinäre Menschen werden dadurch nicht mehr zur Einordnung in „Mann“ oder „Frau“ gedrängt und müssen sich gegebenenfalls nicht erklären, warum sie „die falsche Toilette“ aufsuchen, wenn Aussehen und Geschlechtsidentität von außen eingeschätzt „nicht übereinstimmen“. (Siverskog 2014, S. 402f)

7. Abstimmung vor Berührungen (Konsens)

Relevant für den Bereich körperliche Pflege ist außerdem das Wissen um Konsens. Viele trans Personen sind in ihrem Leben Opfer von physischer oder gar sexualisierter Gewalt geworden (Harley at al 2016, S. 296). Entsprechend sollten Berührungen durch das Pflegepersonal vorher mit den Patient_innen abgestimmt und täglich abgefragt werden, um das Triggern von Flashbacks zu vermeiden.

8. Fortbildung von Pflegepersonal

Die Sensibilisierung von Pflegepersonal zum Thema Geschlechtervielfalt und Transgeschlechtlichkeit ist gerade für die Pflege von trans Personen besonders wichtig. Durch die Fortbildung – entweder aufgrund individueller Initiative oder durch eine breit angelegte Fortbildung durch Arbeitgeber*innen – zum Thema werden nicht nur grenzüberschreitende Fragen verhindert, sondern trans Klient_innen die Last einer möglichen Aufklärungsarbeit abgenommen. (Siverskog 2014, S. 402f)

Sensibilisierung ist weiterhin bedeutend für das Erkennen von Mikroaggressionen sowie Diskriminierung gegenüber trans Patient_innen. Diskriminierende

PRIDE
Das lesbisch/schwule Österreichmagazin

In dieser Ausgabe:
Queere Menschen in Pflege- und Sozialberufen

Abo: 6 Ausgaben pro Jahr: 18 €
Online bestellen:
pride.at

hosi linz
Ein Projekt der HOSI Linz

Erfahrungen durch andere Patient_innen oder gar Pflegekräfte sollten schnellstens thematisiert und aufgearbeitet werden, sodass der Pflegedienst ein sicherer Ort für die trans Person bleiben kann.

Neben der generellen Fortbildung und Sensibilisierung ist eine Repräsentation von trans Pfleger_innen im eigenen Arbeitsumfeld wichtig. Dies kann das Vertrauen zwischen Patient_innen und Pflegekraft steigern, das Enttabuisieren des Themas Transgeschlechtlichkeit sowie die Akzeptanz unter Kolleg_innen und Patient_innen vorantreiben (Schwulenberatung Berlin 2020, S.22)

Zusammenfassung & Ausblick

Aus den vorausgegangenen Ausführungen ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen für Pflegekräfte, die mit trans Patient_innen zusammenarbeiten:

1. Nutzen Sie den gewählten Namen, die gewählten Personalpronomen sowie die Selbstbeschreibung(en) der trans Patient_innen in persönlichen Gesprächen sowie in Fachgesprächen mit Kolleg_innen.
2. Vermeiden Sie Deadnaming und Misgendern, sollte der Personalstand noch nicht angeglichen worden sein.
3. Vermeiden Sie Zwangsoutings von trans Patient_innen.
4. Vermeiden Sie grenzüberschreitende Fragen zu angleichenden Operationen, Hormontherapien, Deadnamen, etc.
5. Unterstützen Sie trans Patient_innen bei der sozialen und/oder medizinischen Transition, falls dies gewünscht ist.
6. Knüpfen Sie Kontakte zu lokalen trans Organisationen und organisieren Sie bspw. Besuchsprojekte von queeren Personen für queere Personen als Teil der aktivierenden Pflege.
7. Wahren Sie die Privatsphäre der trans Patient_innen.
8. Führen Sie trans-freundliche Maßnahmen ein, um Diskriminierung zu vermeiden. Beispiele hierfür sind trans-freundliche Fragebögen und Unisex-Toiletten.
9. Berücksichtigen Sie mögliche Trigger während der körperlichen Pflege und versuchen Sie, unangenehme Berührungen zu vermeiden.
10. Bilden Sie sich zum Thema Geschlechtervielfalt und Transgeschlechtlichkeit fort.
11. Sprechen Sie Diskriminierung offen an und sorgen Sie für einen sicheren Raum für trans Patient_innen.
12. Fördern Sie Repräsentation in der Pflege, um Vertrauen zwischen Pflegepersonal und trans Klient_innen zu steigern.

Es ist für Fachpersonal jeglicher Art, das regelmäßig mit Menschen arbeitet, sie lehrt, pflegt oder unterstützt, von großer Bedeutung, die eigene Einstellung zu Vielfalt zu hinterfragen und die eigene Arbeitsweise zu reflektieren. Ein falsches Wort oder ein falscher Begriff sollte nicht entmutigen, nicht mehr weiterlernen zu wollen. Ebenso sollte man sich nicht vor Veränderung verschließen. Es gibt in Deutschland einige Organisationen, die wichtige Bildungsarbeit zu Transgeschlechtlichkeit und Geschlechtervielfalt leisten, unter anderem der Bundesverband Trans* e.V. (Berlin) und dessen Mitgliedsvereine sowie TransInterQueer e.V. (ebenfalls Berlin). Hier können sich interessierte Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen zur Geschlechtervielfalt und Transgeschlechtlichkeit sensibilisieren lassen.

Literaturverzeichnis

Age UK (2020). Transgender issues and later life. Zugriff am 13.01.2021. Verfügbar unter https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs16_transgender_issues_and_later_life_fcs.pdf.

Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Ettner, R., Guillamon, A., Meyer, I. et al. (2016). Adult Development and Quality of Life of Transgender and Gender Nonconforming People (Nr. 2). Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity (S. 188–197). Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26835800

Cook-Daniels, L. (2010). Transgender Elders: What Providers Need to Know & and Don‘t Need to Know. Diversity & Aging in the 21st Century: The Power of Inclusion. Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter http://forge-forward.org/wp-content/docs/AARP_trans-elders-providers-need-to-know.pdf

Ducheny, K., Hardacker, C. & Houlberg, M. (2019). Transgender and

Autor_in

Lea Schubert

Sozialarbeiter_in mit den Schwerpunkten LGBTIAQ* und geschlechtergerechte Sozialarbeit sowie Digitalisierung in der Sozialarbeit.

Aktuell tätig als Projektkoordination des Digitalisierungsprojektes „PILOT.digi“, das freie und gemeinnützige Träger der Sozialwirtschaft in Sachsen-Anhalt bei der Entwicklung von Digitalisierungsstrategien unterstützt.

Gender Nonconforming Health and Aging: Springer. Zugriff am 17.03.2019. Verfügbar unter https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-95031-0
Duden. (o.J.) Transgender. Zugriff am 08.02.2021. Verfügbar unter https://www.duden.de/rechtschreibung/Transgender

Emlet, C. A., Erosheva, E. A., Fredriksen-Goldsen, K. I., Goldsen, J., Hoy-Ellis, C. P., Kim, H.-J. et al. (2011). The Aging and Health Report. Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter http://www.age-pride.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/05/Full-Report-FINAL-11-16-11.pdf

Harley, D. A. & Teaster, P. B. (2016). Handbook of LGBT Elders: Springer. Zugriff am 17.03.2019. Verfügbar unter https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-03623-6#about
Krollner, B. & Krollner, D. M. (o.J.). F64.-Störungen der Geschlechtsidentität. Zugriff am 08.02.2021. Verfügbar unter https://www.icd-code.de/icd/code/F64.-.html

Schwulenberatung Berlin (2020). Weil ich so bin, wie ich bin … Vielfalt in der Pflege. Zugriff am 17.01.2021. Verfügbar unter https://uploads-ssl.webflow.com/5e611da6df9df8352ce-dce45/5f17f2bc334be41e2bb4676a_SchwuBe_Leitfaden_DIGITAL_KLEIN%20(1).pdf

Siverskog, A. (2014). „They just don't have a clue": transgender aging and implications for social work. (2-4). Journal of gerontological Social Work (S. 386–406). Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24571407

Weiß, Ilka Christin (2020). Trans* in der Pflege. In Hackbart, M. (Hrsg.), Gesunde Vielfalt pflegen. Zugriff am 13.01.2021. Verfügbar unter https://www.waldschloesschen.org/files/Publikationen/Waldschloesschen-Verlag/gesundevielfaltpflegen.pdf.

Witten, T. (2014). It's Not All Darkness: Robustness, Resilience, and Successful Transgender Aging (Nr. 1). LGBT Health (S. 24–33). Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26789507

POSTGRADUATE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN
Intensivpflege

Start: Oktober 2021
Jetzt anmelden!

Universitätslehrgang Intensivpflege

Praxisorientiertes, evidenzbasiertes Wissen für den Intensivbereich

Zielgruppe sind Personen aus der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Intensivbereich tätig sind oder eine Tätigkeit in diesem Bereich anstreben.

- Abschluss als Akademische/r Expertin/Experte für Intensivpflege in 2 Semestern
- Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis
- Wissensvermittlung mit hochschuldidaktischen Methoden

In Kooperation mit
BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEAKADEMIE WIEN

Informationen und Anmeldung unter www.meduniwien.ac.at/ulg-intensivpflege

Pflege von an Demenz erkrankten Menschen aus der Lesbian-, Gay-, Bisexual-, Transgender- und Intersex Community im Akutbereich mit Schwerpunkt: Hautpflege und Kommunikation

In Österreich sind 48% der Menschen mit LGBTI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex) Hintergrund von Diskriminierung betroffen (Masha 2018, S. 153-175). Ein Problem stellt die Gefahr der unprofessionellen Kommunikation aufgrund der sexuellen Orientierung dar. Zum Beispiel die Angst davor ausgelacht zu werden, weil man als Mann Frauenkleider trägt (Raviola, 2017). Eine situativ angepasste Kommunikation im Rahmen der Maßnahmen bei der Hautpflege, eröffnet die Möglichkeit eine professionelle Beziehung aufzubauen. Insbesondere dann, wenn die Patientinnen oder Patienten an Demenz erkrankt sind, wirkt sich eine ausgeprägte Pflegebeziehung äußerst positiv aus (Matolycz 2016, S. 64 ff).

Allgemeine Zielsetzung in der Körperpflege
Das erklärte Ziel ist, dass sich Patientinnen und Patienten im Rahmen der Körperpflege wohlfühlen, dabei entspannt sind und die Pflegehandlung nicht als ein „über sich ergehen Lassen“ empfinden sollen. Im Gegensatz dazu sollen Pflegepersonen ein Gefühl für Handlungen oder Äußerungen von an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten bekommen. Daher ist der Aufbau einer Pflegebeziehung ein wichtiger Bestandteil. Dazu bedarf es kommunikativer Fähigkeiten. Es muss allen Pflegepersonen bewusst sein, dass im Rahmen ihrer Tätigkeiten laufend körperliche Grenzen überschritten werden.

Überblick über die Sexualitäten

Heterosexuality (Heterosexualität)
Hierbei handelt es sich um die romantische und sexuelle Zuneigung von Frau zu Mann und umgekehrt. Daraus leitet sich der Begriff „Heteronormativität“ ab. In der Gesellschaft wird Heterosexualität als die einzig „richtige“ Norm gesehen. Dadurch erfahren Menschen mit anderen sexuellen Orientierungen oder Geschlechterrollen Stigmatisierung (Raviola 2017, S. 78 ff).

Gay (schwul) und Lesbian (lesbisch)
Beide Begriffe beschreiben die Zuneigung gleichgeschlechtlicher Menschen zueinander. Gay (schwul) steht für romantische und sexuelle Zuneigung von Mann zu Mann und Lesbian (lesbisch) für romantische und sexuelle Zuneigung von Frau zu Frau (Raviola 2017, S. 78 ff).

Bisexual (bisexuell, bi) und Pansesexuell (pan)
Empfinden Personen sich zu Frauen und Männern hingezogen, handelt es sich um die bisexuelle Orientierung. Der Begriff Pansexuallität wird heutzutage sehr häufig verwendet. Pan beschreibt das romantische und sexuelle Begehren einer Person unabhängig des Geschlechtes. (Raviola 2017, S. 78 ff).

Transgender, Transidentität, Transsexuell
Der rechtlich korrekte Begriff „Transsexualität“ für Transgeschlechtlichkeit wird sehr oft als sexuelle Orientierung verstanden, hat damit aber nichts zu tun. Es geht um die Identität der Betroffenen. Aus diesem Grund wird heute der Begriff „Transident“ sehr häufig verwendet. Damit wird deutlich gemacht, dass die Identifikation mit dem anderen Geschlecht im Vordergrund steht und nicht die Sexualität. (Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität und Portal Gendertreff).

Intersexual (intergeschlechtlich, intersexuell)
Dieser Begriff trifft auf Menschen zu, deren biologisches Geschlecht nicht der Norm von Frau oder Mann entspricht. Die vorhandenen Geschlechtsmerkmale können aus medizinischer Sicht keinem Geschlecht eindeutig zugeordnet werden. Intersexualität kann sich bei der Geburt zeigen, am häufigsten jedoch während der Pubertät und danach (Raviola 2017, S. 78 ff).

Aufbau einer Pflegebeziehung
Der Aufbau einer professionellen Beziehung zwischen Patientinnen / Patienten und Pflegepersonen erfordert eine situativ angepasste Kommunikation. Dazu ist es notwendig, eine Analyse der Charakteristik des Gegenübers und der Anpassung des eigenen Auftretens durchzuführen. Angepasst werden die Stimme, die Körpersprache und die Rhetorik. Bei der ausgeprägten Pflegebeziehung werden fachliches Wissen und berufliche Erfahrungen mit dem individuellen Erleben der Erkrankung der Betroffenen verbunden. Aus der Literatur geht hervor, dass die Pflegebeziehung zwischen Pflegepersonen und Patientinnen und Patienten an Wichtigkeit gewinnt, je länger Betroffene Pflege benötigen. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um eine primäre, sekundäre, irreversible oder reversible Demenzerkrankung handelt (Kitwood 2019).

Die Kommunikation für Pflegepersonen, An- und Zugehörige mit betroffenen Patientinnen und Patienten im Rahmen der Akutversorgung, ist gleich wie in stabilen Situationen.

In der Kommunikation gilt, einfache und kurze Sätze zu bilden. Die Sprachgeschwindigkeit soll so gewählt werden, dass Patientinnen und Patienten Informationen verarbeiten können. Dies kann man anhand der Reaktion messen, indem auf Gefühlsänderungen in der Sprache oder von Mimik und Gestik des Gegenübers geachtet wird. Der Informationsgehalt soll übersichtlich sein und zu viel Inhalt ist zu vermeiden. Die Fülle an Informationen ist der Aufnahmefähigkeit

anzupassen, um sicher zu gehen, dass der Inhalt eingeordnet werden kann und die Betroffenen weiter zuhören können. Mimik und Gestik spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Beides muss angepasst eingesetzt werden (Holthoff-Detto 2018). Empfohlen wird gendersensibel zu sprechen So kann das Gender-Sternchen durch eine Pause ersetzt werden. Beispiel: „Bewohner (Pause) innen“. Die Geschlechtliche Vielfalt soll in der Gesprächsführung beachtet werden. Zudem soll signalisiert werden, dass für Diskriminierung kein Platz ist und für ein sicheres Outing gesorgt wird. Um Menschen aus der LGBTI Community Sicherheit zu geben wird empfohlen, offene Fragen zu stellen. Fragen, die Heterosexualität implizieren sollen vermieden werden. Beispiel: Frauen nicht automatisch nach dem Ehemann oder Männer nach Ehefrau fragen. Stattdessen soll nach wichtigen Beziehungen gefragt werden.

Kommunikation bei Demenz

Essentiell in der Kommunikation mit an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten sind Wertschätzung und Akzeptanz. Engel empfiehlt beides in die innere Haltung einfließen zu lassen. Dies ermöglicht es Pflegepersonen und An- und Zugehörigen Einfühlungsvermögen zu entwickeln, um die Kommunikationsbeziehung entsprechend aufzubauen bzw. diese aufrechterhalten zu können (Engel 2012, S. 90 ff).

Sexualität und Demenz

Im Rahmen einer Demenzerkrankung werden viele Themen in die Pflege eingebunden. Dazu gehören unter anderem, die Umgebung und die Sprache anzupassen, alle Sinne anzusprechen und betroffene Patientinnen und Patienten zu beschäftigen. Erotik und Sexualität gelten in diesem Zusammenhang immer noch als Tabuthema. Nach Reitinger (2013) erhalten Patientinnen und Patienten mit Demenz ein Verbot, ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen (Reitinger 2013, S. 30, zit. Nach: Raviola 2017, S. 48 ff).

„Sexualität ist Teil der Geschlechteridentität, die auch im hohen Alter und auch im Leben mit Demenz erhalten bleibt. Erfahrungen aus der eigenen Lebensgeschichte, verbunden mit aktuellen Sehnsüchten und Wünschen, führen sowohl zu verbalen, als auch zu nonverbalen sexuellen Begehren. Die Offenheit, mit der diese Bedürfnisse immer wieder gezeigt und ihre Befriedigung eingefordert werden, irritieren nicht nur jene, die professionell mit Frauen und Männern mit Demenz zu tun haben. Auch für Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in einem Pflegeheim oder Krankenhaus kann dies zur Belastung werden“ (Reitinger 2013, S. 30, zit. Nach: Raviola 2017, S. 48ff).

Daher wird empfohlen, dass Pflegepersonen diesbezüglich Unterstützung bekommen und lernen, mit den Bedürfnissen, als auch Verhaltensweisen von an Demenz erkrankten Menschen umzugehen. So wie jeder gesunde Mensch haben auch Patientinnen und Patienten mit Demenz ein Recht darauf sich sexuell voll zu entfalten.

Zusammenfassend ergibt sich, dass Sexualität ein Grundbedürfnis ist und zum Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten beiträgt. Es geht um Akzeptanz, Vielfalt und Identität. Das Zulassen von Coming Outs, Ich sein lassen und Schutz vor Diskriminierung. Es zeigt sich, dass die Sexualität bei der Hautpflege für Pflegepersonen ein zu berücksichtigender Faktor ist, um das Wohlbefinden im Rahmen der Hautpflege zu fördern.

Die Herausforderung ist die Akzeptanz und das Wissen über die verschiedenen Sexualitäten, sowie der Umgang mit Handlungen oder Äußerungen der betroffenen Personen gegenüber Pflegepersonen. Die eigene Integrität, dazu gehören

individuelle Vorstellungen, Werte, Herkunft und Kultur, sowie die persönlichen Grenzen zu wahren, sind wichtige Indikatoren. Gerade in der heutigen Zeit wird der Mensch mit vielen neuen Begriffen konfrontiert. Sehr oft werden dafür Ausdrücke in englischer Sprache verwendet. Aus diesem Grund wurden in diesem Artikel die Begriffe Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Transidentität, transsexuell und Intersexual erklärt. Mit diesen Erklärungen soll ein Bild entstehen, welches zum besseren Verständnis für bestimmte Handlungen und Äußerungen führen soll. Dies erleichtert die Arbeit als

Pflegeperson ungemein und Patientinnen und Patienten können schneller Vertrauen aufbauen. Dadurch ist die Basis zum Aufbau einer Pflegebeziehung gelegt.

Quellenverzeichnis

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität www.dgti.de und Portal Gendertreff, www.gendertreff.de

Engel Sabine (2012): Alzheimer und Demenzen. Die Beziehung erhalten mit dem neuen Konzept der einfühlsamen Kommunikation. 2. Auflage. Stuttgart: TRIAS Verlag

Holthoff-Detto Vjera (2018): Menschen mit Demenz und ihre Angehörige. 1. Auflage. Stuttgart: J.G. Cotta´sche Buchhandlung

Kitwood Tom (2019): Demenz, der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 8. Auflage. Bern: Huber Verlag.

Matolycz Esther (2016): Pflege von alten Menschen. 2. Auflage. Berlin - Heidelberg - New York: Springer-Verlag

Raviola Sonia (2017): König_in küsst König_in. Münster: LIT Verlag Münster

Reitinger Elisabeth, Heimerl K., Lehner E., Lindner D., Wappelshammer E. (2013): Geschlechtersensibel werden. Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz. In: Raviola Sonia (2017): König_in küsst König_in. Münster: LIT Verlag Münster

Dieter Schmiedt, Dr. Marco Pulver, Eva Obermauer, Frank Kutsche (2020): Schwulenberatung Berlin GmbH. Ausgabe Juni 2020. Berlin-Charlottenburg

Autor

Thomas Schrenk Jahn
Pflegefachassistent an der Universitätsklinik für Notfallmedizin im AKH Wien

Bedürfnisse von LGBTI*- Senior*innen in der Pflege und Altenbetreuung

“In an expanding universe, time is on the side of the outcast. Those who once inhabited the suburbs of human contempt find that without changing their address they eventually live in the metropolis”
- Quentin Crisp

Die Altenbetreuung von sexuellen Minderheiten ist ein relativ neues Gebiet in der Pflegeforschung. Durchsicht über die aktuelle Forschungsliteratur hat einen Mangel an Betreuungsmöglichkeiten für LGBTI* Senior*innen ergeben. Weiters wurde nur begrenztes Wissen von Pflegepersonen über Aspekte in der Betreuung, welche speziell LGBTI* Personen betreffen, festgestellt. Der Artikel gibt Einblick in die speziellen historischen Zusammenhänge, welche Biographien von älterwerdenden LGBTI* Menschen prägen und die dadurch prägenden Einfluss auf die Pflegearbeit haben.

Diversität im Alter

Wir leben in einer Zeit der zunehmenden Liberalisierung der sozialen und kulturellen Normen und wenden uns immer mehr von einer Kultur der Obligation zu einer Kultur der Optionen (Vgl. Beck-Gernsheim, 1995). Mir erscheint es daher wichtig, aufzuzeigen welche Bedeutung eine bedürfnisgerechte Altenpflege für die verschiedensten sexuellen Identitäten und Gender Identitäten mit sich bringt.

In diesem Sinne finde Ich es auch bedeutsam, Öffentlichkeit herzustellen für die Bedürfnisse von alternden LGBTI*- Personen, weil nur was öffentlich ist, wird zukünftig auch zu einer zunehmenden Reflexion von heteronormativen Pflegestrukturen führen. Gerade alte Menschen können sich oft nicht mehr artikulieren, oder ihre Bedürfnisse entsprechend verteidigen, daher ist eine Sensibilisierung von Pflegepersonen wichtig. Gerade im Sinne einer biographischen Erforschung der Menschen und eines darauf basierenden bedürfnisorientierten Pflegemodells erachte ich es als bedeutsam, verschiedene Lebensmodelle bewusst zu reflektieren und gezielt in den öffentlichen Diskurs einzubauen.

Mangel an Versorgungsmöglichkeiten für alternde LGBTI*-Menschen

Untersuchungen zu LGBTI* Personen im Alter haben ergeben, dass es einen Mangel an Betreuungsmöglichkeiten gibt. Dieser Mangel führt beispielsweise dazu, dass auch ehemals geoutete und offen lebende Klient*innen sich wieder in einen heteronormativen Rahmen zurückziehen, und sich wieder vor der Aussenwelt verschliessen. Das geschieht zum einen Teil aus Furcht vor juristischen Konsequenzen, und zum anderen Teil aufgrund offener Stigmatisierung durch Vorurteile von wenig auf Diversität geschulten Pflegepersonen.

In der Folge wird näher auf die Besonderheiten der Bedürfnisse von alternden LGBTI*- Menschen eingegangen und zwei Dimensionen beleuchtet: Zum einen die Geschichte der LGBTI*-Bewegung an sich, und zum anderen die Bedeutung des Alterns innerhalb dieser Bewegung. Das Verständnis dieser Erfahrungsräume ist für die Pflegearbeit und die Betreuung wichtig.

Geschichte der LGBTI* Bewegung

Bis in die 1960er Jahre waren Homosexuelle, Bisexuelle und Trans*gender Menschen in unserer westlichen Gesellschaft strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt. Als Teil der LGBTI* Gemeinschaft offen zu leben war gleichbedeutend mit einem Verweis in die Psychiatrie oder in ein Gefängnis eingesperrt zu werden, und im Nationalsozialismus auch gezielte Tötung . Öffentlichkeit bedeutete sozialen Diskriminierungen und Stigma ausgesetzt zu sein. Das bedeutete im Detail, dass viele von der Familie verstossen, von religiösen Organisationen ausgeschlossen, von der Medizin pathologisiert, und von der Gesellschaft attackiert wurden (Vgl. Jablonski, 2013,p.47). Für viele Homosexuelle oder Trans*gender Menschen war der einzige Ausweg der Selbstmord. Bedeutsam zeigt sich hier der Einfluss der Psychiatrie und Psychologie, welche Homosexualität und Trans*gender als psychische Krankheit verorteten, und so Patienten mit dementsprechenden Diagnosen zu Opfern von Zwangsbehandlungen machten (Vgl. Rott, 2014, p. 38ff).

Rund um das Jahr 1968 kam es zu verschiedenen Sozialrechtsbewegungen unter anderem gegen Rassismus und für die Gleichstellung von Frauen.

Markant waren in dieser Hinsicht die Stonewall Riots in New York City, wo Trans*gender Personen, lesbische Frauen und schwule Männer sich zusammen gegen eine Polizeirazzia in der gleichnamigem Stonewall Bar wehrten (Serafin, 2013, p.81). Diesmal jedoch widersetzte sich eine grosse Anzahl von LGBTI* Menschen, was zu einer Welle der grossen Solidarisierung und Unterstützung führte. Dieses Ereignis wurde hiermit zum Symbol für die LGBTI* Bewegung (Vgl. Leyva, 2014, p.336). In der Folge fand eine Welle von Liberalisierungen statt, und 1974 wurde Homosexualität aus dem DSM und ICD als Krankheit entfernt.

Die Erfahrungswelt der LGBTI* Senior*innen wird seit diesem Ereignis in der Literatur in die Prä- und Post - Stonewall Generation (Schuster, 2014, p.12 &

Messinger, 2014,p.3) zweigeteilt. Jene alten Menschen, welche vor den Stonewall Riots zugehörig zu LGBTI* waren, haben Angst ihre Orientierungen transparent zu machen. Die Post-Stonewall Generation erlebte jedoch bereits Tendenzen zur einer Liberalisierung, welche bis heute noch nicht abgeschlossen ist. (Vgl. Jablonski, 2013,p.47).

Trans*gender Personen sind nach wie vor medizinischen und psychologisch/psychiatrischen Krankheitsdiskursen ausgesetzt: Trans*gender wird im Diskurs um die „Geschlechtsidentitätsstörung" als psychische Störung pathologisiert (Vgl. Rott, 2014, p.21). Bisexuellen Menschen haftet das Stigma von Nicht-Monogamen Verhaltensweisen an (Vgl. Pallotta-Chiarolli, 2016, p.213). Die Ehe für Homosexuelle jedoch wurde beispielsweise in vielen Staaten der Welt in den letzten Jahrzehnten legalisiert (Vgl. Leyva, 2014, p.336). In Österreich jedoch sind Homosexuelle Menschen noch nicht rechtlich gleichgestellt, aber seit 2009 sind zumindest eingetragene Partnerschaften erlaubt (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 13).

Zusammenfassend kann man hier zwei Dinge erkennen: LGBTI* Menschen sind zum einen während ihrer Lebenszeit bis heute ständigen Diskriminierungen ausgesetzt, obwohl es bereits Optionen für Lebenswelten für LGBTI* Personen gibt. Eine komplette rechtliche und sozial-gesellschaftliche Gleichstellung steht aber bis dato noch aus. Das hat zur Folge, dass sich diese Diskriminierungserfahrungen andererseits wieder in der Pflegebeziehung auswirken, weil dadurch ein anderes Verhalten und weniger Offenheit gegenüber Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen gezeigt wird.

Die Farbe Grau im LGBTI* Regenbogen

Alternde LGBTI* Menschen sind gleich mehreren Formen von Diskriminierungen ausgesetzt: Erstens sind Bedürfnisse von alten Menschen generell in unserer westlichen Zivilisation nicht ausreichend repräsentiert, und im täglichen Diskurs ausgeblendet. Zweitens sind LGBTI* Menschen als Minoritäten bereits stigmatisiert und Diskriminierungen ausgesetzt (Vgl. Muscarina, 2016, p. 8 ff). Das kann bei LGBTI* Personen zu Vereinsamung führen (Vgl. Rogers, 2013, p. 580 ff).

Allgemeines Bedürfnisspektrum von LGBTI* Senior*innen

Wie wichtig das Gefühl von Normalität und Soziale Inklusion ist, zeigen Untersuchungen, welche belegen, dass ein lebenslanges Stigma sich negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit von LGBTI* Menschen auswirkt. Soziale Exklusion bedeutet unter anderem, dass LGBTI* Menschen nicht dieselbe ökonomische, gesetzliche, arbeitsrechtliche und gesundheitliche Protektion erhalten, wie ihre heteronormativen Mitmenschen (Fish, 2010, p.305). Eine der Folgen davon sind psychische Probleme wie Depressionen und eine höhere Suizidrate unter LGBTI* Menschen. Soziale Inklusion zeigt sich daher als eines der wichtigsten Notwendigkeiten für LGBTI* Senior*innen in der Altenpflege.

Ein weiteres Thema ist die Tatsache, dass viele älterwerdende LGBTI* Personen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen ihre Orientierung nicht mit allen Menschen teilen, und daher auch vor Versorgungseinrichtungen verstecken. Viele haben auch Angst vor einer Rückkehr zu einer institutionellen Kontrolle (Vgl. Crameri, 2015, p.21).

Um Betreuung im Alter attraktiv für ältere LGBTI* Personen zu machen, ist es wichtig, dass diese offen über ihre Sexualität und ihre Beziehungen reden können (Hughes, 2011, p. 663 & Messinger, 2013, p.2). Betreuung von Leuten, welche über ihr Leben Bescheid wissen, ist bedeutsam für die Lebensqualität von LGBTI* Senior*innen (Rogers, 2013, p.582)

Eine Demenz kann an sich auch Hemmungen reduzieren, und die wahre Orientierung kann in Folge nicht mehr so gut versteckt werden, wie das eventuell vorher aus Angst der Fall war (Vgl. Tenenbaum, 2012, p.122).

Soziale Beziehungen mit Peer Groups zeigen sich als besonders bedeutsam, mehr noch als für heteronormative alte Menschen: Während heterosexuelle alte Menschen sich stärker an der Herkunftsfamilie orientieren, wenden sich LGBTI* Personen im Alter vermehrt an Freunde aus LGBTI* Gemeinschaften und bilden sogenannte Wahlfamilien. Prekär ist in dieser Hinsicht die zum Teil noch fehlende soziale Absicherung der Beziehungspartner und Freunde dieser Senioren. Während Herkunftsfamilien finanziell und sozial abgesichert sind, sind Partner von LGBTI* Senior*innen und Wahlfamilien oft nicht berücksichtigt in finanziellen Erwägungen oder Pensionsberechtigungen (Vgl. Hughes, 2011, p.663 & Ceatha, 2016, p.201 & Edlmayr, 2014, p. 5ff.).

Das Bilden von Safe Spaces (dt.: schützende Räume) in Form von

sozialen Beziehungen und Interessensgemeinschaften bekommt hier eine starke Wichtigkeit. Intime Beziehungen und Netzwerke von Gleichgesinnten waren oftmals die einzigen Bereiche, wo Wertschätzung erfahren wurde und die eigene Persönlichkeit ausgelebt werden konnte. Wahlfamilien waren erste Hilfe bei seelischen Verletzungen durch Zurückweisung durch Herkunftsfamilien. Dadurch wird psychologische Resilienz gefördert und das Ausleben der eigenen Identität ohne Diskriminierung ermöglicht. Der Verlust von Schutzräumen im Alter bedeutet oftmals den Verlust der eigenen Identität. Wichtig für Pflegefachkräfte ist hier das Einbeziehen der Wahlfamilie in den Pflegeprozess (Vgl. Crameri, 2015, p.22ff & Ceatha, 2016, p.202ff).

In diesen Zusammenhang scheint es wichtig zu erwähnen, dass wiederholt notwendiges Outing gegenüber Gesundheitspersonal und Pflegepersonen für LGBTI* Personen belastend sein kann, und zum Wiedererleben von Traumatisierungen durch Diskriminierung führen kann:

Each time I retell my story I'm revisiting traumatic experiences in my life. I am increasingly less inclined to tell my story. I have activist fatigue. It wears me down. I have spent my life explaining myself (Latham, 2015, p.20).

LGBTI* Senioren erwarten sich, dass Pflegepersonen über ihre Identität Bescheid wissen, und sie sich nicht ständig aufs Neue erklären müssen (Schuster, 2014, p.33). Unterstützung durch ein Netzwerk von verständnisvollen Menschen und Pflegepersonen kann helfen, psychischen Erkrankungen durch Traumatisierung vorzubeugen (Vgl. Rogers, 2013, p.581)

Spezifisches Bedürfnisspektrum von LGBTI* Senior*innen

LGBTI* Senior*innen zeigen vielfältige Unterschiede in ihren Bedürfnissen, wenn man die einzelnen Untergruppen für sich alleine betrachtet. In der Literatur ist jedoch allgemein eine Tendenz vorhanden, die Bedürfnisse von LGBTI* Menschen in einen Topf zu werfen, anstatt die unterschiedlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen:

„[…] within the LGBT movement there are tensions around power between gays and lesbians. Quite often gay men are described by women as 'patriarchs' within the LGBT movements. There are also harsh tensions and disputes among lesbians […] about the acceptance […] of transsexuals." (Correa, 2010, p.186)

Das Zitat veranschaulicht grundlegende Unterschiede zwischen den einzelnen Strömungen, welche hier gesammelt unter dem Begriff LGBTI* zusammengefasst werden. Eine Betreuung für alle gemeinsam kann schwierig in der Umsetzung sein. Die unterschiedlichen Bedürfnisse werden in der Folge näher erläutert.

Lesbian

Untersuchungen zeigen, dass lesbische Frauen sich in Bezug auf Versorgung im Alter vermehrt selbstständig in eigenen Gemeinschaften mit anderen lesbischen Frauen zusammenfinden (Vgl. Gabrielson, 2011, p. 5 & Gerlach, 2014, p.43). Lesbische Frauen tendieren dazu, sich gezielt mit ihrer Situation im Alter auseinanderzusetzen, und sich ein Unterstützungsnetzwerk durch anderen Frauen zu schaffen. Seit 2010 ist die legale Partnerschaft von homosexuellen Menschen erlaubt, und so wird auch die Möglichkeit, sich im Alter gemeinsame soziale Sicherheiten aufzubauen, gezielt genutzt (Vgl. Schuster, 2014, p. 30):

Lesben zeigen sich als der Personenkreis unter LGBTI* Senior*innen, welche am ehesten noch ausschliesslich nur mit gleichgeschlechtlichen Personen zusammenleben wollen im Alter (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 54):

„Ich sehne mich nach einem Gespräch mit einer, der ich nichts erklären muss. Die interessiert ist, wenn ich von meinen damaligen Freundinnen erzähle, und die mich nicht dauernd nach einem verstorbenen Ehemann fragt" (Bachmann, 2009, p. 10)

Lesben zeigen sich insgesamt eher hilfsbereit gegenüber anderen sexuellen Minderheiten. Zu Zeiten der ersten HIV Infektionen, als diese noch als „Schwulenkrankheit" (Serafin, 2010, p. 82) behandelt wurde, zeigten sich viele lesbische Frauen bereit, sich um ihre schwulen Mitmenschen zu kümmern. Die Pflege von HIV infizierten homosexuellen Männern wurde oft aus Angst vor Ansteckung von vielen sozialen Institutionen und Spitälern abgelehnt.

„Viele Lesben fühlen sich durch ihre politischen Aktivitäten in der Frauenbewegung stark verwurzelt. Sie erkämpften sich einen emanzipierten Lebensalltag und autonome Lebensstrukturen, unter anderem in Frauenprojekten. [...] Ihre Lebenszusammenhänge im Privaten und im Beruf bezogen sich nicht auf ein Zusammenleben mit Männern. So sehen sie dies

auch nicht als Perspektive im Alter – egal ob mit hetero-, bisexuellen oder schwulen Männern“ (Gerlach, 2004, p. 43)

Das Zitat macht deutlich, dass Lebenswelten der verschiedenen Mitglieder der LGBTI* Gemeinschaft oft sehr unterschiedlich sind, obwohl sie alle sexuelle Minderheiten sind. Das bedeutet aber nicht notwendigerweise unbedingt mehr Gemeinsamkeiten.

Gay

Homosexuelle Männer tendieren im Alter eher zur Vereinsamung, und haben daher erhöhten Bedarf an Betreuungsangeboten (Jablonski, 2013, p. 48 & Nachtwey, 2004, p.4, Edlmayer, 20,14, p. 13). Ein Grund dafür scheint der verstärkte Jugendkult in der Schwulenszene zu sein (Vgl. Gerlach, 2004, p. 42). Alte homosexuelle Männer fühlen sich meist in herkömmlichen Pflegeheimen nicht wohl (Vgl. Nachtwey, 2004, p 6):
„They talk about their families the whole time. Their sons, their daughters, their cousins, their nephews, their nieces, and if you say anything about your boyfriend, they say ‘oh you have to go on about being gay don’t you?’ You feel like punching them. (Alastair, aged 76)“ (Westwood,2015, p.3)
Ausserdem festigt sich der Eindruck, dass homosexuelle Menschen generell in herkömmlichen Pflegeheimen in ihrer Ausdrucksfähigkeit beschnitten werden.
„It`s all geared towards heterosexual people.... Everything that happens, everything they talk about, their past, things that don‘t relate to me as a gay man .... Everything is heterosexist, really. They can‘t relate to your needs .... You don‘t have ‚Gay Times’ on the table, but you‘ll have something for heterosexuals on the table.“ (Lewis, aged 65) (Westwood, 2015, p. 3ff) Manche beschreiben das sogar als Gefühl, „heterosexualisiert“ (Westwood, 2015, p. 5 ff) zu werden, wenn sie in ein reguläres Pflegeheim kommen. Generell nehmen Ältere Schwule psychosoziale Angebote in der Regel sehr gerne an, wenn es sie gibt (Vgl. Nachtwey, 2004,p.8)

Bisexual

Generell sind bisexuelle Menschen in der Pflege so gut wie unsichtbar, was es besonders schwer macht, spezielle Bedürfnisse und Orientierungen festzumachen. Studien zeigen jedoch, dass Bisexuelle Menschen durch Stigma und dadurch verbundenen Stress durch Traumatisierung vermehrt psychische Probleme haben, die sich in erhöhten Selbstmordraten oder Selbstmordgedanken, Angstzuständen und selbstverletzendem Verhalten zeigen. Diskriminierungen beinhalten beispielsweise, dass man bisexuellen Menschen unterstellt, sie seien verwirrt über ihre sexuelle Identität, und dass sie entweder homo- oder heterosexuell sind.

„Being bi has never been an issue for me or those close to me, but other people’s assumptions really annoy me. People tend to think I am gay unless they know I’m with an opposite sex partner, and then they assume I am straight, which makes me feel invisible [...].“ (Barker, 2012, p. 14)

Auch hier ist ein erhöhter Bedarf an Angeboten für ältere LGBTI* Menschen erhoben worden (Jablonski, 2013, p. 48).

Trans*gender

Speziell Trans*gender-Senioren weisen ein hohes Risiko auf, seelische Leiden zu entwickeln, wie Depressionen, Angststörungen oder Suizidgedanken. Die Ursache dafür liegt an den psychischen Folgen eines sozialen Stigmas, dem besonders diese Menschen ein ganzes Leben lang ausgesetzt sind (Addis, 2009, p. 652).

Um als Trans*gender leben zu können und bei Bedarf auch Behandlungen in Anspruch nehmen zu können, muss zuerst die Diagnose einer psychischen Störung gestellt werden:

The assignment of psychiatric diagnoses to gender non-conforming individuals has served as a major mechanism of institutionalizing the policing of gender and legitimizing transphobia by positioning trans-persons as suffering from a psychiatric disorder [...] (Kellett, 2016, p.2)

Diese Diagnose fördert Diskriminierung und Stigma und wird in aktuellen Diskursen als historisch veraltet und wissenschaftlich nicht fundiert kritisiert:

Die Diagnose vermutet, dass man Verzweiflung, Unbehagen und Unpassendheit empfindet, weil man im falschen Gender ist [...]. Die Diagnose fragt aber nicht, ob es ein Problem mit den Geschlechternormen gibt, die sie als festgelegt und starr auffasst, ob vielleicht diese Normen Verzweiflung und Unbehagen hervorrufen, ob sie [...] für manche oder viele Menschen Quellen des Leids sind (Butler, 2009, p. 156 zit. n. Rott, 2014, p.25).

Aufgrund der Stigmatisierung von Trans*gender Personen als Menschen mit psychischen Problemen, kann es in der Pflege dazu kommen, dass Fachkräfte nicht darauf vertrauen, dass Trans*gen-

der Senioren selbst wissen, was für sie gut ist.

Hier liegt es besonders an der Ethik in der Pflege, ein Klima zu schaffen, in dem Akzeptanz, Offenheit und Integration gefördert wird. Das Zitat veranschaulicht das:

“I tried very hard to fit in with society. My parents knew about my transsexualism from a very early age. My father tried to have me cured of it with psychiatric and electro-convulsive therapy. One psychiatrist [...] taught me to lie [...] and how to protect myself. And that was sort of the beginning of creating an alter ego with myself trapped inside. [...] I tried very hard to be normal.” (Latham, 2015,p. 5)

Es hat sich gezeigt, dass es für das seelische Wohlbefinden und die Gesundheit von Trans*gender Senioren wichtig ist, sie in ihrem Identitätsgeschlecht zu bestärken und nicht das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht zu verwenden (Winter, 2016, p.9). Das bedeutet in der Pflege konkret, sie zum Beispiel mit ihrem selbstgewählten und nicht ihrem legalen amtlich eingetragenen Namen anzusprechen.

Bei Trans*identen Personen zeigte sich im Gegensatz zu anderen Mitgliedern des LGBTI* Spektrums ein besonders starkes Bedürfnis nach sozialer Integration und Anerkennung ihres Identitätsgeschlechtes. Hinsichtlich der Altenpflege wird hier aufgrund dessen meist Normalisierung durch Integration angestrebt, als Spezialisierung durch Pflegeangebote speziell für LGBTI* Senior*innen. Manche Trans*gender Personen wollen nach ihrer Transition im Identitätsgeschlecht akzeptiert werden und in die Gesellschaft integriert werden (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 34). Diesen Ansatz gilt es in der Altenpflege zu respektieren. Das Risiko für chronische Erkrankungen kann bei Trans*-gender-Personen erhöht sein: Nebenwirkungen lebenslanger Hormonbehandlungen gekoppelt mit den natürlichen Veränderungen durch Älterwerden multipliziert verschiedenste Risikofaktoren (Vgl. Hughes, 2011, p.662). Einige dieser Risiken inkludieren die Tendenz zu Koronaren Herzerkrankungen und Leberschäden durch Hormonbehandlungen. Wichtig sind auch routinemässige Vorsorgeuntersuchungen für das Geschlecht vor der Transition. Ein Beispiel dafür sind regelmässige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen für Trans*sexuelle Männer, deren innere Geschlechtsorgane nicht vollständig entfernt wurden sowie Brustkrebsvorsorge und Vorsorge für Prostatakrebs (Vgl. Polly, 2011,p.59ff).

Inter*sex / Inter*geschlechtlichkeit

Zu Inter*sex/Inter*geschlechtlichen Senioren gibt es generell wenig Literatur. An Inter*sex Leuten wurden zumeist in sehr jungen Jahren genitale Operationen durchgeführt, um eine Zugehörigkeit zu einem heteronormativen Ideal zu erreichen. Diese Praktiken verursachten oftmals verheerende Konsequenzen für die Betroffenen, wie man am prominenten Beispiel der Tagebücher einer „Herculine Barbin“ (Gutting, 2005,p.94) sehen kann: Herculine war eine Inter*sex Person im 19. Jahrhundert, welche als Frau lebte und sich seelisch als Frau fühlte. Ärzte bestimmten aber dass sie biologisch ein Mann sei und zwangen sie, als solcher zu leben. Die Konsequenzen daraus waren in der Folge Barbins Selbstmord.
Inter*sex zeichnet sich so als ein medizinalisiertes Problem, in welchem sich die Medizin als Definitionsmacht über die Möglichkeit einer dritten Geschlechtskategorie hinwegsetzt.

Im medizinischen Fachdiskurs wird Inter*sex nämlich als Störung aufgefasst, welche einer medizinischen Behandlung bedarf (Vgl. Gregor, 2014, p.234). Behandlungsmethoden sind Hormonersatztherapien und Operationen im Genitalbereich. Aktuelle Studien zeigen, dass die Mehrzahl der Betroffenen im Nachhinein die Eingriffe als Verstümmelung, Enteignung ihres Selbstbestimmungsrechtes und Zwangsopera-

Abb.1: Woodhull Freedom Foundation (2010) State of Sexual Freedom in the United States. 2010 Report, p. 39 [illus.]
Abb. 1 verdeutlicht die Vielfalt von natürlichen Unterschieden

tionen sehen. (Latham, 2015, p. 19).

Seit den 1990ern wird diese medizinische Praxis öffentlich kritisiert und Räume für Inter*sexuelle/ Inter*geschlechtliche Menschen geschaffen. Seit 2006 gilt der Diskriminierungsschutz des Gleichbehandlungsgesetzes auch für Inter*sexuelle/Inter*geschlechtliche Menschen (Voss, 2009, p. 44). Die Anerkennung von Inter*sexuellen Körpern, obwohl diese auch eine biologische Tatsache sind, steht jedoch aus, wird tabuisiert und negiert. Alleine in Deutschland leben über 1 Mio. Inter*sexuelle Menschen (Gregor, 2014, p.233 & Voss, 2009, p. 42).

Das hat für die Pflege direkt zur Folge, dass nicht operierte Inter*sexuelle Menschen erst in Zukunft vermehrt in der Altenpflege bedeutsam werden. Für die operierten Inter*sexuellen Menschen ist es unabdingbar auf biographische Besonderheiten in der Pflege Rücksicht zu nehmen, da es sich gezeigt hat, dass die Problematisierung der Geschlechtszugehörigkeit verheerende Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die psychische Gesundheit hat. Die psychiatrische Diagnose posttraumatisches Stresssyndrom (PTSD) scheint bei Inter*sexuellen Personen bedeutsam zu sein, weil die Eingriffe und Behandlungen ihres Körpers oftmals als bedrohlich für die körperliche Unversehrtheit erlebt werden (Vgl. Gregor, 2016, p. 20).

Kriterien für LGBTI*inkludierende Pflegeangebote

In der Literatur wird ersichtlich, dass LGBTI* Senior*innen in der derzeitig möglichen Betreuungssituation keine Freiheit von Diskriminierung erleben. Daher wurden spezielle Angebote für alternde LGBTI* Menschen ins Leben gerufen, um dieses Manko auszugleichen.

Kriterien für inklusive Angebote frei von heteronormativen Machtstrukturen sind folgendermassen: Es wird bewusst auf binäre Genderzuschreibungen wie ‚männlich/ weiblich' verzichtet, beispielsweise bei Fragebögen zur Identität oder gesundheitlichem Zustand. In heteronormativen Fragebögen werden Personen aufgefordert, sich entweder als männlich oder weiblich zu identifizieren. Das wird hier umgangen, indem Personen die Möglichkeit gegeben wird, sich zu definieren, wie es ihnen am besten entspricht. Beispielsweise kann das sein ‚transident', ‚queer', ‚nicht definiert', ‚inter*sex' oder vieles mehr. Auch bei Toiletten wird keine Unterscheidung zwischen männlich und weiblich mehr gemacht, sondern sie wird gender neutral beschriftet.

Von Pflegepersonen wird erwartet, dass sie gut Bescheid wissen über LGBTI* spezifische Historien und medizinische Details. LGBTI* Klient*innen sollen nicht dazu genötigt werden, die Pflegepersonen ständig auf ihren Status hinzuweisen, oder als Lehrer für Pflegepersonen zu fungieren. Pflegepersonen sollen bereits Wissen vermitteln und Anlaufstellen für Belange und Fragen betreffender Personen sein (Vgl. Latham, 2015, p. 2ff).

Das Gestalten von Wohnräumen erfolgt auch inklusiv, das bedeutet konkret, dass auch Bilder und Fotos von gleichgeschlechtlich Liebenden, Inter*sex und Trans*gender Personen aufgehängt werden,

(C) Alberto

Zeitschriften oder Filme aus deren Kultur ausgewählt werden, und Programme in den Pflegeheimen auch inklusiv gestaltet werden.

Das Bedürfnis nach Privatsphäre kann bei LGBTI* Senior*innen sehr ausgeprägt sein, was bedeutet, dass in der Pflege darauf geachtet wird, dass der Status einer Person nicht ungefragt weitergegeben wird. Es ist beispielsweise nicht in jedem Kontext relevant, ob eine Person trans*sexuell oder homosexuell ist. LGBTI* Personen sollen auch ausdrücklich in der Willkommens-Botschaft der Pflegeeinrichtung erwähnt werden, damit diese sich wohl fühlen, auch wenn sie nicht sofort ihre Orientierung preisgeben möchten (Vgl. Latham, 2015, p 3ff. & Irlam, 2013, p. 2ff.)

Respektvoller Umgang mit Personen allerlei Orientierungen ist eine Selbstverständlichkeit in der Pflegearbeit mit LGBTI* Personen. Pflegepersonen sind angehalten ihre eigenen Vorurteile zu reflektieren und gleichzeitig an ihrer Persönlichkeit zu arbeiten. Das bedeutet in weiterer Hinsicht auch, dass LGBTI* Senior*innen aktiv involviert sind, bei Entscheidungen, welche sie betreffen, mitzubestimmen. Empowerment wird so gefördert, und hilft alten LGBTI* Menschen, die Selbstbestimmung zu erhalten (Vgl. Irlam, 2013, p.2).

In Bezug auf das Pflegepersonal kann eine LGBTI* freundliche Orientierung auch dazu führen, dass vermehrt Personen eingestellt werden, die selber LGBTI* sind und sich hier auch als Pfleger*innen vermehrt einbringen wollen. Das kann für den Wunsch mancher LGBTI* Klient*innen nach spezifischer Betreuung fördernd sein.

Leitungskräfte von Pflegeprojekten sind dazu angehalten, interne Fortbildungsmöglichkeiten zu fördern und anzubieten. Weiters sollen im Leitbild der Pflege auch LGBTI* relevante Themen erwähnt werden, und so Identifikationsmöglichkeiten erschaffen werden, durch die LGBTI* Senior*innen sich angenommen und wahrgenommen fühlen. Bedeutsam ist in dieser Hinsicht auch der Kontakt zu LGBTI* spezifischen Organisationen, um hilfreiche Informationen im gegenseitigen Austausch zu erhalten, und Gemeinsamkeiten zu fördern.

Biographieorientierte Pflege

In der Literatur wird die biographieorientierte Pflege als Voraussetzung für Arbeit mit LGBTI* Senior*innen präsentiert. Sie fördert die Vertrauensbildung und ist ein Anker für ein individuelles Pflegeangebot. Die Biographien von LGBTI* Menschen beeinflussen sämtliche Aktivitäten des täglichen Lebens und können so berücksichtigt werden. Durch Rücksichtnahme und das Einbauen von individuell-biographischen Besonderheiten in die Betreuung bleibt die Persönlichkeit erhalten.

Über die Biographien werden die Einstellungen, Verhaltensweisen und Erfahrungen eines Menschen deutlich, und kann wertschätzend in die Pflegearbeit eingebracht werden. Dazu gehört auch zu berücksichtigen, dass viele derzeit älter werdende LGBTI* Senior*innen sich nicht immer gleich outen wollen, aufgrund spezifischer historischer Ereignisse, wie sie in den vorigen Kapiteln beleuchtet wurden (Vgl. Latham, 2015, p. 5ff).

Die Pflegebeziehung kann teilweise durch Geheimhaltung und Wahrung eines heterosexuellen Anscheins geprägt sein. Auch diverse Ereignisse, wie beispielsweise ärztliche Untersuchungen oder Intimpflege, kann für Trans*gender oder Inter*sex Personen Schamgefühle oder eine Re-Traumatisierung bedeuten. Das gehört respektiert und durch zunehmendes Vertrauen verändert.

Für Mitarbeiter*innen in der Pflege dient die an Biographien orientierte Pflege auch dazu, einen verstehenden und akzeptierenden Umgang zu fördern. Durch biographische Ereignisse können Bedürfnisse entstehen, und diese Bedürfnisse werden besser verstanden, wenn man erkennen kann, woher sie kommen und warum dieser Mensch auf gewisse Dinge genau so reagiert. So hilft eine biographische Pflege dabei Re-Traumatisierungen zu vermeiden, weil man lernen kann, welche Gegebenheiten unangenehme Erinnerungen auslösen, und so kann man daran arbeiten, diese zu vermeiden oder zu umgehen.

Wichtig ist bei dieser Art der Pflege auch, dass Kontakte und Wahlfamilie der LGBTI* Senior*innen aktiv in die Pflege miteinbezogen werden, weil auch diese einen wichtigen Bestandteil eines Lebens ausmachen und wichtige Erinnerungen wachrufen, oder Freude bereiten.

Die Biographieorientierte Pflege dient als wichtiger Ansatz zu dieser Vertrauensbildung zwischen Pflegepersonen und LGBTI* Klient*innen. Pflegepersonen lernen sich dadurch auch zu reflektieren und eigene blinde Flecke zu erkennen. Durch gegenseitiges Vertrauen können auch erste zaghafte Zeichen von LGBTI* Personen, welche sich zu erkennen geben wollen, richtig gedeutet werden. Biographiearbeit wird als Prozess und personenbezogene Betreu-

ung verstanden, der Pflegekräfte und Klient*innen einander näher bringt, und in der man voneinander lernen kann. (vgl. Bachmann, 2009, p. 10ff & Gerlach, 2004,p.42ff)

Literatur

Wissenschaftliche Bücher

Barker, M., Richards, C., Jones, R. Bowes-Catton, H., Plowman, T., & Morgan, M. (2012) The Bisexuality Report: Bisexual Inclusion in LGBT equality and diversity. Centre for Citizenship, Identities and Governance and Faculty of Health and Social Care. The Open University, United Kingdom

Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1995) Riskante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften. Suhrkamp Verlag

Gutting, G. (2005) Foucault: A Very Short Introduction. Oxford University Press

Hartmann, J., Klesse, C., Wagenknecht, P.,Fritzsche, B. & Hackmann, K. (2007) Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Bachmann, U., Frommhold, S., Gerlach, H., Goumet, M., Habert, U., Markus, K., Menzel, F. & Pohl, U. (2009) Homosexualität und Alter – Information für Beschäftigte in der Altenpflege. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit [Hg.]. Referat Öffentlichkeitsarbeit

Gregor, A. (2014) „Die Medikalisierung der Geschlechtszuweisung. Das Geheimnis um intergeschlechtliche Körper als Konstituens des kulturellen Systems der Zweigeschlechtlichkeit“ In: Klinge, S. & Schlicht, L. [Hg.] Geheimnis_Wissen. Perspektiven auf das Wissen vom Geheimnis seit dem 18. Jahrhundert. Frankfurter Kulturwissenschaftliche Beiträge, Band 19, trafo Wissenschaftsverlag Berlin, p. 241-263

Muscarina, S. (2015) Polyamorie. Nicht nur eine Liebe: Biographische Analysen Nicht-Monogamer Beziehungen. Magistra-Arbeit Universität Wien. Epubli Verlag Berlin

Muscarina, S. (2016) Pflege von LGBTI*Menschen in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen. Fachbereichsarbeit zur Erlangung des Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege, Wien. Überarbeitet 2019 im Rahmen der 3. „Non-Monogamies und Contemporary Intimacies Conference“ in Barcelona, Spanien

Pallotta-Chiarolli, M. (2016) Women in Relationships with Bisexual Men. Lexington Books. London

Rott, V. (2014) Wahrheitsspiele der Pathologisierung im klinisch-psychologischen und psychiatrischen Diskurs über die sogenannte Geschlechtsidentitätsstörung. Eine kritische Diskursanalyse von Lehrbuchtexten. Diplomarbeit. Universität Wien

Schuster, C. & Edlmayr, C. (2014) Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter bei Homosexuellen und Transgender. Sozial Global GmbH. Gesamtbericht für Fonds Soziales Wien

Autorin

Sina Muscarina

Seit 2017 Diplomierte Gesundheits-und Krankenpflegerin mit Berufserfahrung unter anderem in der Akutgeriatrie. Psychologin (Mag. phil.), Studium der Psychologie an der Universität Wien. Laufende Weiterbildungen als psychologische Beraterin, in der Notfallpsychologie und Krisenintervention. Der Mittelpunkt ihrer psychologischen Arbeit liegt auf den Themen alternative Beziehungswelten, Intimitäten und (queere) Sexualitäten.

Wissenschaftliche Fachartikel

Addis, S. & Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S. & Shepherd, M. (2009): The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature. Health and Social Care in the Community 17(6), 647-658

Ceatha, N. (2016) Mastering wellness: LGBT people’s understanding of wellbeing through interest sharing. Journal of Research in Nursing, Vol. 21(3) 199–209

Crameri, P., Barrett, C., Latham, JR & Whyte, C. (2015) It is more than sex and clothes: Culturally safe services for older lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. Australasian Journal on Ageing, Vol 34 Supplement 2, 21-25

Eliason, M., DeJoseph, J., Dibble, S., Deevey, S. & Chinn, P. (2011) Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning Nurses’ Experiences in the Workplace. Journal of Professional Nursing 27:237-244

Fish, J. (2010) Conceptualizing social exclusion and LGBT people: the implications for promoting equity in nursing policy and practice. Journal of Nursing Research. 15(4) 303-312

Fish, J., & Evans, D.T. (2016) Promoting cultural competency in the nursing care of LGBT patients. Journal of Research in Nursing, Vol. 21(3) 159-162

Gerlach, H. (2004) Anders alt werden. Lesben, Schwule und die Altenhilfe. Homosexualität im Alter. Zeitschrift Dr. med. Mabuse 150, Juli/August [41-44]

Gregor, A. (2016) „There is an I in LGBT*QI*. Inter* als kritischer Spiegel für queer theory. Gender 2/2016

Hughes, A.K., Harold, R.D., & Boyer, J.M. (2011) Awareness of LGBT Aging Issues Among Aging Services Network Providers. Journal of Gerontological Social Work, 54:7,659-677

Hughes, M. (2009) Lesbian and Gay People's Concerns about Ageing and Accessing Services. Australian Social Work.62:2.186-201

Irlam, C. (2013) Consumer perspective on the LGBTI ageing and aged care experience. LGBTI Aged Care Forum, Sydney Harbour Marriott

Kellett , P. & Fitton, C. (2016) Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. Nursing Inquiry, 00: 000–000

Latham, JR & Barret, C. (2015) „As we age": An Evidence–based guide to Intersex Inclusive Aged Care Services. Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, Melbourne Australia

Latham, JR & Barrett, C. (2015) Appropriate bodies and other damn lies: Intersex ageing and aged care. Australasian Journal on Ageing,Vol 34 Supplement 2,19-20

Messinger Kari, H. (2013) (Un) Sichtbare Grenzen-Pflege unterm Regenbogen, sind alle Menschen gleich? Was kann die Pflege tun? Beratung homosexuell- und transgender lebende SeniorInnen. Wiener Sozial Dienste

Nachtwey, C. (2004) Anders sein und älter werden: Lesben und Schwule im Alter. Vortrag im ICCR. Wien. https://www.berlin.de/sen/lads/_assets/schwerpunkte/lsbti/materialien/schriftenreihe/doku20_alter_bf.pdf. [19.03.2021]

Polly, R. & Nicole, J. (2011) Understanding the Trans Patient. Culturally Sensitive Care in Emergency Nursing Practice. Advanced Emergency Nursing Journal Vol. 33, No. 1, pp. 55–64

Rogers, A., Rebbe, R., Gardella, C., Worlein, M. & Chamberlin, M. (2013) Older LGBT Adult Training Panels: An Opportunity to Educate About Issues Faced by the Older LGBT Community. Journal of Gerontological Social Work, 56:580-595

Serafin, J., Byron Smith G. & Keltz, T. (2013) Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. GAPNA Section. Geriatric Nursing 34:80-83

Schwulenberatung Berlin, (2020) Weil ich so bin, wie ich bin. Inklusion sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Pflege. Ein Praxisleitfaden für stationäre und ambulante Dienste. Broschüre Lebensort Vielfalt, Berlin, Deutschland

Tenenbaum, E.M. (2012) Sexual Expression and Intimacy between Nursing Home Residents with Dementia: Balancing the Current Interests and Prior Values of Heterosexuals and LGBT Residents. Draft Temple Political & Civil Rights Law Review. Vol NN:N

Voss, H.J. (2009) Intersexuellenbewegung und zweigeschlechtliche Norm – Zwischen Emanzipation und Restauration. Eine kritisch-biologische Intervention. Liminalis, 2009_03

Westwood, S. (2015) „We see it as being heterosexualised, being put into a care home". Gender, sexuality and housing/care preferences among older LGB individuals in the UK. Health & Social Care in the Community. August 2015

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed T., Whittle, S. & Wylie, K. (2016) Transgender people: health at the margins of society. The Lancet, Volume 388, No. 10042, p390-400, 23 July 2016

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Woodhull Freedom Foundation (2010) State of Sexual Freedom in the United States. 2010 Report, p. 39 [illus.]

„Regenbogen überm KWP“

Mit dem „Regenbogen überm KWP“ hat 2018 eine Initiative gestartet, die darauf abzielt, dass sich alle Menschen ungeachtet ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität in den Häusern zum Leben und PensionistInnenklubs für die Stadt Wien bestens aufgehoben fühlen.

Es geht also darum, mit verschiedenen Mitteln aktiv eine Atmosphäre zu schaffen, die sagt „Hier kann ich offen zeigen, wer ich bin und wen ich gern habe und brauche mich nicht zu verstecken aus Angst vor Diskriminierung“.

Häuser zum Leben
PensionistInnenklub

Ganz zentral war und ist das Ziel, auch ältere Menschen abseits der Heteronorm sichtbar zu machen, klarzustellen, dass auch unsere betagten Bewohner*innen schwul, lesbisch, bi, trans* und inter* sein können und sind. Nur so kann beim ohnehin schon tabubeladenen Thema Sexualität im Alter Bewusstseinsschaffung und Umdenken passieren sowie der Vereinsamung von älteren Leuten der LGBTQI*-Community entgegengewirkt werden.

Dabei ist es essenziell, auch die Mitarbeiter*innen anzusprechen. Zum einen gilt das für die Sensibilisierung, zum anderen aber auch der Bestärkung von LGBTQI*-Mitarbeiter*innen selbst.

Offen mit diesen Themen umzugehen kommt im Endeffekt also sowohl Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen, als auch der Gesellschaft insgesamt zugute.

Das Regenbogen-Projekt hat viele Maßnahmen gestartet um zu dem Thema zu sensibilisieren. Eine davon war die Teilnahme an der „EuroPride“, die wie einen Schneeballeffekt Aufmerksamkeit, Bewusstseinsschaffung und Vernetzung, nach sich gezogen hat.
Eine weitere Maßnahme ist auch der „Regenbogen-Treff“ in einem unserer Pensionistenklubs. Dieser ist nicht nur Anlaufstelle und Ort zum Austausch, sondern fördert durch Vorträge und Exkursionen auch das Wissen rund um Queersein in Wien. Nicht-LGBTIQ Gäste sind ebenfalls immer mit dabei und auch erwünscht und dadurch steht auch ein offenes, akzeptierendes Miteinander im Sinne der Inklusion im Mittelpunkt ,nicht die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität.

Die KWP Unternehmenskultur, inklusive Bekenntnis der Geschäftsleitung zu dem Thema, schafft hier natürlich beste Voraussetzungen um einen Erfolg des Projekts zu sichern.

Was die Akzeptanz queerer Lebensweisen betrifft, hat sich mittlerweile auch in der Gesellschaft viel getan. Einer der wichtigsten Punkte ist allerdings die Sichtbarkeit, ohne die keine öffentliche Auseinandersetzung zustande kommt und somit keine Weiterentwicklung möglich ist.

Schwierig sind allerdings die Voraussetzungen, wie z.B die (Un-) Erreichbarkeit von nicht- heteronormativ lebender Personen in höherem Alter. Es handelt sich um eine Gruppe, die größtenteils gar nicht gefunden werden will, aufgrund der Erfahrung vielseitiger Diskriminierungen und Negationen bis hin zu Verfolgungen.

Es geht also darum, Ansätze für verschiedene Bedürfnisse zu finden. Ein Spagat zwischen Schutzraum und öffentlicher Präsenz ist nötig.

Orte zu schaffen, an denen Erlebnisse ausgesprochen werden können, die größtenteils geheim gehalten wurden oder Personen kennenlernen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. In weiterer Folge Menschen ansprechen, die sich weder der LBGTIQ*-Gemeinschaft zuordnen, noch im entsprechenden Alter sind und diese Personen zu sensibilisieren und Begegnungsräume bereitstellen.

Situationen anzubieten, die direkte Kontaktmöglichkeiten schaffen, die wiederum die Kraft besitzen, Vorurteile abzubauen.

Aus Schutzräumen werden so Freiräume, die im Sinne des Gemeinwohls gestaltet werden.
Mit dem Regenbogen-Projekt wurde und wird ein Raum geöffnet, wo sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität besprechbar und bewusst gemacht werden. Das bedeutet eine Stärkung der Personen, die abseits des cis-heteronormativen Gefüges leben und lieben.

Das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) ist ein gemeinnütziger privatrechtlicher Fonds der Stadt Wien. Wir betreiben in Wien die 30 Häuser zum Leben, die Seniorinnen und Senioren rund 9.000 Plätze bieten. Dazu kommen die 150 PensionistInnenklubs der Stadt Wien mit etwa 17.000 eingeschriebenen Klubmitgliedern. Damit sind wir österreichweit der größte Anbieter auf dem Sektor der SeniorInnenbetreuung. Insgesamt arbeiten im KWP über 4.800 MitarbeiterInnen. Zudem engagieren sich über 500 ehrenamtliche MitarbeiterInnen und 70 Zivildiener für die KWP-KundInnen.

Autorin

Mag.ª Mag.ª Geraldine Smetazko
Geraldine Smetazko ist Fachexpert*in für Diversität im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser. Seit Juni 2018 beschäftigt sie sich auch beruflich intensiv mit LGBTQI*-Themen. Im September hat sie das Projekt "Regenbogen überm KWP" initiiert und fortan auch geleitet. Mit Oktober 2019 wurde das Projekt abgeschlossen und die Arbeit an dem Themenkomplex in die regulären Aufgaben des Diversitätsmanagements übernommen.

Alltagsbeschwerden sanft lindern mit den Tipps & Tricks aus der maudrich Naturapotheke

- Bewährte Hausmittel neu entdecken
- Medikamente reduzieren
- Perfekt geeignet für Pflege und Betreuung zu Hause

Erhältlich im Buchhandel und auf facultas.at/naturapotheke

maudrich

**Inkl.
Wochennewsletter
mit Presseaussendungen
Forschungsergebnissen
u.v.m.**

Pflege Professionell

1x im Quartal
zusätzlich jedes Jahr neue Sonderausgaben

Fachartikeln aus den Bereichen Fachwissen, Gesundheitspolitik, Bildung & Management, Erleben, Pflegegeschichte, Altenpflege, Praxisprojekte, u.v.m.

Seit 2015 füllen Autor*innen wie Angelika Zegelin, Christel Bienstein, Liliane Juchli, Eckart von Hirschhausen, Hanna Mayer, Elisabeth Seidl, Ilsemarie Walter, Thomas Hax-Schoppenhorst, Hilde Schädle-Deininger, Berta Schrems, Christoph Müller, Christoph Zulehner, Jürgen Osterbrink, Politiker*innen aller Parteien u.v.a. jede Ausgabe.

Lehren & Lernen im Gesundheitswesen

2x im Jahr
zusätzlich jedes Jahr neue Sonderausgaben

Das Peer Review Magazin beschäftigt sich mit Themen aus den Bereichen (Hoch-)schuldidaktik, Forschung, Betriebliche Bildung, Best Practice, Skills Lab, Simulationen, Praxisanleitung & Schulleben & Schulmanagement.

Das internationale Peer-Review Team kommt von den unterschiedlichsten Hochschulen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz.

Pflegende Angehörige

1x im Jahr
zusätzlich jedes Jahr neue Sonderausgaben

Das Magazin der östereichischen Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger (IG Pflege) versucht unterschiedliche Themen für pflegende Angehörige & Zugehörige entsprechend darzustellen, damit diese ihren Lebensalltag entsprechend meistern können. Hierbei gibt es nicht nur Fachartikel, sondern auch Geschichten von Betroffenen, die aus ihrem Leben erzählen.

Durch die Zusammenarbeit mit den österreichischen Ämtern gibt es nahezu in jeder Ausgabe neueste Informationen direkt vom Bundesministerium.

Pflege Professionell

**Die kostenfreien Fachmagazine fürs Gesundheitswesen
www.pflege-professionell.at**