



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„LGBTIQ* und Pflege – Herausforderungen und
Handlungsfelder im Akutbereich in Österreich aus Sicht
der Betroffenen“

verfasst von / submitted by

Viktoria Engelmaier, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, Mai 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt / UA 066330

degree programme code as it appears on
the student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt / Masterstudium Pflegewissenschaft

degree programme as it appears on
the student record sheet:

Betreut von / Supervisor:

Assoz.-Prof.MMag.Dr. Elisabeth Reitingner

Danksagung

Obwohl ich am Titelblatt dieser Arbeit als alleinige Verfasserin angeführt bin, haben mich auf dem Weg dorthin einige Menschen unterstützt. Deshalb ist es mir ein Anliegen, all jenen Dank auszusprechen, die zur Fertigstellung meiner Masterthesis beigetragen haben.

Zuallererst möchte ich ein großes DANKE an all jene aussprechen, die sich bereit erklärt haben, mir für mein Herzensprojekt ein Interview zu geben. Ohne diese Menschen würde es diese Arbeit nicht geben!

Meiner Familie, die mir das Studium überhaupt ermöglicht hat, gebührt großer Dank. Die Geduld meines Partners sucht seinesgleichen, er hat mir den Rücken freigehalten und für den einen oder anderen Motivationsschub gesorgt. Meine Kinder zeigten durchwegs Verständnis, wenn ihre Mama mehr Zeit am Computer verbrachte als versprochen.

Auch bei meinem besten Freund möchte ich mich bedanken. Jeder noch so kleine Fortschritt an dieser Masterthesis wurde von ihm mit Begeisterung aufgenommen.

Meine Betreuerin Elisabeth Reitingner vermittelte mir die richtigen Denkanstöße und trug durch ihr konstruktives Feedback zum Gelingen dieser Arbeit bei, dafür ein großes Dankeschön!

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1. Einleitung	1
1.1 Persönlicher Zugang	3
1.2 Hintergrund und Problemstellung	3
1.2.1. Forschungsstand	3
1.2.2. Theorie der transkategorialen Kompetenz	7
1.3. Forschungsziel und Forschungsfragen	10
2. Theoretischer Teil	13
2.1 Sex und Gender	13
2.2 Begrifflichkeiten zum Thema Geschlecht	14
2.3 Die Bedeutung hinter den Zeichen	16
2.3.1 LGBTIQ*, LGBT, LSBT, LGBTIQA*	18
2.3.2 Non-binary und Genderfluid	20
2.4 Zur Situation von LGBTIQ* Personen in Österreich	21
2.5 Situation von queeren Personen im medizinisch/pflegerischen Setting	28
2.6 LGBTIQ* im Pflegebereich	31
2.7 Pflegerische Interventionen zur Verbesserung der Betreuung von queeren Menschen	33
3. Methodisches Vorgehen	36
3.1. Forschungsansatz	36
3.2. Datenerhebung	36
3.3. Stichprobe und Feldzugang	37
3.4. Datenauswertung	38

3.5. Ethische Grundsätze und Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes	42
4. Ergebnisse.....	44
4.1 Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus.....	45
4.1.1 Sexuelle Orientierung	46
4.1.2 Geschlechtliche Identität	49
4.1.3 Pflegeanamnese.....	56
4.1.4 Erfahrungen anderer queerer Menschen.....	58
4.1.5 Mögliche Erklärung der Betroffenen bzgl. Erfahrungen	59
4.2 Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen	61
4.2.1 Aufklärung der Öffentlichkeit als Erfordernis	62
4.2.2 Unterstützung durch das private Umfeld	63
4.2.3 Sensibilisierung von Gesundheitsberufen	63
4.2.4 Inklusive Sprache: schriftlich und mündlich	65
4.2.5 Verwendung von korrekten Pronomen/ korrekte Ansprache	66
4.2.6 Signalisierung von Gesprächsbereitschaft/Offenheit.....	66
4.2.7 Privatsphäre und räumliche Gegebenheiten.....	67
4.2.8 LGBTIQ* in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung	68
4.3 Sich sicher gepflegt und betreut fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenen Sicht	70
4.3.1 Proaktive Aufklärung	70
4.3.2 Aktiv Unterstützung suchen	71
4.3.3 Auswahl des betreuenden Personals	71
5. Diskussion	73
6. Resümee und Ausblick	87
7. Literaturverzeichnis.....	91
8. Anhang	105
8.1 Informationsschreiben	105

8.2 Informed Consent.....	107
8.3 Interviewprotokoll	108
8.4 Interviewleitfaden	109
8.5 Kodierleitfaden	113
Zusammenfassung	120
Abstract	121

Schreibweise:

In dieser Arbeit werden, wann immer möglich, geschlechtsneutrale Ausdrücke verwendet, hauptsächlich durch neutrale Formulierungen (z.B. Personen, Betroffene). Wo dies nicht möglich ist, wird auf das sogenannte Gender Sternchen (*) zurückgegriffen (z.B. Senior*innen). Das Sternchen stellt die Vielfalt möglicher Geschlechtsidentitäten dar und bezieht neben Frauen und Männern somit auch Trans* Personen und inter* Personen mit ein sowie all jene, die sich nicht zuordnen wollen oder können. Damit soll ein Beitrag für einen inklusiveren Sprachgebrauch geleistet werden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Konzept der transkategorialen Kompetenz von D. Domenig (2021b), Eigendarstellung	10
Abbildung 2 TSER (2015).....	16
Abbildung 3 Genderminderheitenstress-Modell nach Testa et al. (2015)	24
Abbildung 4 Kulturshaker (o.J.)	25
Abbildung 5 Steigleder (2008, S. 189)	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Transkategoriale Anamnese nach Domenig (2021b), Eigendarstellung ... 34

Tabelle 2 Überblick Hauptkategorien und Ausprägungen (2023), Eigendarstellung. 45

1.Einleitung

Im Laufe ihres Lebens benötigen die meisten Menschen Leistungen eines Krankenhauses, sei es für spezielle Untersuchungen, Therapien, geplante Operationen oder auch durch akute Erkrankung bzw. eines traumatischen Ereignisses. Dabei sind die Hilfesuchenden keine homogene Gruppe, sondern unterschiedlichste Individuen, manche von ihnen bezeichnen sich als queer oder der LGBTIQ* Community (Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Inter*, Queer) zugehörig.

„[...] es ist immer so kurzer, also so ein kurzer Stich einfach in meinem Herzen, weil es so, ja, komisch halt ist.“ (Charlie, Z 101 – Z 102)

Solche oder ähnliche Gefühle empfinden viele der geschätzt 6,2% queeren Menschen (Dalia Research, 2016) bei der Versorgung in österreichischen Krankenhäusern. Es ist wesentlich, etwaige spezifische Bedürfnisse von queeren Menschen zu verstehen. Minderheitenstress und das Zusammenwirken mehrerer scheinbarer Stigmata sind im Leben von LGBTIQ* Personen häufig, vor allem, wenn diese Personen zusätzlich einer ethnischen oder geschlechtlichen Minderheit angehören und/oder aufgrund ihres Alters diskriminiert werden. Gesundheitsleistungen werden meistens heteronormativ entworfen, um die Bedürfnisse einer großen Bevölkerungsgruppe abzudecken, kann jedoch gleichzeitig einen Ausschluss der (alternden) LGBTIQ* Bevölkerung bedeuten. Oftmals führt dies bei LGBTIQ* Personen zu einer regelrechten Angst vor dem Gesundheitssystem und somit zu einem verzögerten Zugang zu medizinischen Diensten und/oder Pflege. Dem System Krankenhaus als Setting im Gesundheitswesen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Menschen bedürfen in diesem Setting Betreuung und Pflege aufgrund akuter oder chronischer Erkrankung und sehen sich entlang des Behandlungspfades mit verschiedenen Berufsgruppen konfrontiert und das in einer für sie nicht alltäglichen Umgebung. Die Rolle der Pflege in diesem System ist nicht unerheblich, in nahezu jedem Bereich bestehen Berührungspunkte mit Pflegepersonen. Eine professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegeperson und hilfesuchender Person trägt maßgeblich zum Wohlbefinden des betreuten Menschen bei und steigert somit die Qualität der Pflege. Die Qualität der Pflege lässt sich unter anderem daran feststellen, ob im Rahmen des Pflegeprozesses der erwartete pflegerische Outcome mit vorab definierten

Maßnahmen erreicht wurde, wobei an vorderster Stelle die Zufriedenheit der betreuten Person stehen muss.

Durch eine erlebte Diskriminierung in Betreuungs- und Pflegesituationen im Krankenhaus verinnerlicht das Individuum, dass negative Gefühle durch Mitarbeitende im Krankenhaus ausgelöst werden und impliziert möglicherweise die Befürchtung, dass sich solche Situationen wiederholen könnten, was das Inanspruchnehmen von Pflegeleistungen in der Zukunft verhindert (Dullius et al., 2023). Die Angst vor sozialer Ausgrenzung und damit verbundenen Geheimhaltung der sexuellen oder geschlechtlichen Identität kann zudem zu einer geringeren Pflegequalität führen. Um die Bedürfnisse von queeren Menschen zu erkennen und diesen auch zu entsprechen ist es daher notwendig, dass sich das Gesundheitssystem in gewisser Weise verändert und Zugang zu medizinischen und pflegerischen Angeboten für Menschen aus der LGBTIQ* Gemeinde leichter zugänglich wird (Selix, Cotler und Behnke, 2020).

Die Offenlegung der eigenen sexuellen oder geschlechtlichen Identität („Coming Out“ bzw. „Outing“) spielt dabei eine große Rolle und ist entgegen der weitläufigen Meinung kein einmaliges Ereignis, sondern ein wiederkehrender Prozess, welcher in manchen Situationen wiederholt werden muss. Die Aufnahme in ein Krankenhaus ist hier eine besondere Situation: ein Offenlegen der sexuellen oder geschlechtlichen Identität kann als notwendig oder sinnvoll angesehen werden, gleichzeitig befinden sich Personen, die in einem Krankenhaus aufgenommen werden, in einer besonders vulnerablen Phase. Die Angst, diskriminiert zu werden steht im Raum und so wird der eigene Lebensentwurf oftmals verschwiegen, was einen Nachteil für die Gesundheitsversorgung der betreffenden Person bedeuten kann.

Herauszufinden, welche Erfahrungen Menschen aus der LGBTIQ* Community im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes machen und welche Erwartungen sie an das Pflegepersonal stellen, um sich sicher betreut und gepflegt zu fühlen, ist das Ziel dieser Masterthesis. Dabei ist die subjektive Sichtweise der Betroffenen von Relevanz. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen eines qualitativen Ansatzes zehn leitfadengestützte Interviews geführt und mittels der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder (2008) ausgewertet.

1.1 Persönlicher Zugang

Beruflich wie auch privat ergaben (und ergeben!) sich zahlreiche Momente, in denen die Autorin mit Menschen, welche vermeintlich am Rande der Gesellschaft stehen, Bezug hatte und hat. Exemplarisch ist die Arbeit mit Suchterkrankten, Inhaftierten oder Menschen ohne österreichische Staatsbürgerschaft zu nennen. Das Thema Sexualität bzw. sexuelle Orientierung gewann dabei immer mehr an Bedeutung, als sich das Arbeitsumfeld in ein Gefängnis für Männer verlegte und einige der dortigen Inhaftierten nach Alternativen zu ihrer heterosexuellen Lebensweise suchten.

Auch im privaten Umfeld bestehen viele Kontakte und Freundschaften zu Menschen, die sich nicht dem heteronormativen Gesellschaftsbild unterwerfen wollen oder können und sich der LGBTIQ* Community zugehörig fühlen.

Nachdem die Verfasserin dieser Arbeit als Pflegepädagogin tätig wurde und dort das Thema „Intimität und Sexualität“ unterrichten durfte, aber auch zahlreiche Personen kennenlernte, welche sich mehr oder weniger offen zu ihren queeren Werten bekennen, wurde die Affinität zur LGBTIQ* Gemeinde immer größer und der Wunsch nach einer Masterthesis, welche die Themenbereiche LGBTIQ* und Pflege verbindet, entstand.

1.2 Hintergrund und Problemstellung

Dieser Abschnitt soll für die Lesenden eine Grundlage für die Relevanz und vor allem Notwendigkeit des Themas schaffen und leitet zu den Zielen und den sich daraus resultierenden Forschungsfragen dieser Arbeit über. Die Darstellung der theoretischen Einbettung rundet das Kapitel ab. Eine intensive Auseinandersetzung mit Forschungsergebnissen sowie Theorie erfolgt im theoretischen Teil.

1.2.1. Forschungsstand

Im relativ jungen Feld der Gender Studies werden Problemstellungen zu Themen wie der Wirkmacht von Geschlechterkonstruktionen, -codierungen und -ordnungen beforscht, sie bilden eine Grundlage für die sogenannten Queer Studies. Queer Studies setzen sich unter anderem wissenschaftlich mit der historisch und gesellschaftlich geprägten Konstruktion von Heteronormativität auseinander und hinterfragen diese kritisch. Die Philosophin Judith Butler legte mit der Veröffentlichung

ihres Werks „Das Unbehagen der Geschlechter“ (1991) einen Grundstein für die Queer Studies und führt dabei einen Diskurs über Gendertheorien und das performative Modell von Geschlecht. Damit stieß Butler eine Diskussion über Queer Studies an, die für die Entwicklung von Queer Theorien wegweisend war und ist und somit auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung von queeren Themen in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft fördert.

Ein Blick auf die internationale Forschung zeigt, dass sich in den letzten Jahren ein Bewusstsein über die Wichtigkeit von LGBTIQ* Themen in der Pflege bzw. der Medizin entwickelt hat.

Dabei wird mit Abstand am häufigsten über Alt werden und Alt sein von LGBTIQ* Personen geforscht, wobei auffällt, dass es sich oft um US-amerikanische Studien aus den USA handelt (exemplarisch Walker et al., 2022) aber auch Forschung zu (pflegerischen) LGBTIQ* Themen aus Deutschland immer öfter betrieben wird (Brunnett et al., 2020; Lottmann, 2020; Muscarina, 2021; Schütze, 2020). Persönliche Sichtweisen von homosexuellen Männern sind dabei ein Thema (Schütze, 2017), aber auch viele Arbeiten, die sich mit Pflegekonzepten (Gerlach und Schupp, 2017; Schupp, 2018; Steelman, 2018) oder der direkten Pflege bzw. Umgangsweisen mit LGBTIQ* Personen an sich beschäftigen (Appenroth und Lottmann, 2019; Lottmann und Kollak, 2017; Lottmann und Kollak, 2018; Raviola, 2017; Selix et al., 2020; Schubert, 2021). Eine Metaanalyse aus 2022 (Buczak-Stec et al.) beschäftigt sich mit der Präferenz der Langzeitpflege älterer queerer Menschen.

Ein Feld, welches in der internationalen Forschung nur wenig Beachtung findet, ist jenes der LGBTIQ* Patient*innen, die mit einer Krebserkrankung leben müssen. Dabei wird einerseits das Screening bzw. die Prävention von onkologischen Erkrankungen bei LGBTIQ* Menschen beleuchtet (Ceres et al., 2018; Polek und Hardie, 2019) aber auch die persönliche Erfahrung eben dieser (Carr et al., 2018; Damaskos et al., 2018). Eine weitere Arbeit behandelt Barrieren in der Palliativversorgung von onkologisch erkrankten LGBTIQ* Personen (Haviland et al., 2021).

Ein weiterer Bereich beschäftigt sich mit der Thematik der mentalen bzw. psychischen Gesundheit und Pflege von Personen mit LGBTIQ* Hintergrund. Exemplarisch dafür sind Studien über die Auswirkung von Homophobie (Marin, 2021) und Minoritätenstress (Sun et al., 2020) auf Betroffene aber auch über ethische Aspekte der mentalen Gesundheitspflege (Nieder et al., 2020) oder die Betrachtung von Suizidalität von jungen LGBTIQ* Personen in der Akutpsychiatrie (Berona et al., 2019; Sonneveld und Bungener, 2022).

Es wird in einigen Forschungsarbeiten im deutschsprachigen Raum immer wieder auf die Notwendigkeit von queeren Ausbildungsinhalten in der Grundausbildung sowie Fortbildung bei bereits ausgebildeten Pflegekräften hingewiesen (Frapp, 2019; Halbmayr-Kubicsek, 2021; Schröder, 2021). Auch verschiedene US-amerikanische Studien kommen zu diesem Ergebnis (Baiocco et al., 2021; McCann und Brown, 2020; Sherman et al., 2023).

Die meisten Studien zur Thematik von Erfahrungen im Gesundheitswesen von LGBTIQ* Personen stammen aus dem US-amerikanischen Raum und beschreiben unter anderem das Füllen von Wissenslücken in Bezug auf queer-relevante Themen und das Fördern einer professionellen Beziehung zwischen Betreuten und Pflegeperson (Johnson und Phillips, 2020; Manzer et al., 2018; Margolies und Brown, 2019). Eine qualitative Studie aus der Türkei (Karakaya und Kutlu, 2021) beleuchtet die Gesundheitsprobleme von LGBTIQ* Personen aus deren Sicht und die Bedingungen ihrer Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Dabei steht das Wissen von medizinisch-pflegerischen Personal über spezifische gesundheitliche Themen von Menschen aus der LGBTIQ* Community im Vordergrund, um eine hochwertige Betreuung gewährleisten zu können.

Auch in Deutschland sind mittlerweile Arbeiten zu pflegerrelevanten LGBTIQ* Themen zu finden, z.B. Diskriminierungserfahrungen (Beigang et al., 2017), Pflege von Trans-Menschen (Drevin, 2019) bzw. intergeschlechtlichen Menschen (Humer, 2021) oder auch über die Möglichkeiten des Managements von Gesundheitseinrichtungen, eine kultursensible Pflege zu implementieren (Nano, 2020). Ein Blick auf die österreichische Studienlage zeigt, dass eine Masterthesis zum Thema der queeren Aus- und

Fortbildung in der Pflege verfasst wurde (Autz und Jeffrey, 2018) und drei weitere über queeres Altern bzw. die Betreuung von queeren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen (Gebhardt und Kraner, 2018; Obernauer, 2023; Raviola, 2017), wobei sich Gebhardt und Kraner auf künstlerische Weise dem Thema widmen und eine Veranstaltungsreihe sowie filmische Portraits kreiert haben.

Es macht Sinn, sich der Thematik der gesundheitlichen Probleme und Erfahrungen von LGBTIQ* Personen im Akutbereich auch aus einer österreichischen Perspektive zu widmen, da allein von der rechtlichen Vergangenheit einige Unterschiede zu erkennen sind. In der österreichischen Geschichte wurden zwischen 1950-1971 über 13.000 Personen (hauptsächlich Männer) aufgrund eines Totalverbots von gleichgeschlechtlichen Handlungen verurteilt. Nach Aufhebung dieses Totalverbotes wurden weitere 1000 Männer verurteilt, und zwar nach Paragraf 209, welcher gleichgeschlechtliche Unzucht mit Jugendlichen verboten hat. Dieser Paragraf wurde erst 2002 abgeschafft (Brunner, 2021). Aber auch abseits der Geschichte gibt es Bereiche in der Gesellschaft, die heute noch als diskriminierend empfunden werden können, exemplarisch das österreichische Blutspendewesen (Anm. Stand April/Juni 2022: ein Verordnungsentwurf sieht vor, dass Risikogruppen losgelöst vom Geschlecht oder der sexuellen Orientierung definiert werden, im Juni 2022 wurde kundgetan, dass die novellierten Blutspendeverordnung ab 31. August 2022 in Kraft tritt (Standard, 2022; Die Presse, 2022)). Aber auch das Gleichbehandlungsgesetz (auf Bundesebene), welches nur am Arbeitsplatz greift. Im öffentlichen Raum betrifft dies jedoch „nur“ den Diskriminierungsschutz aufgrund des Geschlechts. Vereinfacht gesagt: Menschen können legal aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität Dienstleistungen verwehrt werden oder aus Lokalen verwiesen werden. Zu den immer noch legalen Praktiken der Konversionstherapie gibt es zwar seit 2019 zwei Entschließungsanträge im Nationalrat, Stand Sommer 2022 liegt jedoch noch kein Gesetzesentwurf für das Verbot solcher „Therapien“ vor. Diese Tatsachen machen es notwendig, über die Erfahrungen von österreichischen LGBTIQ* Personen zu forschen.

1.2.2. Theorie der transkategorialen Kompetenz

In einigen Arbeiten ist der Begriff der transkulturellen bzw. kultursensiblen Pflege vorherrschend, exemplarisch Stummer, 2015; Raviola, 2017; Drevin, 2019; Tezcan-Güntekin und Stern, 2020; Nano 2020. *„Wenn Kultur unter anderem ein System aus Symbolen, als auch gemeinsamen Handlungs- und Denkweisen von kollektiven Gruppen oder von Personen mit ähnlichen Biografien ist, dann ist die Kultur von LSBTIAQ*-Personen als solche zu würdigen“* (Drevin, 2019, S. 282). Im Allgemeinen werden mit kultursensibler bzw. transkultureller Pflege Unterschiede von Menschen verschiedener Nationen und deren Kultur assoziiert, dies bildet die Lebenswirklichkeit von LGBTIQ* Menschen jedoch in vielen Fällen nicht ausreichend bzw. passend ab.

Der Begriff der diversitätssensiblen Pflege (z.B. Lottmann, 2018; Schupp, 2019) geht einen Schritt weiter und beschränkt sich nicht nur auf fremde Kulturen, sondern schließt auch Merkmale wie Alter, Geschlecht, Behinderung usw. mit ein, weshalb diversitätssensible Pflege auf den ersten Blick als passender theoretischer Rahmen erachtet werden kann. Diversität schult den Blick auf verschiedenste Merkmale von Menschen, kann jedoch auch die Wirkung haben, entsprechende Spezialisierungen zu fördern (Domenig, 2021a).

Dagmar Domenig prägt daher den Begriff der transkategorialen Kompetenz, welcher darauf verweisen soll, *„dass es nicht darum geht, Menschen nun statt der Migrationsbrille nur noch durch die Kategorienbrille zu betrachten. Vielmehr geht es [...] darum, über die verschiedenen Kategorien hinaus [...] den Menschen ins Zentrum der Behandlung, Pflege und Begleitung zu stellen und sich ausschließlich an dessen individuellen Bedürfnissen und Bedarf zu orientieren“* (Domenig, 2021a, S. 28). Transkategoriale Kompetenz legt den Fokus auf Intersektionalität und in weiterer Folge auf eine personenzentrierte Sichtweise.

Domenigs Konzept der transkategorialen Kompetenz (2021a) soll daher für diese Arbeit die theoretische Grundlage sein und bei der Auswertung sowie der Diskussion der Ergebnisse unterstützen und dabei helfen, die Ergebnisse im theoretischen

Diskurs über Menschen aus der LGBTIQ* Community im Kontext Krankenhaus einordnen zu können.

„Transkategoriale Kompetenz beinhaltet die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechend angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig, 2021c, S. 664). Pflegepersonen, welche transkategorial kompetent sind, können die eigene Lebenswelt reflektieren bzw. kritisch hinterfragen. Dabei zeichnet Sie die Fähigkeit aus, sich in verschiedenartigen Kontexten professionell zu verhalten und flexibel zu bleiben. Dazu gehört auch das Bewusstsein, stereotypes Verhalten zu vermeiden und Stigmatisierung(en) zu umgehen. Vielfalt und komplexe Identitäten innerhalb einer Gesellschaft sind Tatsache, dabei spielen unterschiedliche Kategorien eine Rolle, exemplarisch sexuelle Orientierung, geschlechtliche Identität, Behinderung, Alter, Migration, Geschlecht und viele mehr, die intersektional gesehen zu Diskriminierung und Ausgrenzung führen können (Domenig, 2021c). Die Theorie der transkategorialen Kompetenz gründet auf 3 Eckpfeilern, nämlich Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie, in deren Schnittmenge die Interaktion zu finden ist. Zum besseren Verständnis findet sich am Ende des Kapitels eine graphische Darstellung der Theorie der transkategorialen Kompetenz (Abbildung 1).

Selbstreflexion beginnt damit sich bewusst zu werden, dass durch die eigene Lebenswelt beurteilt und gehandelt wird. Aufgrund von Erfahrungen baut sich Wissen auf, dass als Bezugsschema gesehen wird. Wenn nun eine neue Erfahrung nicht in das übliche Bezugsschema passt, kann dies zu Irritation, Angst aber auch zu Diskriminierung führen. Es ist notwendig, Selbstverständliches und unbewusste Ansichten bewusst zu machen, die Perspektive des Gegenübers einzunehmen und somit seine Lebenswirklichkeit zu erfassen. Ohne diesem Hinterfragen besteht die Gefahr, dass andere „fremd“ erscheinen und womöglich mit Vorurteilen behaftet werden und somit fälschlich interpretiert werden. Erfolgreiche Interaktion bedingt dem Wissen komplexer Identitäten und darüber hinaus dem Zusammenspiel von Kontext und Situation. Folglich haben transkategorial kompetente Pflegepersonen die

Bereitschaft sich auf Thematik an sich einzulassen sowie eine Aufgeschlossenheit eigene Bezugsschemata kritisch zu hinterfragen (Domenig, 2021c).

Ohne **Hintergrundwissen und Erfahrungen** gelingt das Einfühlen in das Gegenüber nur bedingt. Die Theorie der transkategorialen Kompetenz geht davon aus, dass das jeweilige Individuum selbst die größte Expertise hat, was ihre Krise, Krankheit oder Beeinträchtigung betrifft. Das Hintergrundwissen bezieht sich weniger auf zielgruppenspezifisches Wissen, sondern mehr auf generelle Konzepte, welche in ähnlich gelagerten Situationen bzw. Kontexten angewendet werden können. Zu bedenken ist dabei, dieses Wissen der jeweiligen Person nicht automatisch zuzuschreiben, sondern offen der jeweiligen Realität zu bleiben. Die Beschäftigung mit Hintergrundwissen kann zur Förderung von Stereotypen beitragen, indem man einer Gruppe von Menschen bestimmte Eigenschaften zuschreibt. Die Aneignung von Hintergrundwissen ist trotz dieser Komplexität ein bedeutender Fortschritt auf dem Weg zur transkategorialen Kompetenz. Doch auch eigene Erfahrungen der jeweiligen Pflegeperson sind auf diesem Weg unabdingbar, dienen diese doch dazu, verschiedene Menschen in verschiedenen Kontexten zu erleben und daraus zu lernen. Oftmals werden ohne das entsprechende Hintergrundwissen solche Erfahrungen als belastend oder sogar störend erlebt, daher sind Erfahrung kombiniert mit Hintergrundwissen essenziell, um sich in das Gegenüber einfühlen zu können (Domenig, 2021c).

Als dritter Eckpfeiler wird die **narrative Empathie** genannt, was die Fähigkeit einer Pflegeperson bezeichnet, sich in die Situation des Gegenübers zu versetzen und somit dessen Bezugsrahmen mit allen Facetten und Interpretation wahrzunehmen und mit der eigenen Sinneswelt abzustimmen. Im Vordergrund stehen das Interesse und die Neugierde, um den Bezugsrahmen der anderen Person wahrzunehmen und zu interpretieren. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, ist das jeweilige Individuum selbst Expert*in was die eigenen Bedürfnisse angeht und welche Unterstützung hilfreich wäre, wo sie sich im Moment verorten und wie sie ihre aktuelle Situation sehen. Die narrative Empathie ist eine gute Grundlage, um die Narrationen von

Betroffenen mit Pflegepersonen zu teilen, sofern das Pflegepersonal sich auf die zunächst „fremde“ Lebenswelt einlässt (Domenig, 2021c).

Transkategorial kompetente Pflegepersonen bilden somit die Grundlage für eine qualitativ hochwertige und personenzentrierte Versorgung, die Wertschätzung der betreuungsbedürftigen Personen ausdrückt und die Zufriedenheit aller Beteiligten erhöht.

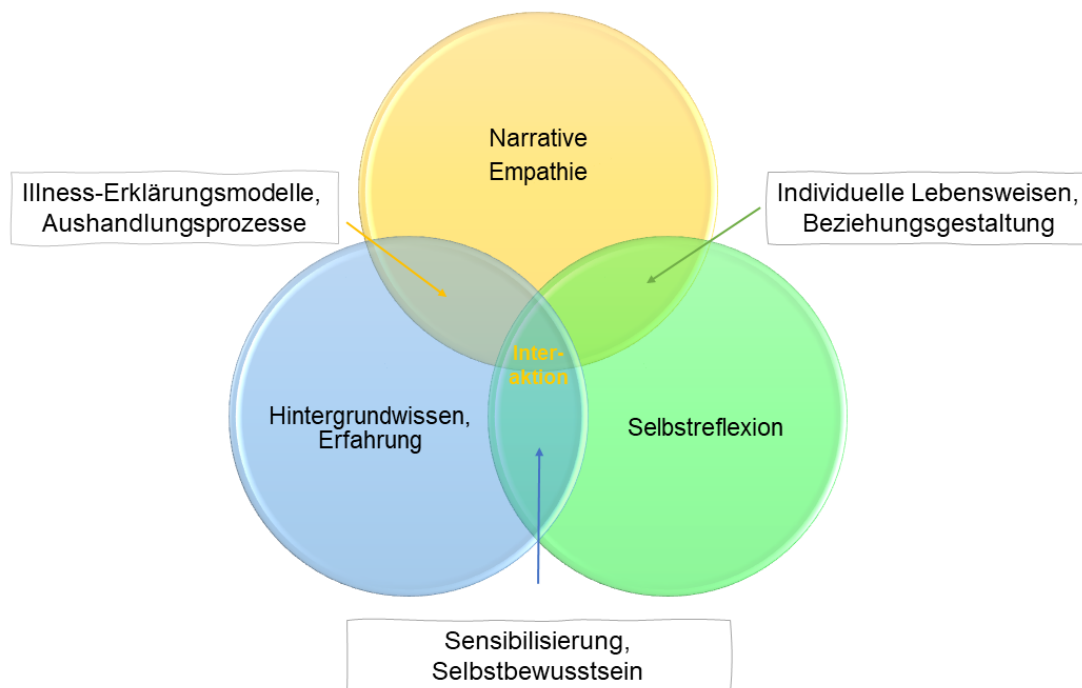


Abbildung 1 Konzept der transkategorialen Kompetenz von D. Domenig (2021b), Eigendarstellung

1.3. Forschungsziel und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Masterthesis ist herauszufinden, welche Erfahrungen Menschen aus der LGBTIQ* Community während eines Krankenhausaufenthaltes machen. In einem weiteren Schritt werden die Erwartungen von LGBTIQ* Personen erhoben, die sie benötigen würden, um sich sicher betreut und gepflegt zu fühlen. Die Ergebnisse stellen zunächst eine Status quo Erhebung dar und können in weiterer Folge einen möglichen Anstoß geben, etwaige pflegerische Unterstützungsangebote für Menschen aus der LGBTIQ* Community abzuleiten, die für die pflegerische Betreuung und Beratung relevant sind.

Aufgrund der dargelegten Problemdarstellung, des Hintergrunds und der Zielsetzung dieser Arbeit ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- *Welche Erfahrungen machen Menschen aus der LGBTIQ* Community während einer Behandlung in österreichischen Krankenhäusern aus Sicht der Betroffenen?*
- *Was benötigen Personen aus der LGBTIQ* Community aus ihrer Sicht, um sich während einer Behandlung in österreichischen Krankenhäusern sicher betreut und gepflegt zu fühlen?*

Für die Pflegewissenschaft ist die Thematik LGBTIQ* und Pflege insofern interessant, als sie in den letzten Jahren in vielen Bereichen unserer Gesellschaft an Bedeutung gewinnt. Die österreichische mediale Berichterstattung nimmt sich des Themas immer öfter an und scheut sich auch nicht davor, dies über Landesgrenzen hinweg zu tun, zum Beispiel bei der Einführung des umstrittenen ungarischen Gesetzes zur Einschränkung von Informationen über Homosexualität und Transsexualität (Kurier, 2021).

Bei Pflegepersonen besteht Unwissen und/oder Unsicherheit bezüglich des Umgangs mit Menschen aus der LGBTIQ* Community. In internationalen Studien wird darauf hingewiesen, dass sich Pflegepersonen in der Grundausbildung aber auch im Rahmen von Fortbildungen ungenügend auf die Betreuung und Pflege von queeren Menschen vorbereitet fühlen (Brown et al., 2020; Halbmayer-Kubicsek, 2021; Margolies und Brown, 2019; McCann und Brown, 2020; Schröder, 2021).

Die Angst vor Diskriminierung oder herabwürdigenden Reaktionen prägt oftmals die Erfahrungen von LGBTIQ* Menschen im System Krankenhaus (Beigang et al., 2017; Johnson und Phillips, 2020; Karakaya und Kutlu, 2021; Margolies und Brown, 2019; Nano, 2020) infolgedessen kann es zu gesundheitlichen Nachteilen für die Betroffenen kommen. Queere Menschen werden nicht nur aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer Geschlechtsidentität stigmatisiert, auch das Thema STD (sexually transmitted diseases) spielt eine große Rolle (Karakaya und Kutlu, 2021).

Personen, die sich als queer identifizieren, haben oftmals gesundheitliche Anliegen, die spezifisch für ihre sexuelle Orientierung oder ihre Geschlechtsidentität sind.

Möglicherweise wird dies nicht erkannt und es können daraus schlechtere Outcomes resultieren. Durch den sogenannten Minderheitenstress steigt die Inzidenz von psychischen Erkrankungen von queeren Personen im Vergleich zu nicht queeren Menschen und es kann beobachtet werden, dass psychische Probleme häufiger auftreten sowie eine höhere Suizidrate festgestellt werden kann (Manzer et al., 2018; Karakaya und Kutlu, 2021). Durch Minderheitenstress kann auch - durch den Rückzug aus gesellschaftlichen Zusammenhängen - die soziale Teilhabe negativ beeinflusst werden. Folglich führt dies möglicherweise dazu, dass gesundheitliche und/oder pflegerische Versorgung nicht oder verspätet in Anspruch genommen wird (Schupp, 2019).

Vor diesem Hintergrund erscheint es umso wichtiger, sich des Themas LGBTIQ* in der Pflege anzunehmen, um einerseits den Bedürfnissen von betroffenen Personen auf subjektiver Ebene mehr Aufmerksamkeit zu schenken und andererseits mögliche Implikationen für die pflegerische Praxis abzuleiten.

2. Theoretischer Teil

Im theoretischen Teil werden wesentliche Begrifflichkeiten zur Thematik geklärt, um für die Lesenden dieser Arbeit ein grundlegendes Verständnis zu generieren. Dabei wird kritisch hinterfragt, wieso Labels für Menschen benötigt werden, wie sich die Situation von LGBTIQ* Personen in Österreich im Allgemeinen wie auch im medizinisch/pflegerischen Setting darstellt. Das Thema LGBTIQ* im Pflegebereich sowie literaturbasierte Interventionen zur Verbesserung der Betreuung von queeren Menschen runden dieses Kapitel ab.

2.1 Sex und Gender

Zentrale Begriffe der Beschäftigung mit dem Thema LGBTIQ* sind zunächst die Kategorien Sex und Gender. Die Kategorie Sex beschreibt das Geschlecht auf biologischer Ebene, auch biologisches Geschlecht genannt. Die Kategorie Gender hingegen bezieht sich auf die soziale Konstruktion von Geschlecht (Uzarewicz und Uzarewicz, 2021).

Der Begriff des biologischen Geschlechts geht von einer von der Natur gegebenen Dichotomie der Geschlechter aus, Frau oder Mann. Intergeschlechtlichkeit spielt dabei keine Rolle - das Thema der Intergeschlechtlichkeit wird im nächsten Kapitel noch genauer erörtert. Sex kann die vielfältige Ausdrucksweise von Geschlecht in unserer Gesellschaft jedoch nicht abbilden, durch den Bezug auf die soziale Konstruktion kann der Begriff Gender hingegen das Geschlecht auf vielfältige Art und Weise darstellen, daher wird im alltäglichen Sprachgebrauch soziales Geschlecht synonym für Gender verwendet. Dabei spielen normative Werte, die jeweilige Kultur sowie soziale Vorstellungen in der jeweiligen Gesellschaft für die Kategorie Gender eine Rolle.

Das Konzept von „Doing gender“ geht noch einen Schritt weiter, es *„[...] zielt darauf ab, Geschlecht bzw. Geschlechtszugehörigkeit nicht als Eigenschaft oder Merkmal von Individuen zu betrachten, sondern jene sozialen Prozesse in den Blick zu nehmen, in denen „Geschlecht“ als sozial folgenreiche Unterscheidung hervorgebracht und reproduziert wird“* (Gildemeister, 2020, S. 171).

Doing Gender soll dabei in zwei Richtungen gedacht werden, nämlich die Inszenierung des Geschlechts durch ein Individuum selbst sowie die Konstruktion von Gender durch

die Gemeinschaft. Folglich ist Doing Gender in der Interaktion von Menschen ein Wechselspiel zwischen Erwartung und Entsprechung.

2.2 Begrifflichkeiten zum Thema Geschlecht

Wenn von LGBTIQ* gesprochen wird, zeigt die Erfahrung, dass einige Menschen die Mitglieder der LGBTIQ* Community auf deren sexuelle Orientierung reduzieren. Dies ist jedoch viel zu kurz gegriffen, geht es doch um weitaus mehr als nur die sexuelle Orientierung.

Zum einen wird von der **Geschlechtsidentität** gesprochen. Die Geschlechtsidentität, welche von außen nicht sichtbar ist, ist das eigene Empfindung, welches Geschlecht sie*er hat. Schon hier gibt es mehrere Möglichkeiten: einerseits kann die Person sich weiblich fühlen, als Frau oder Mädchen. Andererseits kann man sich auch männlich, als Mann oder Junge fühlen. Stimmt das Gefühl der eigenen Geschlechtsidentität mit dem biologischen Geschlecht überein, spricht man von cis, tut es das nicht, wird von Trans* gesprochen. Es gibt Menschen, die sich nicht eindeutig einer weiblichen oder männlichen Seite zuordnen möchten, hier wird von nicht-binären oder genderfluiden Menschen gesprochen (Rothuber, 2021; Trans Student Educational Resources [TSER], 2015).

Zum anderen existiert der **Geschlechtsausdruck**, also wie die jeweilige Person sich nach außen gibt und wie das Individuum wahrgenommen wird (Rothuber 2021; TSER 2015). Verhalten, Kleidung, Haare, Make-up usw. sind nur ein paar Möglichkeiten, wie der Geschlechtsausdruck in Erscheinung treten kann. Dies muss nicht zwangsweise mit der Geschlechtsidentität konform gehen, wie auch in den Ausführungen von TSER (2015) beschrieben ist. Möchte oder kann sich die Person nicht öffentlich zu ihrer Geschlechtsidentität bekennen, kann der gewünschte Geschlechtsausdruck im Verborgenen bleiben.

Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht oder auch **biologische Geschlecht** genannt, kann in den meisten Fällen eindeutig einem der beiden vorherrschenden Geschlechtern zugeordnet werden, nämlich weiblich oder männlich. Kirnbauer (2019)

zufolge trifft diese dichotome Zuordnung bei geschätzt über 31.000 Menschen laut Selbstidentifizierung in Österreich jedoch nicht zu, sie werden in der Gesellschaft unter anderem als Inter* bezeichnet.

Die o.g. Ausführungen beziehen sich auf das jeweilige Individuum selbst, im Folgenden wird noch eine zwischenmenschliche Komponente hinzugefügt, nämlich die sexuelle und die romantische Anziehung.

Die **sexuelle Anziehung** beschreibt, von welchem Personenkreis man sich sexuell angezogen fühlt. Wird eine sexuelle Anziehung zum eigenen Geschlecht wahrgenommen, wird in der Gesellschaft von Homosexualität gesprochen. Die sexuelle Anziehung zum anderen (dichotomen) Geschlecht ist die gesellschaftlich vorherrschende Heterosexualität, eine sexuelle Affinität zu Männern und Frauen gleichermaßen wird als Bisexualität bezeichnet (Rothuber, 2021; TSER, 2015). Auf die Pansexualität wird im nachfolgenden Kapitel kurz eingegangen.

Zu guter Letzt wird die **romantische Anziehung**, also die Liebe zu anderen Menschen thematisiert. Menschen fühlen sich von Frauen, Männern oder allen Geschlechtern angezogen (Rothuber, 2021; TSER, 2015). Dabei muss die sexuelle nicht mit der romantischen Anziehung übereinstimmen, z.B. können sich Frauen zwar romantisch von Männern angezogen fühlen, spüren aber sexuelle Anziehung auch bei anderen Geschlechtern.

Die nachfolgende Grafik des sogenannten „Gender Unicorns“ von Trans Student Educational Resources (TSER) (2015) soll die oben genannten Ausführungen in vereinfachter Form verdeutlichen:

Das Gender Unicorn

Graphic by:
TSER
Trans Student Educational Resources



Abbildung 2 TSER (2015)

2.3 Die Bedeutung hinter den Zeichen

Die Kenntnis der verschiedenen Bedeutungen hinter den einzelnen Zeichen unter anderem von LGBTIQ* und anderen Abkürzungen sind nicht nur die Grundlage für das Verständnis dieser Masterthesis, sondern auch essenziell für die Auseinandersetzung mit der Thematik in der Gesellschaft. Dabei muss betont werden, dass Menschen aus der LGBTIQ* Community keine homogene Gruppe sind, Lebensentwürfe, Bedürfnisse und Ansichten differieren – genauso wie bei Menschen, die sich nicht der LGBTIQ* Gemeinde zugehörig fühlen - zum Teil erheblich.

Unsere Gesellschaft gründet auf gewissen Normalitätsvorstellungen. Passende (Selbst-)Bezeichnungen können unter Umständen empowernd für betroffene Menschen sein, da sie eine Alternative zu dem binären Verständnis von „normal“ und „abweichend“ darstellen. Mit spezifischen Bezeichnungen können verschiedene Lebensweisen gleichberechtigt nebeneinandergestellt werden und somit das o.g. binäre Verständnis aufgebrochen werden. Gelebte Vielfalt kann dadurch abgebildet werden und unter anderem auch ein Denkangebot für Menschen, die sich noch nicht

mit der Thematik befasst haben. Ein anderer Vorteil von Labels für Personen aus der LGBTIQ* Gemeinde stellt die vereinfachte Suche nach Communities im Internet oder der Partner*innensuche dar, welche ohne bestimmte (Selbst-)Bezeichnungen vergleichsweise schwierig ist (Debus und Laumann, 2018).

„Nicht zuletzt können Identitätsangebote stärkend wirken. Bündnisse entlang der Kritik von Normen bleiben oft eher abstrakt oder kognitiv. Identitätsangebote können emotional und kraftvoll sein, positive Bezugspunkte geben und Selbstaufwertungen erlauben (dies findet sich u.a. auch in Begriffen wie ‚pride‘, ‚out and proud‘ etc.)“ (Debus und Laumann, 2018, S. 34).

Eine Zuordnung von Personen in verschiedene Gruppen bzw. Kategorien ist jedoch aufgrund eines „Schubladendenkens“ auch problematisch zu sehen. Niemand entspricht rein einer Kategorie, im Gegenteil, der Mensch als Individuum hat neben der Kategorie Gender und sexuelle Orientierung zahlreiche andere Bereiche im Leben, die ihn in der Gesamtheit erst zu einem vielschichtigen Wesen machen. Menschen denken in Kategorien, um ihre Umwelt besser verstehen zu können, vor allem bei kleinen Kindern ist dies sehr gut wahrnehmbar. Es liegt jedoch an jeder erwachsenen Person, ob diese Schubladen geschlossen bleiben oder sie geöffnet werden, um tradierte Ansichten aufzubrechen und offen für andere Lebensentwürfe zu sein, als es die heteronormative Gesellschaftshaltung vorgibt. Zum Begriff der Heteronormativität wird auf Kapitel 2.4 dieser Arbeit verwiesen. Es sollte nur der betreffenden Person freistehen, sich selbst zu labeln oder einer Gruppe von Menschen zuzuordnen, eine Kategorisierung von außen erscheint nicht angebracht. Ob eine Kategorisierung immer notwendig ist, wird von der Autorin angezweifelt. Besteht eine Unsicherheit bzgl. der Zugehörigkeit einer Gruppe oder der korrekten Ansprache gegenüber einer Person der LGBTIQ* Gemeinde, kann diese in vielen Fällen sehr rasch beseitigt werden: bei der betroffenen Person nachfragen, ob und wenn ja welches Pronomen verwendet werden soll bzw. kann es auch ausreichend sein, die Person „nur“ mit Namen anzusprechen. Ob eine Relevanz für die Klärung der geschlechtlichen Identität oder sexuellen Orientierung gegeben ist (z.B. zur Offenlegung von Diskriminierung) muss im Einzelfall entschieden werden, diese Entscheidung wird jedoch nicht über den Kopf der betroffenen Person hinweg gefällt, sondern von ihr selbst.

Langfristig muss das Ziel sein, dass identitätsstiftende Kategorien in der Gesellschaft nicht mehr notwendig sind und Menschen, gleichgültig ob ihrer Lebensweise, gleichberechtigt leben können.

2.3.1 LGBTIQ*, LGBT, LSBT, LGBTIQA*

Die hier vorgestellten Abkürzungen sind mehr oder minder der Versuch, Menschen mit den unterschiedlichsten Geschlechtsidentitäten sowie sexueller Orientierung in der Kommunikation sichtbar zu machen. Neben den soeben erwähnten Abkürzungen bestehen noch weitere Kürzel, die Autorin beschränkt sich jedoch auf die in der medialen Berichterstattung gebräuchlichsten. Zumeist wird von einer englischsprachigen Bedeutung ausgegangen, im deutschsprachigen Raum findet man fallweise jedoch auch deutsche Ausdrucksweisen (LSBT). Es ist dabei primär nicht von Fremd- sondern einer Selbstbezeichnung auszugehen.

L entspricht dem Begriff Lesbian oder Lesbisch, also die romantische oder sexuelle Anziehung zwischen Frauen, **G** für Gay (deutsch: Schwul) ist das Äquivalent dazu und meint die Anziehung zwischen Männern. In beiden Fällen wird auch von Homosexualität gesprochen. Die deutsche Übersetzung von Gay findet Niederschlag in der Abkürzung LSBT, der Buchstabe **S** bedeutet hierbei schwul. Bisexualität wird mit **B** sichtbar gemacht und bedeutet eine Vorliebe für Männer UND Frauen. **T** ist der letzte Buchstabe, der den gängigsten Abkürzungen gemein ist, dieser bedeutet Trans*. Trans* Menschen identifizieren sich nicht mit dem Geschlecht, dass ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Das Sternchen lässt offen, ob von Transsexualität, Transgender, Transidentität oder anderem die Rede ist. Der Begriff der Transsexualität wurde lange Zeit pathologisiert, als sexuelle Störung gesehen und ist bis heute in der ICD-10 unter F.64 Störungen der Geschlechtsidentität eingereiht (World Health Organisation (WHO), 2019). Mit einer Übergangsfrist von 5 Jahren von der ICD-10 zur ICD.11 hat die primär Genannte bis dato ihre Gültigkeit (Harrison et al., 2021). Obwohl in der 2022 in Kraft getretenen ICD-11 unter den Codes HA60 (Erwachsene) bzw. HA61 (Kindheit) mittlerweile von Geschlechtsinkongruenz die Rede ist (WHO, 2022a), wird der Begriff Transsexualität von einigen Trans* Menschen aufgrund der o.g. Pathologisierung abgelehnt. Auch eine Reduktion auf die sexuelle

bzw. medizinische Ebene begründet die Abneigung mancher Menschen bzgl. des Begriffs der Transsexualität. Die Begrifflichkeit Transgender ermöglicht Menschen, die sich abseits der Dichotomie der Geschlechter sehen, sich damit zu identifizieren. Transident betont, dass es sich um eine Sache der Geschlechtsidentität handelt. Ob (sofern dies notwendig sein sollte) und wie eine Person bezeichnet werden möchte, entscheidet sie selbst.

Inter*, Intersexualität bzw. Intergeschlechtlichkeit verbirgt sich hinter dem Buchstaben I. Auch hier gilt, wie soeben erwähnt, dass die Entscheidung einer möglichen Bezeichnung eines Menschen vordergründig von ihm selbst getroffen wird. Inter* bezeichnet Menschen, die aufgrund chromosomaler, hormoneller oder der geschlechtsdefinierenden Anatomie nicht dem binären Geschlechterverständnis entsprechen. In der ICD-11 Codierung wird mit „LD2A Malformative disorders of sex development“ eine pathologisierende Diagnose postuliert, die Intersexualität wie folgt beschreibt: *„Any condition caused by failure of the genitals to correctly develop during the antenatal period.“* (WHO, 2022b). Es wird demzufolge von einem „Fehler“ der Genitalien ausgegangen, obwohl viele inter* Menschen ihren Körper nicht als Fehler empfinden. Der pathologisierte Begriff der Intersexualität wird demnach vielerorts abgelehnt. Problematisch für Menschen, die bei der Geburt nicht eindeutig einem der beiden vorherrschenden Geschlechter zugeordnet werden können, ist die Erfüllung eines heteronormativen Ideals, welches aus Angst vor einer möglichen Stigmatisierung des Kindes zu geschlechtsangleichenden Eingriffen führen kann, die langfristig physische und vor allem psychische Schäden zur Folge haben können. Darauf wird in dieser Arbeit zu einem späteren Zeitpunkt eingegangen,

Q kann zweierlei bedeuten: häufig wird Q als queer definiert, manchmal wird aber auch der Begriff Questioning darunter verstanden. Mancherorts können in diversen Abkürzungen auch zwei Qs festgestellt werden, die beide Begrifflichkeiten abdecken sollen. Obwohl für den Begriff Queer keine offiziell gültige Definition existiert, ist man sich einig, dass Queer so viel wie „anders“ repräsentiert (obwohl es aus dem Englischen übersetzt auch „seltsam“ bedeuten kann). Das heißt, all jene, die sich selbst als queer bezeichnen, entsprechen in deren Geschlechtsidentität und/oder sexuellen Orientierung nicht der gängigen Norm von zwei Geschlechtern und Heterosexualität. Questioning impliziert, dass von der betreffenden Person hinterfragt

wird, welche Geschlechtsidentität und/oder sexuelle Orientierung ihr selbst entspricht. Die kann ein vorübergehender, aber auch dauerhafter Zustand sein.

In manchen Fällen ist noch ein **A** zu finden und meint damit asexuell. Menschen, welche sich von keinem Geschlecht angezogen fühlen und/oder kein sexuelles Verlangen verspüren, bezeichnen sich selbst als asexuell. Sexuelle Kontakte werden als überflüssig oder manchmal sogar abstoßend wahrgenommen. Nicht zu verwechseln ist Asexualität mit einem freiwilligen bzw. beruflich bedingten Verzicht auf ein Ausleben der Sexualität, wie es zum Beispiel beim Zölibat der Fall wäre.

Obwohl in den seltensten Fällen ein **P** in diversen Abkürzungen zu finden ist, soll auch auf die Pansexualität hingewiesen werden. Menschen, die sich zu allen Geschlechtern, also auch abseits von weiblich und männlich, hingezogen fühlen, bezeichnen sich als pansexuell.

Ein nicht zu unterschätzendes Charakteristikum bedeutet der sogenannte Genderstern (*), welcher meist am Ende gesetzt wird. Bedeutung hat der * für all jene, die sich nicht einer Beschreibung zuordnen möchten oder können. In der gesprochenen Sprache wird der Genderstern üblicherweise mit einer kurzen Sprechpause markiert, am Ende eines Wortes, so wie es bei LGBTIQ* der Fall ist, entfällt dies in den meisten Fällen.

2.3.2 Non-binary und Genderfluid

Es existieren zahlreiche weitere Formulierungen für verschiedenste Geschlechtsidentitäten aber auch sexuelle Orientierungen, die in ihren Variationen den Rahmen dieser Arbeit wahrscheinlich sprengen würden. Weil in dieser Arbeit eine inklusive Ausdrucksweise vorherrschen soll, wird wie bereits beschrieben der sogenannte Genderstern benutzt, welcher auch alle Menschen miteinschließen soll, deren selbstgewählte Zugehörigkeit bis jetzt nicht explizit Erwähnung fand. Betont werden soll auch, dass sich Menschen auch zu mehreren Typen der o.g. Lebensweisen, aber auch nicht genannten, zugehörig fühlen können. Diverse Selbstbezeichnungen können somit nicht als statisch angesehen werden, sondern prozesshaft, da sie im Laufe des Lebens wechseln können.

Obwohl in den am häufigsten verwendeten Abkürzungen nicht alle Kategorien zu finden sind, erscheint es der Autorin trotzdem wichtig, noch auf zwei weitere Ausdrücke der LGBTIQ* Welt einzugehen, da sie einerseits Bedeutung für Trans* Menschen

haben können (aber nicht müssen – nicht-binäre Menschen werden häufig dem Terminus Trans* zugeordnet bzw. bezeichnen sich selbst als Trans*) und andererseits in diversen Forschungsarbeiten Erwähnung finden (Deutsch, 2016; Margolies und Brown, 2019; Sauer, 2019; Scandurra et al., 2019). Als **non-binary** oder zu Deutsch nicht binär bezeichnen sich Menschen, die sich außerhalb der binären Geschlechterrollen sehen oder sich nicht eindeutig dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugehörig fühlen. **Genderfluid** meint das Wechselspiel zwischen verschiedenen Geschlechtern, das von einigen Faktoren abhängig sein kann: der Umgang mit verschiedenen Menschen, der Kontext einer Situation oder auch das eigene, momentane Befinden. Von einer fixen Zeitspanne kann nicht gesprochen werden, der Übergang zwischen den Geschlechtern ist wie der Name vermuten lässt fließend und kann sich zwischen Tagen bis hin zu Jahren bewegen.

2.4 Zur Situation von LGBTIQ* Personen in Österreich

Diskriminierung und Benachteiligung sind für viele Menschen aus der LGBTIQ* Community in Österreich Alltag. Im sogenannten Regenbogenindex (Abstufung nach der jeweiligen rechtlichen und politischen Praxis für LGBTQ-Personen auf einer Skala von null bis 100 Prozent) spiegelt sich das in einer Platzierung bei aktuell 48 Prozent wider. Österreich hat zwar in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht, insbesondere bei der Gleichbehandlung und beim Diskriminierungsschutz ist Österreich jedoch Schlusslicht in Europa (ILGA, 2022; Schober, 2022).

Das Thema Heteronormativität, spielt in der österreichischen Gesellschaft wie auch in diversen Gesellschaften anderer Nationen eine Rolle. In diesem Zusammenhang muss auch auf Phänomene wie Homophobie, Minderheitenstress, Stigmatisierung sowie Intersektionalität hingewiesen werden.

Heteronormativität beschreibt ein binäres Geschlechtsverständnis, welches in einer Gesellschaft vorherrscht. In der Regel sind das Frau und Mann, denen heterosexuelles Verlangen attestiert wird. Diese Zuschreibungen werden als von der Natur vorgesehen wahrgenommen und in der jeweiligen Gesellschaft als „normal“ definiert. Alles, was davon abweicht, wird untypisch, oft sogar pathologisch betrachtet.

Die heteronormative Betrachtungsweise hat weitreichende Folgen: sie betrifft die Werte- und Normvorstellungen einer Gesellschaft genauso wie die alltägliche Kommunikation und ist unter anderem auch im Gesundheitsbereich spürbar. Die heteronormative Betrachtungsweise im Bereich von Medizin und Pflege wird weiter unten explizit dargestellt. Vielfalt ist in einer heteronormativen Gesellschaft nur marginal sichtbar und wird in vielen Fällen nicht akzeptiert oder nicht ernst genommen mit nachteiligen Folgen für das Individuum oder sogar ganze Gruppen von Menschen.

Der Begriff der **Homophobie** geht davon aus, dass es sich um Angst handeln würde. Es müsste eher von Homofeindlichkeit gesprochen werden - da der Terminus der Homophobie noch in der breiten Gesellschaft vorherrschend ist und auch in den Interviews Erwähnung findet, wird er in dieser Arbeit belassen. Homophobie kann nicht mit Angst gleichgesetzt werden, sondern mit Haltung bzw. Gesinnung. Eine homophobe Haltung zeichnet sich durch eine abwertende Einstellung bzw. abwertendes Verhalten gegenüber homo- und bisexuellen Menschen aus und kann auch als Vorurteil gewertet werden. Dies kann gegenüber einer ganzen Gruppe von Menschen aber auch gegen ein einzelnes Individuum gerichtet sein. Vorurteile sind *„in erster Linie durch ihre Bewertung gekennzeichnet, die in diesem Fall negativ ist, und sie umfassen eine kognitive, eine affektive und eine verhaltensbezogene Komponente. Bei der kognitiven Komponente geht es um Gedanken wie z.B. um stereotype Vorstellungen, wie homosexuelle Menschen typischerweise so sind. Bei der affektiven Komponente geht es um Gefühle wie Angst, Ekel, Abneigung oder gar Hass. Und bei der verhaltensbezogenen Komponente geht es um die Befürwortung von oder Forderung nach ungleichwertiger Behandlung, wie etwa die Verweigerung gleicher Rechte“* (Küpper, Klocke und Hoffmann, 2017, S. 24). Eine homophobe Betrachtungsweise impliziert, dass gleichgeschlechtliche Orientierung bzw. eine nicht-binäre Geschlechtsidentität als nicht-normal angesehen und als minderwertig betrachtet wird, da es nicht zum heteronormativen Gesellschaftsbild passt.

Homophobie, aber auch Diskriminierung aufgrund einer queeren Lebensweise können zu sogenanntem **Minderheitenstress** führen. *„Demnach nehmen erlebte gesellschaftliche Benachteiligungen und Diskriminierung mit zunehmender Häufigkeit und Dauer immer mehr Bewältigungsressourcen in Anspruch und übersteigen so*

mittelfristig die Selbstregulationsfähigkeit der betroffenen Personen“ (Brunnett, 2020). Zu generellen Stressoren, die von allen Menschen erlebt werden, wird bei LGBTIQ* Personen eine spezifische Stressbelastung addiert, was zu eben genannten speziellen Anpassungsleistungen führt. Diese erhöhte Stressbelastung führt häufig zu einer höheren Krankheitsanfälligkeit und hat Auswirkungen auf die eigene Identitätsentwicklung, auf das Selbstwertgefühl und das Erleben von Scham. Folgen davon können Depression, Angstzustände, erhöhte Suizidgefahr sowie Substanzmissbrauch sein. (Schwulenberatung Berlin, 2020; Sun et al., 2020).

In Bezug auf Menschen aus der LGBTIQ* Community lassen sich vier Säulen des Minderheitenstress identifizieren:

- das Erleben von Gewalt und Diskriminierung bzw. LGBTIQ*-Feindlichkeit;
- die Angst, dass Diskriminierungen eintreten;
- das Verbergen bzw. Offenbaren der eigenen sexuellen bzw. geschlechtlichen Identität;
- die internalisierte LGBTIQ*-Feindlichkeit (Schwulenberatung Berlin, 2020).

Das Genderminderheitenstress-Modell nach Testa, Habarth, Peta, Balsam und Bockting (2015) beschreibt, wie sich Minderheitenstress auf die Gesundheit der betroffenen auswirkt. Die Stressoren werden anhand ihrer Ursprungsquelle/ihres Charakters eingeteilt. Objektive Stressoren (wie z. B. Erfahrungen mit Diskriminierung bei einem Krankenhausaufenthalt), die aus der Perspektive der Betroffenen eine „ferne“ Quelle darstellen, werden als distal bezeichnet. Subjektive Stressoren mit einem (persönlichkeits-)nahen Ursprung (wie z. B. eine negative Erwartungshaltung bei der Nutzung von Gesundheitsdiensten) werden als proximal bezeichnet. Der Einfluss relevanter Umwelteinflüsse und allgemeiner Stressoren als auch potenzieller Resilienzfaktoren und eingesetzten Coping-Strategien werden ebenso berücksichtigt (Garcia und Schneeberger, 2018). Die folgende Abbildung stellt das Genderminderheitenstress Modell vereinfacht dar:

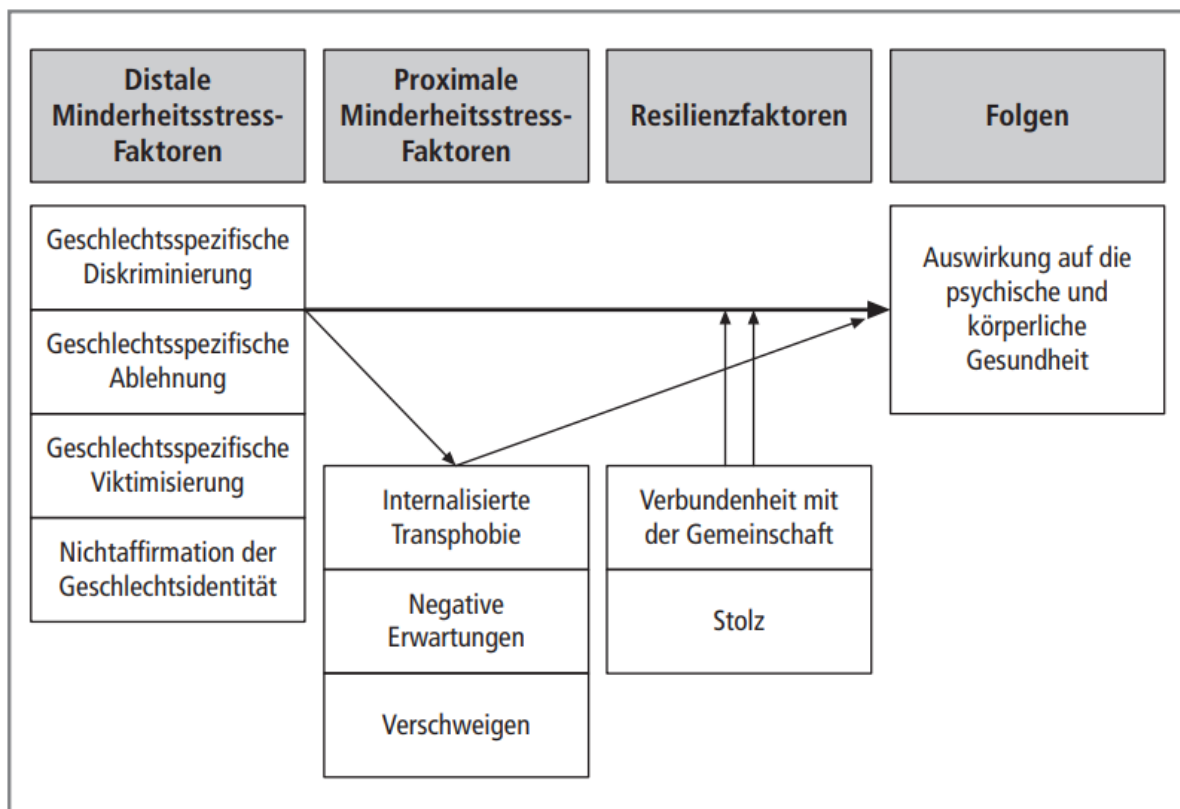


Abbildung 3 Genderminderheitenstress-Modell nach Testa et al. (2015)

Stigmatisierung aufgrund einer queeren Lebensweise meint eine negative Zuschreibung, ein negatives Attribut, dass von den Normen der Gesellschaft abweicht und kann zu Diskriminierung sowie Ausgrenzung führen. Die vermeintlichen Zuschreibungen basieren dabei auf Vorurteilen (s.o.) sowie Stereotypen, welche „vorschreiben“, wie eine homosexuelle/bisexuelle/trans* Person zu sein hat. Stigmatisierung hört allerdings nicht bei der sexuellen Orientierung bzw. geschlechtlichen Identität auf, sondern kann sich auf weitere Bereiche im Leben betroffener Menschen auswirken.

Das Zusammenwirken mehrerer scheinbaren Stigmata findet sich im Begriff der **Intersektionalität** wieder. Dieser Begriff steht für eine Fokussierung auf Schnittstellen gemeinsam auftretender, unterschiedlicher Kategorien wie Sex, Gender, Behinderung, sexuelle Orientierung, geschlechtliche Identität, Alter, Kultur, Herkunft usw. Weiters werden die damit verbundenen Wechselwirkungen analysiert, die zu neuen Formen von Diskriminierung führen und nicht nur die Summe der Kategorien bildet (Domenig, 2021b).

Abbildung 4 soll Dimensionen der Intersektionalität verdeutlichen:

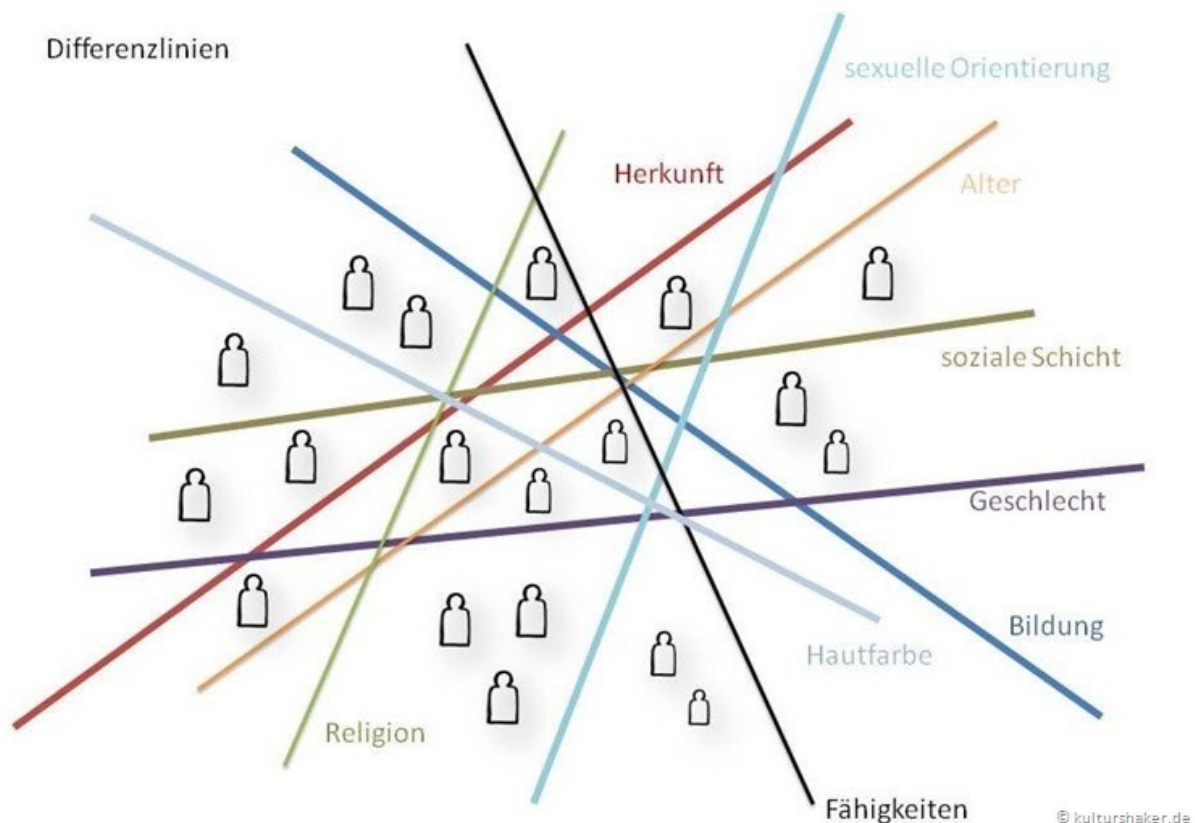


Abbildung 4 Kulturshaker (o.J.)

Der historischen Betrachtung der Situation von LGBTIQ* Personen in Österreich wurde im Kapitel 1.2.1 bereits Rechnung getragen, ein Blick auf aktuelle Zahlen (auf Österreich bezogen) liefert die European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) 2020 mit der Nachfolge Studie „A long way to go for LGBTI equality“, nachdem 2014 die erste Erhebung durchgeführt wurde. Dabei zeigte sich, dass fast die Hälfte aller Befragten LGBTIQ* Personen persönliche Diskriminierung oder Belästigung aufgrund ihrer queeren Lebensweise erfahren haben. 20% fühlten sich in den 12 letzten Monaten vor der Befragung bei der Jobsuche diskriminiert. Nur 8% aller Diskriminierungsfälle werden in Österreich angezeigt. EU-weit wurden 11 Prozent der homo- und bisexuellen Menschen innerhalb der letzten 5 Jahre physisch oder sexuell angegriffen (was sich mit den österreichischen Zahlen deckt), bei Trans*-Personen sind es 17% und bei Inter* Personen sogar 22%, wobei nur jede 5. Attacke gemeldet wurde - Angst vor homophoben Reaktionen werden als Grund angeführt. Von

Belästigungen waren 33% aller queeren Personen die letzten 12 Monate vor der Befragung betroffen.

Schönherr und Zandonella (2018) stellen Ihrer Forschung zur „Arbeitssituation von LSBTI-Personen in Österreich“ fest, dass in der Arbeitswelt 60% der Beschäftigten, die sich in der queeren Community verorten, von Gerüchten, obszönen Witzen oder Ausgrenzung betroffen sind und 30% der Befragten sogar berufliche Benachteiligungen in Kauf nehmen mussten. Bei genauerer Betrachtung der Situation von Trans* Personen fällt auf, dass hier sogar rund drei Viertel von Diskriminierung oder sogar Mobbing betroffen sind.

Im Report zu Hate Crime und LGBTIQ-Feindlichkeit in Österreich (SoHo, 2022) wird festgehalten, dass Hassverbrechen gegen Menschen aus der LGBTIQ* Community in ganz Österreich massiv zunehmen. Durch eine parlamentarische Anfragebeantwortung des Innenministeriums wurde im März 2022 aufgezeigt, dass sich die Zahl der Anzeigen aufgrund Hassverbrechen gegen Mitglieder der LGBTIQ* Community von 97 Anzeigen (in sechs Monaten) im Jahr 2021 auf 376 (in zwölf Monaten) steigerte – faktisch eine Verdoppelung. Dabei wird von einer vielfach höheren Dunkelziffer von Hassverbrechen gegen queere Menschen ausgegangen.

Es sollen jedoch die positiven Entwicklungen in Bezug auf die Situation von queeren Menschen in unserem Land nicht vergessen werden. Schritte zur rechtlichen Gleichstellung, eine stärkere Präsenz und Repräsentation in den Medien sowie die steigende Bedeutung von Strategien um Diversity Management in heimischen Unternehmen können als Indizien eines sich vollziehenden Paradigmenwechsel gesehen werden (Schönherr und Zandonella, 2018).

Der Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (vimö) forderte in seinem Positionspapier aus 2015 (welches 2020 beinahe gleichlautend aktualisiert wurde) unter anderem bereits das Recht auf körperliche Unversehrtheit für Kinder und Jugendliche, was normierende bzw. geschlechtsverändernde Interventionen auf chirurgischer, hormoneller oder psychologischer Basis verboten werden müssen. Über die Folgen solcher Interventionen sei unter anderem auf Humer (2021) verwiesen.

Der österreichische Verfassungsgerichtshof (VfGH) entschied 2018, dass Menschen neben männlich und weiblich eine dritte Möglichkeit für einen Eintrag ihres Geschlechts im Personenstandsregister haben müssen, was als großer Fortschritt gewertet werden kann. Österreich reiht sich mit der Möglichkeit einer dritten

Geschlechtsoption in Ländern wie Argentinien, Australien, Bangladesch, Pakistan, Dänemark, Indien, Kolumbien, Nepal, Neuseeland, Malta ein (Stadt Wien, o.J.). Die Kehrseite der Medaille ist jedoch, dass dies nur inter* Menschen möglich ist, nicht-binäre Menschen und Trans* sind davon ausgeschlossen.

Für den Geschlechtseintrag bei weder eindeutig männlichen noch eindeutig weiblichen Menschen, ist laut der Verordnung des Bundesministeriums für Inneres vom 9.9.2020 Folgendes vorgesehen:

- **„Bei der Geburt von Kindern, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind, obliegt es der Hebamme oder der Ärzt*in als Geschlechtsbezeichnung "inter", "divers" oder "offen" einzutragen oder keine Angabe zu machen. Diese dritte Option ist nur bei Kindern möglich, die intergeschlechtlich, also weder eindeutig nur männlich noch eindeutig nur weiblich sind.**
- **Problematisch ist, dass die möglichen Einträge "inter", "divers" und "offen" synonym verwendet werden und hier die Auswahl der Ärzt*In bzw. Hebammen obliegt. Auch ist nicht geregelt, wann keine Angabe zu machen ist.**
- **Sobald eine Zuordnung möglich ist, soll der Geschlechtseintrag ergänzt oder geändert werden auf "männlich", "weiblich", "inter", "divers", "offen" oder eben keine Angabe gemacht werden. Eine bestimmte Frist ist dafür nicht vorgesehen. Es kann daher auch Menschen geben, die lebenslang keinen Geschlechtseintrag haben.**
- **Nicht im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt ist ein Wechsel zwischen den Bezeichnungen "inter", "divers", "offen" und keiner Angabe auf Antrag ohne Begründung und ohne Fachgutachten jederzeit möglich.**
- **Ein Wechsel von "offen" oder keine Angabe auf "inter", "divers" oder "offen" ist ebenso auf Antrag und ohne Begründung jederzeit möglich.**
- **Ein Wechsel von "männlich" oder "weiblich" auf "inter", "divers", "offen" oder keine Angabe ist nur auf Antrag mit ergänzendem Fachgutachten möglich.**
- **Ein Wechsel von "inter", "divers", "offen" oder keine Angabe auf "männlich" oder "weiblich" ist ebenso nur auf Antrag mit ergänzendem Fachgutachten möglich.“**

(Stadt Wien, o.J.)

Da diese Möglichkeit erst seit Kurzem besteht, verwundert es nicht, dass mit Stichtag 1.10.2022 laut Statistik Austria (2022) von knapp 9 Millionen Menschen nur 22 Personen diese 3. Möglichkeit im Personenstandsregister in Anspruch genommen haben, obwohl nach Schätzungen knapp über 31.000 Personen in Österreich (Kirnbauer, 2019) sich nicht der dichotomen Norm zuordnen würden.

Resümierend betrachtet gibt es für die Situation von LGBTIQ* Personen in Österreich noch Verbesserungsbedarf, wobei ein Trend in die richtige Richtung zu erkennen ist. Viele Veränderungen sind rechtlich wie auch gesellschaftlich neu, was bedeutet, dass Sichtweisen, Handlungen und auch Vorschriften evaluiert sowie aktualisiert werden sollten. Transformation innerhalb einer Gesellschaft benötigt Zeit aber vor allem auch Menschen, die für die Rechte von benachteiligten Personen die Stimme erheben.

2.5 Situation von queeren Personen im medizinisch/pflegerischen Setting

Die heteronormative Betrachtungsweise von Individuen kann auch im Bereich von Medizin und Pflege wahrgenommen werden. Im Akutbereich respektive dem Krankenhaus herrscht vielerorts ein heteronormativ geprägtes System: von der Aufnahme über die medizinische sowie pflegerische Anamnese bis zur eigentlichen Betreuung und Pflege.

Vor allem eine nicht geplante Aufnahme ist meist eine Ausnahmesituation für das Individuum. Die sexuelle Orientierung bzw. geschlechtliche Identität ist jedoch von Bedeutung, da Menschen in dieser Ausnahmesituation von Pflegepersonen betreut werden und folglich dessen ein Eingreifen in die Intimsphäre des Menschen unumgänglich scheint (Nano, 2020). Pflegepersonen müssen die spezifischen Probleme von queeren Menschen verstehen, um eine kompetente Versorgung zu gewährleisten, dabei benötigen sie oftmals keine „spezielle“ Pflege oder Sonderbehandlung, sondern viel mehr eine individuelle Zugangsweise, wie sie für alle Menschen gelten sollte.

US-amerikanischen Studien zum genannten Thema weisen darauf hin, dass LGBTIQ* Personen aufgrund von Stigmatisierung und Diskriminierung oder anderen negativen Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung mit gesundheitlichen Nachteilen konfrontiert sind. Das daraus entstehende mangelnde Vertrauen in das

Gesundheitssystem kann dazu führen, dass Gesundheitsbedürfnisse übersehen werden, obwohl Menschen aus der LGBTIQ* Community im Verlauf ihres Lebens häufiger von Depressionen, Angstzuständen, Essstörungen, Suizidalität oder Drogenmissbrauch sowie bestimmten Krebsarten betroffen sind (Johnson und Phillips, 2020; Marin, 2021, McCann und Brown, 2020; Selix et al, 2020). Manzer et al. (2018) führen an, dass LGBTIQ* Personen spezifische Gesundheitsanliegen haben können, die ihre sexuelle Orientierung bzw. geschlechtliche Identität betreffen. Wird dies von Gesundheitsberufen im Krankenhaus nicht erkannt, kann dies zu schlechteren Outcomes führen. Laut Margolies und Brown (2020) erleben Angehörige der LGBTIQ* Gemeinde erhebliche gesundheitliche Unterschiede, die durch Kombination von Barrieren und Minderheitenstress verursacht wird. Anhaltende Stressoren aus unterschiedlichen Quellen erleichtern Selbstzweifel sowie Angst, was zu Depressionen und sozialer Isolation führen kann. Ein mögliches Gefühl der Hoffnungslosigkeit verschlimmert dabei andere Gesundheitsprobleme (Selix et al., 2020). Die Rate für Fettleibigkeit, träger Lebensweise, Rauchen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in der LGBTIQ* Community höher. Sozioökonomische Faktoren, Lebensstilentscheidungen, Minderheitenstress, soziale Isolation und Mangel an diversitätssensibler Pflege tragen dazu bei, dass die gesundheitlichen Nachteile von LGBTIQ* Personen wachsen. (Johnson und Phillips, 2020; McCann und Brown, 2020; Selix et al, 2020).

Anhand der amerikanischen Healthy people 2020 (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2020), welche nationale Ziele für die Gesundheit der amerikanischen Bevölkerung empfiehlt, wurde folgende gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Menschen aus der LGBTIQ* Community und der allgemeinen Bevölkerung sichtbar gemacht:

- LGBTIQ*-Jugendliche sind 2- bis 3-mal häufiger gefährdet, Selbstmordversuche zu begehen.
- LGBTIQ*--Jugendliche sind eher obdachlos.
- Lesbische Frauen erhalten mit geringerer Wahrscheinlichkeit Vorsorgeuntersuchung für Krebs.
- Schwule Männer haben ein höheres Risiko für HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten.

- Lesben und bisexuelle Frauen sind eher übergewichtig oder fettleibig.
- Transgender-Personen haben eine hohe Prävalenz von HIV/sexuell übertragbare Krankheiten, Viktimisierung, psychischen Problemen und Suizid als heterosexuelle oder LGBTIQ*-Personen.
- Ältere LGBTIQ*-Personen sind aufgrund von Isolation und einem Mangel an sozialen Diensten und diversitätssensiblen Gesundheitsdienstleistern mit zusätzlichen gesundheitlichen Barrieren konfrontiert.
- Menschen aus der LGBTIQ* Community haben die höchsten Raten von Tabak-, Alkohol- und anderen Drogenkonsum.

Obwohl diese Daten aus dem amerikanischen Raum kommen und das dortige Gesundheitssystem von unserem divergiert, kann eine klare Tendenz für gesundheitliche Nachteile abgeleitet werden. Die Datenlage für den deutschsprachigen Raum sind zwar limitiert, kommen aber zu ähnlichen Ergebnissen (Brunnett et al., 2020; Spahn und Hackbart, 2020; Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LGZ), 2018; Schupp, 2019).

Im deutschsprachigen Raum sind vor allem Gerlach und Schupp (2017) Wegbereiter für die Auseinandersetzung mit LGBTIQ* spezifischen Themen im Gesundheits- und Pflegebereich. Mit ihrer „Theorie der Anerkennung“ kommen sie zum Schluss, dass in Anbetracht eines bestehenden Minderheitenstresses aber auch Stigmatisierungen und/oder Diskriminierungen eine identitätsfördernde Pflege (homosexueller) Pflegebedürftiger in den Verantwortungsbereich von Pflegekräften fällt. Die Anerkennung einer queeren Lebensweise sollte daher pflegekonzeptionell gefasst sein, um wirksam in einer Institution bzw. im pflegerischen Handeln sichtbar zu werden. Bereits bestehende Pflegekonzepte ermöglichen bereits heute eine identitätsfördernde Pflege, sofern Pflegekräfte über das notwendige „Hintergrundwissen“ LGBTIQ* relevanter Themen verfügen.

Zum Thema einer kultursensiblen Pflege in Deutschland stellen Tezcan-Güntekin und Stern (2020) fest, dass Menschen aufgrund von körperlichen Merkmalen, Religion und/oder Zugehörigkeit einer Bevölkerungsgruppe Bedürfnisse zugeschrieben oder abgesprochen werden. Dabei soll es in der Gestaltung pflegerischer Angebote darum gehen, eine diversitätssensible und personenzentrierte Pflege zu ermöglichen und

nicht um das Schaffen divergenter Projekte scheinbar „fremden“ Menschen. Laut Nano (2020) existieren Management Instrumente, die die Anerkennung von Vielfalt fördern können, um Diskriminierungserfahrungen von Nutzenden von Gesundheitsangeboten wie auch dem Personal entgegenwirken können.

Dass das Nichtberücksichtigen der eigenen Lebensweise eine der häufigsten Diskriminierungsformen im deutschen Gesundheitswesen darstellt, wird in der Repräsentativ- und Betroffenenbefragung von Beigang et al. (2017) bestätigt.

Nano (2020) beschreibt, dass homosexuelle Paare im Krankenhaus aus Angst vor herabwürdigenden Reaktionen des Personals aber auch anderen Kranken Händchen halten oder Umarmungen unterlassen. Wird Diskriminierung erlebt, wird diese jedoch von den Betroffenen nicht aufgezeigt, um eine weitere (befürchtete) Benachteiligung zu vermeiden. Pflegepersonen werden umgekehrt fallweise von ihrer Arbeit ausgeschlossen, wenn es z.B. um das Thema Körperpflege geht.

Die Auswirkungen von Homophobie, Diskriminierung, Stigmatisierung und Minderheitenstress wurden im Kapitel 2.4. dieser Arbeit bereits dargelegt und ergänzen dieses Kapitel.

Der Situation von älteren und alternden Mitgliedern der LGBTIQ* Gemeinde und deren Betreuung vor allem in Langzeiteinrichtung wird mittlerweile in einigen Forschungsarbeiten Rechnung getragen (Appenroth und Lottmann, 2019; Brunnert et al., 2020; Gerlach und Schupp, 2017; Gerlach und Schupp, 2020; Lottmann und Kollak, 2017; Lottmann und Kollak, 2018; Lottmann, 2020; Muscarina, 2021; Obernauer, 2023; Schupp, 2018; Schütze, 2017; Schütze, 2020; Steelman, 2018; Raviola, 2017; Selix et al., 2020; Schubert, 2021).

2.6 LGBTIQ* im Pflegebereich

Die weitere Relevanz des Themas dieser Masterthesis ergibt sich unter anderem auch aus dem Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) sowie aus diversen Pflegechartas:

„Inherent in nursing is a respect for human rights, including cultural rights, the right to life and choice, the right to dignity and to be treated with respect. Nursing care is respectful of and unrestricted by considerations of age, colour, culture, ethnicity, disability or illness, gender, sexual orientation, nationality, politics, language, race, religious or spiritual beliefs, legal, economic or social status“ (ICN, 2021).

Die österreichische Form der Patientencharta (eine gendergerechte Bezeichnung gibt es offiziell nicht) ist eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, die zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wurde. Darin werden die Patient*innenrechte in Gesetzgebung und Vollziehung sichergestellt. Wörtlich heißt es in der Vereinbarung zur Sicherstellung der Patient*innenrechte: *„Die Vertragsparteien verpflichten sich, die zweckmäßigen und angemessenen Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für alle Patienten und Patientinnen ohne Unterschied des Alters, des **Geschlechts** [Herv. d. Verf.], der Herkunft, des Vermögens, des Religionsbekenntnisses, der Art und Ursache der Erkrankung oder Ähnliches rechtzeitig sicherzustellen“* (Abs.2, Art. 4, Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta).

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020) wird noch etwas konkreter und beschreibt in Artikel 1 unter dem Punkt „Respektierung der Lebensweise“ Folgendes: *„Sie haben das Recht auf Respektierung Ihrer Lebensweise und Ihrer geschlechtlichen Identität sowie auf Sexualität. Niemand darf Sie aufgrund Ihrer geschlechtlichen Orientierung diskriminieren. Sie haben das Recht, über Ihre intimen und sexuellen Beziehungen und Aktivitäten selbst zu entscheiden.“*

Diverse Pflegekonzepte (exemplarisch die bereits beschriebene Theorie der transkategorialen Kompetenz) postulieren ebenso eine auf das jeweilige Individuum angepasste Pflege. Es sollte daraus geschlossen werden können, dass aus ethischer, konzeptioneller und rechtlicher Sicht sowie durch Handlungsempfehlungen eine an die jeweilig individuelle Lebenssituation angepasste Pflege Realität ist. Die in vorherigen Kapiteln dargestellten Informationen und Erfahrungen stimmen damit jedoch nicht überein.

Mit der zunehmenden Sichtbarkeit von Menschen mit einem unter Umständen offen gelebten queeren Lebensentwurf steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegepersonen im Laufe ihrer Karriere Personen aus der LGBTIQ* Community betreuen. Jedoch zweifeln Pflegepersonen mitunter, ob die Lebenswelt von queeren Menschen für die Pflege Relevanz hat und ignorieren dabei, dass die geschlechtliche bzw. sexuelle Identität für jedes Individuum bedeutsam ist und untrennbar mit der eigenen Gesundheit verbunden ist, somit kann eine Relevanz für die Pflege klar abgeleitet werden (LGZ, 2018).

Pflegepersonen berichten von Unsicherheiten und Angst im Umgang mit Menschen aus der LGBTIQ* Community sowie Schwierigkeiten, eigene Überzeugungen und Vorannahmen auszublenden (Baiocco et al., 2021; Drevin, 2019; Manzer et al., 2018; Margolies und Brown, 2019; Lottmann, 2020). Diskriminierung, Stigmatisierung sowie Ablehnung sind auch in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu finden (LGZ, 2018). Wissens- und Erkenntnislücken in der beruflichen Praxis aber auch in der Grundausbildung werden thematisiert (Halbmayer-Kubicsek, 2021; Knoop, 2019; Margolies und Brown, 2019; McCann und Brown, 2020; Özdemir und Erenoğlu, 2022; Schröder, 2021; Wang et al., 2022) und es wird erkannt, dass die Bedürfnisse von queeren Menschen für viele noch als Neuland gelten (Lottmann und Kollak, 2018).

2.7 Pflegerische Interventionen zur Verbesserung der Betreuung von queeren Menschen

Um eine qualitativ hochwertige Pflege sicherstellen zu können, benötigen Pflegepersonen unter anderem Wissen um die spezifischen Begrifflichkeiten aus der LGBTIQ* Community, Kenntnis über die Bedeutung von Termini wie Geschlechtsidentität oder Geschlechtsausdruck und ein kritisches Hinterfragen von (unbeabsichtigten) Vorannahmen. Die Ausbildung von transkategorialer Kompetenz und das bewusste Rückbesinnen auf professionelles Handeln innerhalb des beruflichen Selbstverständnisses ebnen den Weg für eine individuell angepasste Betreuung und Versorgung von Menschen, egal welchen Lebensentwurf diese präferieren.

Der Pflegeprozess unterstützt Pflegepersonen dabei, durch eine ausführliche Anamnese zu Beginn ein klar definiertes Pflegeproblem zu erkennen, Ziele festzulegen und darauf ausgerichtet angepasste Pflegehandlungen abzuleiten. Die anschließende Evaluation stellt sicher, dass Pflegemaßnahmen passend gewählt wurden oder diese angepasst werden müssen. Durch die transkategoriale Anamnese haben Pflegepersonen die Möglichkeit, auf unterschiedliche Lebensentwürfe bzw. Merkmale von Menschen einzugehen. Domenig (2021b) legt den Fokus dabei auf drei Aspekte, die in insgesamt 13 Themenbereiche gegliedert sind. Biografische, gesundheitliche sowie lebensweltliche Aspekte stehen im Zentrum der transkategorialen Anamnese (siehe Tabelle nächste Seite). Jedem Themenbereich

sind mögliche Fragen zugeordnet, welche nicht dazu gedacht sind, sie abzuarbeiten. Vielmehr sollen Sie nach einer intensiven Auseinandersetzung des Instruments von Seiten der Pflegepersonen als Richtschnur gelten, welche Themen angesprochen werden sollten. Die zugeordneten Fragen sind keine abschließende Aufzählung, sondern sollen Raum geben für weiterführende Gesprächsinhalte. Möglichen Bedenken, ob manche Fragen gestellt werden „dürfen“, stellt Domenig (2021b) entgegen, *„dass Nutzende sehr wohl bereit sind, Fragen auch zu ihrer Lebensgeschichte [...] zu beantworten, auch weil dies ein Interesse der befragenden Fachperson ausdrückt“*. Fragen, die von der betroffenen Person nicht beantwortet werden möchten, werden in den meisten Fällen auch nicht beantwortet.

Biografische Aspekte	Gesundheitliche Aspekte	Lebensweltliche Aspekte
Lebensgeschichte	Gesundheit, Krankheit, Beeinträchtigung	Arbeit, Beruf und Ausbildung
Zugehörigkeit	Kommunikation	Soziales Netzwerk
Gender	Schmerz, Comfort	Wohnen
Aufenthaltsstatus	Ernährung	Religion, Spiritualität
	Pflege, Behandlung, Begleitung	

Tabelle 1 Transkategoriale Anamnese nach Domenig (2021b), Eigendarstellung

Offen gehaltene Fragen können den zu Pflegenden ermöglichen, über die eigenen Bedürfnisse bzw. Wünsche zu sprechen, ohne dabei die eigenen Grenzen zu überschreiten. Herrscht Unsicherheit von Seiten der Pflegekraft, wie eine Person angesprochen werden möchte, soll das Pronom erfragt und ein eventuelles Versprechen entschuldigt werden. Eine respektvolle Kommunikation bzgl. der sexuellen Gesundheit, inklusive Sprache sowie eine offene Kultur für Vielfalt in der Arbeitsumgebung ermöglicht eine adäquate Pflege nicht nur von queeren Personen (Johnson und Phillips, 2020).

Manzer et al. (2018) beschreiben einerseits ein Füllen der Wissenslücken als essenzielle Maßnahme, andererseits die Bewusstseinsbildung über sexuelle und psychosoziale Gesundheit sowie die Förderung einer therapeutischen Pflegeperson-Patient*innen-Beziehung. Auch Karakaya und Kutlu (2021) kommen zu dem Schluss, dass vor allem ein Basiswissen über LGBTIQ* relevante Themen einen Mehrwert für

alle Beteiligten bietet und stereotype Annahmen aufzuarbeiten sind, um das Vertrauen von queeren Personen in die Arbeit von Pflegepersonen nicht zu erschüttern. Auf die Bedeutung der Notwendigkeit von queeren Ausbildungsinhalten in der Grundausbildung bzw. Fortbildung von bereits ausgebildeten Pflegekräften wurde in Kapitel 1.2.1 bereits eingegangen.

Stummer (2014) überträgt das Konzept der kultursensiblen Pflege in der Altenpflege auf queere Menschen. Sie sieht als zentrale Kennzeichen einer kultursensiblen Pflege das Interesse an der (anderen) Kultur, das Wissen über die (andere) Kultur sowie die Haltung kulturelle Besonderheiten zu erkennen und anzuerkennen. Stummer arbeitet zehn konkrete Bereiche für die kultursensible Pflege von queeren Menschen heraus. Das (An-)Erkennen der Relevanz sowie das Wahrnehmen der Verantwortung und das Erkennen der Perspektiven sind erste Eckpfeiler für eine angemessene Pflege von LGBTIQ* Personen. Weitere wesentliche Punkte sind der Umgang mit Vulnerabilität, Versteckt und doch präsent sein und das Leben in einer (anderen) Welt. Dienen die vorherigen Themen primär der eigenen Haltung von Pflegepersonen, bieten die vier letzten Bereiche mehr oder minder konkrete Handlungsmöglichkeiten: Verständnis durch Sprache, Arbeit mit Biografien, Begleitung in Lebenskrisen und die Gestaltung gesunder (Lebens-)Räume.

In ihrer Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege weisen Gerlach und Schupp (2017) auf zentrale Merkmale eines integrativen Ansatzes zur Betreuung und Pflege von homosexuellen Menschen hin. *„So wird die Anerkennung von Homosexualitäten im Pflegesetting erzeugt bzw. bewahrt, wenn die Akteur_innen der lesbischen und schwulen Community spezielle Angebote initiieren und vorhalten, die Einrichtungen eine Kultur der Offenheit gegenüber homosexuellen Lebensweisen umsetzen, die Pflegenden und/oder andere Pflegepersonen die homosexuellen Menschen identitätsfördernd pflegen und/oder die homosexuellen Pflegebedürftigen ihre Homosexualitäten offen oder teiloffen leben, sofern sie es wünschen“* (Gerlach und Schupp, 2017).

3. Methodisches Vorgehen

Dieser Abschnitt der Masterthesis widmet sich dem methodischen Vorgehen, nämlich den zugrundeliegenden Forschungsansatz, der Art der Datenerhebung sowie -auswertung und der Stichprobe samt Feldzugang. Abgerundet wird das Kapitel mit ethischen Aspekten, welche Berücksichtigung fanden.

3.1. Forschungsansatz

Aufgrund der Fragestellung und der Zielsetzung der Arbeit wurde ein qualitatives deskriptives Studiendesign gewählt, da die Erfahrungen und die subjektive Lebenswelt von Personen aus der LGBTIQ* Community von Interesse sind und abgebildet werden. Es soll somit ermöglicht werden *„ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen zu erkunden, es ganzheitlich und von innen heraus zu verstehen und herauszufinden, welche Bedeutung es für die Beteiligten hat“* (Mayer, 2019, S. 97).

Laut Lamnek (2010) werden folgende Grundprinzipien der qualitativen Forschung angewandt: Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Explikation sowie Flexibilität.

3.2. Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurden zehn nicht standardisierte Interviews geführt, denen ein Interviewleitfaden (Anhang 4) zugrunde lag. Der Interviewleitfaden sollte eher als Gedächtnisstütze für die Interviewende dienen und enthält wichtige Themenbereiche, welche im Interview angesprochen wurden. Durch Interviews wird es Forschenden ermöglicht, die eigene, subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen von Menschen aus der LGBTIQ* Community kennenzulernen (Mayer, 2019).

Der Leitfaden bildete die Gesprächsgrundlage, um auf das Thema fokussiert zu bleiben. Gemäß den Grundprinzipien qualitativer Forschung wurde jedoch innerhalb des Leitfadeninterviews auf eine offene Gesprächsführung abgezielt (Mayer, 2019).

Es wurden face-to-face Interviews angestrebt, da der persönliche Kontakt zwischen der Interviewenden und den interviewten Personen es ermöglicht, eventuelle Fragen zu erklären, gegebenenfalls nachzufragen oder bei offensichtlichen

Missverständnissen zu reagieren. Aufgrund persönlicher Vorlieben der interviewten Personen fanden auch vier Interviews online via MS Teams bzw. Zoom statt. Alle Interviews wurden im Zeitraum von Mitte September 2022 bis Anfang Dezember 2022 geführt und dauerten zwischen 22 und 56 Minuten (durchschnittlich 36,7 Minuten). Ein Interviewprotokoll diente dem raschen Notieren von nonverbalen Situationen und für erste Ideen der Auswertung (Anhang 3). Die Gespräche wurden auf einem Tonträger aufgenommen und transkribiert, dabei wurden einfache Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) angewandt. Sämtliche Interviews wurden anonymisiert, damit keine Rückschlüsse auf die jeweiligen Personen gezogen werden können. Um den höchst privaten Erzählungen der interviewten Personen gerecht zu werden, wurde auf die unpersönliche Nummerierung der Interviews verzichtet und diese stattdessen mit geschlechtsneutralen Namen versehen (Pseudonyme).

3.3. Stichprobe und Feldzugang

Bei der Stichprobe, welche dieser Arbeit zugrunde liegt, handelt es sich um eine Gelegenheitsauswahl, das heißt, all jene Teilnehmenden wurden aufgenommen, welche sich freiwillig meldeten (Mayer und große Schlarmann, 2018). Die Personen wurden über österreichische Vereine der LGBTIQ* Community bzw. Selbsthilfegruppen sowie allgemein über Social Media informiert.

Einschlusskriterien waren volljährige Menschen aus der o.g. Community, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 5 Jahren aufgrund körperlicher und/oder psychischer Beschwerden hatten. Außerdem wurden jene Personen eingeschlossen, die regelmäßige ambulante Behandlungen bzw. Untersuchungen im Krankenhaus absolvieren (z.B. regelmäßige Besuche in einer Stoffwechselambulanz usw.) Es wurde bewusst darauf verzichtet, sich auf bestimmte Krankheitsbilder zu beschränken, um breitgefächerte und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Ebenso gab es keine Altersbeschränkung nach oben. Ausgeschlossen waren Menschen, die nicht der LGBTIQ* Community angehören sowie keine Erfahrungen mit dem System Krankenhaus haben.

Zahlreiche Personen folgten dem Aufruf zu einem Interview und berichteten, dass sie auf unterschiedlichsten Kanälen bzgl. der Interviewanfrage erfahren haben. Der Großteil wurde durch Aufrufe von einschlägigen Vereinen aufmerksam und meldete sich per E-Mail. Aufgrund der großen Resonanz, aber den begrenzten Ressourcen

einer einzigen Forscherin konnte nicht mit allen interessierten Menschen Interviews geführt werden. Dabei wurde jedoch nicht nach Präferenz vorgegangen, es wurde all jenen, die sich zeitlich nach den zehn geplanten Interviews gemeldet hatten, höflich abgesagt mit dem Angebot, die Forschungsarbeit nach deren Abschluss zu erhalten. Ein Informationsschreiben (Anhang 1) klärte die potenziellen Teilnehmenden über den Zweck, Rahmenbedingungen und Kontaktdaten auf, durch den Informed Consent (Anhang 2) bestätigten die Personen die Teilnahme an dieser Forschungsarbeit. Unter den 10 Interviewten befinden sich drei Frauen und zwei Männer, die sich als homosexuell bezeichnen, vier Personen definieren sich als trans* (davon möchten drei als männlich und eine Person als weiblich angesehen werden) und eine Person möchte als nicht-binär gelesen werden. Die Befragten waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 18 und 53 Jahre alt mit einem Durchschnittsalter von 34,8 Jahren.

3.4. Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte nach einer modifizierten Variante der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, nämlich der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder (2008).

Die Grundlage einer inhaltlich-strukturierenden Vorgehensweise ist es, ausgewählte inhaltliche Aspekte am Material zu erkennen, diese zu konzeptualisieren und am Ende das Material im Hinblick auf jene Merkmale systematisch zu beschreiben. Die o.g. Merkmale bilden somit die Struktur eines deduktiv-induktiven Kategoriensystems und die unterschiedlichen Themen werden als Kategorien des Kategoriensystems dargestellt. (Schreier, 2014).

*„Die Besonderheit dieser Auswertungsmethodik liegt in ihrer Verbindung zwischen einer theorie- **und** [Herv. d. Verf.] empiriegeleiteten Kategorienbildung und ihrer stetigen **Überarbeitung** [Herv. d. Verf.] über den gesamten Auswertungsprozess hinweg“* (Steigleder, 2008, S. 188). Die Probekodierung und Überarbeitung des Kategoriensystems wie in der Inhaltsanalyse nach Mayring erübrigt sich bei dieser Datenauswertung.

In neun Schritten gelangt man mit der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder vom schriftlichen Rohmaterial bis zur Darstellung von Ergebnissen. Bevor eine Kategorisierung der Daten beginnen konnte, waren zwei

Schritte für die Vorarbeit notwendig. Die **Vorbereitungsphase** diente vorrangig dem Vertraut werden mit dem Datenmaterial, um die Inhalte umfassend verstehen zu können sowie der Festlegung einer gegenstandsadäquaten Strategie zur Bearbeitung des Datenmaterials. Die **Bildung inhaltlicher Sinnabschnitte und Vorstrukturierung des Datenmaterials** schloss sich an. Dabei wurden Phrasen, ganze Sätze und auch Absätze bestimmt und markiert.

In einem dritten Schritt entwickelten sich **inhaltliche Hauptkategorien** und es wurde eine **thematische Struktur** festgelegt. Zunächst wurden theoriegeleitete und danach empiriegeleitete inhaltliche Hauptkategorien gebildet, um sie gegenüberzustellen und unter Berücksichtigung der Forschungsfragen gemeinsame Kategorien zu bestimmen, welche in eine thematische Struktur eingebettet werden sollten.

Daraufhin wurden sowohl theorie- als auch empiriegeleitet **Ausprägungen** zu den bereits gebildeten Kategorien identifiziert, um in Kombination mit den Kategorien ein vorläufiges **Kategoriensystem** mit präzisen Ober- und Unterkategorien zusammenzustellen. Der Zeitpunkt der **ersten Kontrolle** der Kategorien war nun gekommen und das Kategoriensystems überarbeitet.

In einem fünften Schritt wurde nun der **Kodierleitfaden** (Anhang 5) für die einzelnen Ober- und Unterkategorien erstellt. Dabei wurden durch Kategoriendefinitionen der Inhalt und durch die Kodierregel die Reichweite der jeweiligen Kategorie festgelegt, um weder Lücken noch Überschneidungen entstehen zu lassen. Eine **zweite Kontrolle** der Kategorien samt Kodierplan erfolgte hier und für vorerst nicht zuordenbares bzw. nicht relevantes Material wurde eine „Restkategorie“ im Kodierplan eingerichtet.

Mit der **Einteilung** des gesamten Datenmaterials **in die theorie- und empiriegeleiteten Kategorien** konnte der sechste Schritt beginnen. Ober- und Unterkategorien wurden farblich markiert. Eine **dritte Kontrolle** des Kategoriensystem sowie des Kodierleitfadens rundeten diesen Schritt ab.

Eine **vierte Kontrolle** schloss sich in einem siebten Schritt sofort an, um die Fundstellen auf Plausibilität und Richtigkeit der Zuordnung zu überprüfen sowie das

Kategoriensystem samt Kodierleitfaden zu überarbeiten und zu ergänzen. Es folgte die **Extraktion** entsprechend des Kodierleitfadens anhand des Kategoriensystems.

Mit einer **fünften Kontrolle** der bisherigen Auswertung auf Plausibilität und inhaltlicher Kongruenz begann der achte Schritt, dabei wurden geringfügige Ausdifferenzierungen vorgenommen.

Der letzte Schritt stellte die deskriptive **Ergebnisaufbereitung** unter Berücksichtigung der Forschungsfragen dar, welche im Ergebnisteil zu finden ist. In der Diskussion wurden die Ergebnisse anhand der theoretischen Überlegungen interpretiert und mit einer kritischen Reflexion des Auswertungsprozesses abgeschlossen.

Die folgende Abbildung soll das Verfahren der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung verdeutlichen:

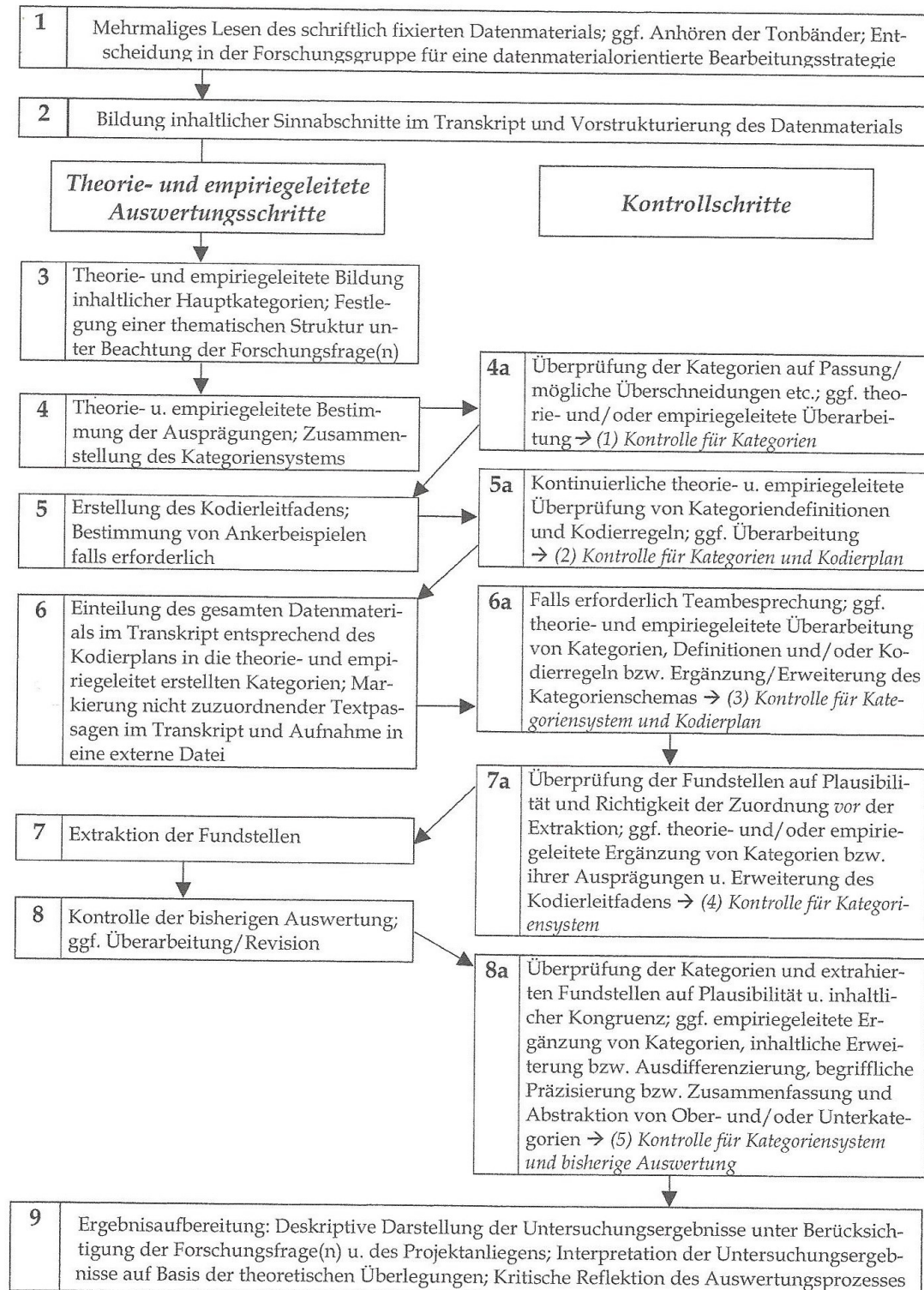


Abbildung 5 Steigleder (2008, S. 189)

3.5. Ethische Grundsätze und Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes

Aus den drei Grundsätzen der biomedizinischen Ethik (Respect for Persons, Beneficence, Justice), welche dem Belmont Report (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979) entspringen, lassen sich für die konkrete Praxis drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes ableiten (Mayer, 2019), welche nachfolgend genauer ausgeführt werden sollen:

Umfassende Information und freiwillige Zustimmung

Die Personen wurden in einem persönlichen Gespräch über das Ziel und den Zweck dieses Forschungsprojektes ausführlich informiert. Das geplante Vorhaben wurde in einer für die Personen verständlichen Sprache dargelegt und mögliche Fragen, wie auch Unklarheiten, ausführlich besprochen. Da die Informationen und die Zustimmung zu dieser Forschungsarbeit nicht nur mündlich, sondern auch schriftlich zu erfolgen hat, geschah dies in Form eines Informed Consent. Darin ist unter anderem festgehalten, dass die Teilnahme zu jeder Zeit beendet werden kann und dass dadurch keinerlei Nachteile entstehen.

Datenschutz und Anonymität

Anonymität ist während des gesamten Forschungsprozesses garantiert. Obwohl die Daten nur innerhalb des Forschungsprojektes verwendet werden, ist es dennoch wichtig, dass diese vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden. Die Autorin unterliegt zudem einer Schweigepflicht. Trotzdem die Interviews bei der Auswertung von den persönlichen Daten bereinigt werden, ist es notwendig, dass persönliche Angaben an einem versperren Ort verwahrt und für fremde Personen nicht zugänglich sind. Die Gewährleistung der Anonymität ist ein Punkt im Informed Consent und wird mit der Unterschrift der Autorin garantiert.

Schutz der Einzelnen vor eventuellen physischen und psychischen Schäden

Im Zuge dieses Forschungsprojektes wurden nicht standardisierte Interviews, mit einem Leitfaden als Grundlage, durchgeführt. Dennoch war und ist der Autorin bewusst, dass durch das Führen eines Gespräches bei einem für diese Person sensiblen Thema, Emotionen hervorgerufen werden können. Darum wurde zu Beginn

jedes Interviews darauf hingewiesen, dass während des Gespräches zu jeder Zeit eine Pause eingelegt werden kann oder das Interview auch abgebrochen werden kann. Falls die Notwendigkeit einer tiefergreifenden psychischen Unterstützung bestehen würde, wurde im Informed Consent auf die Kontaktdaten des sozialpsychiatrischen Notdienstes (SND) und der Psychosozialen Information (PSI) hingewiesen.

4. Ergebnisse

Den eingangs formulierten Forschungsfragen folgend werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder (2008) dargestellt.

Dabei behandelt das erste Unterkapitel die Ergebnisse der Frage nach den Erfahrungen von Menschen aus der LGBTIQ* Community während einer Behandlung im Krankenhaus aus deren Sicht. Die beiden weiteren Unterkapitel widmen sich der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage, die sich mit den Bedingungen, welche Betroffene erwarten, um sich während einer Behandlung im Krankenhaus sicher betreut und gepflegt zu fühlen, befassen möchte.

Nach Wegfall von allgemeinen Kategorien wie biographischen Daten, medizinischen Daten und nicht erkenntnisrelevanten Materials verblieben insgesamt acht Kategorien, davon konnten drei große Hauptkategorien identifiziert werden, um die Forschungsfragen beantworten zu können:

- Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus
- Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen
- Sicher gepflegt und betreut fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenenensicht

Die einzelnen Ausprägungen der drei Hauptkategorien sind in Tabelle 2 übersichtlich dargestellt:

Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus	Sexuelle Orientierung	Angenehme bis neutrale Erfahrungen
		Unangenehme Erfahrungen
	Geschlechtliche Identität	Angenehme bis neutrale Erfahrungen
		Unangenehme Erfahrungen
	Pflegeanamnese	
	Erfahrungen anderer queerer Menschen	

	Mögliche Erklärung der Betroffenen bzgl. Erfahrungen	
Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen	Keine	
	Aufklärung der Öffentlichkeit als Erfordernis	
	Unterstützung durch das private Umfeld	
	Sensibilisierung von Gesundheitsberufen	
	Inklusive Sprache – schriftlich und mündlich	
	Verwendung von korrekten Pronomen/ korrekte Ansprache	
	Signalisierung von Gesprächsbereitschaft/Offenheit	
	Privatsphäre und räumliche Gegebenheiten	
	LGBTIQ* in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung	
Sicher gepflegt und betreut fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenenansicht	Proaktive Aufklärung	
	Aktiv Unterstützung suchen	
	Auswahl des betreuenden Personals	

Tabelle 2 Überblick Hauptkategorien und Ausprägungen (2023), Eigendarstellung

Die nachfolgenden Seiten betrachten die relevanten Hauptkategorien und ihre Ausprägungen auf anschauliche Art und Weise.

4.1 Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus

Diese Hauptkategorie beschreibt die Erfahrungen queerer Menschen im System Krankenhaus und dient somit der Beantwortung der ersten Forschungsfrage. Es wurden fünf Ausprägungen bestimmt, die sich teilweise in Subkategorien aufteilen. Dabei kristallisierte sich heraus, dass sich die Erfahrungen von homosexuellen interviewten Personen und Personen, die sich als trans* bzw. nicht-binär definieren, teils erheblich unterscheiden, die Ausprägungen wurden aufgrund dieser Differenz angepasst.

Eine Unterscheidung in positive, neutrale und negative Erfahrungen stellte sich während der Auswertung als nicht praktikabel heraus, da eine Trennschärfe zwischen positiven und neutralen Erfahrungen nicht gegeben war. Die Subkategorien wurden laut Kodierleitfaden (Anhang 5) neu kategorisiert.

4.1.1 Sexuelle Orientierung

Die interviewten homosexuellen Frauen und Männer gaben in den Gesprächen an, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung bei der Behandlung im Krankenhaus verschiedene Erfahrungen gemacht zu haben, die auf dem Spektrum von angenehm bis unangenehm zu verorten sind.

4.1.1.1 Angenehme bis neutrale Erfahrungen

Fast alle interviewten Personen schilderten, dass ihre sexuelle Orientierung durch die Angabe einer Bezugsperson bzw. eines Notfallkontakts offensichtlich wurde. Dabei wurde entweder keine Reaktion seitens des Pflegepersonals berichtet oder eine positive Reaktion darauf. Beides wurde von den Befragten als angenehme Erfahrung eingestuft:

„Manche oder jetzt sagen sie eh meistens, okay, wer ist die Ansprechperson oder so. Und wenn ich dann gesagt habe, okay, meine Freundin oder so, da ist dann auch kein Zucken und gar nichts. Also da ist, da merkt man auch nichts oder so.“ (Haru, Z 118 - Z 120)

„[...] habe ich einfach die Erfahrung gemacht von einer wirklich sehr empathischen Aufnahmeperson, die dann halt auch gesagt hat, ja und wen darf ich als Kontaktperson angeben und ich habe dann den Partner angegeben [...] Und sie hat gesagt, cool, passt.“ (Ilon, Z 193 - Z 198)

Eine Person gab an, dass sie eine Verbesserung in der Beziehung zu einer Pflegeperson wahrgenommen hat, als sie von dieser als lesbische Frau wahrgenommen wurde:

„Ja, also ich muss ehrlich sagen, davor war eine Pflegerin, die war, hatte mir einen sehr distanzierten Eindruck gemacht, hat nicht viel mit den Patienten gesprochen, war eher kühl und so. Und nachdem sie so Szenen eben mitbekommen hat, habe ich das Gefühl gehabt, ist sie wärmer geworden mit mir.“ (Gerit, Z 110 - Z 113)

Von den meisten homosexuellen Befragten wurde explizit hervorgehoben, dass ihre sexuelle Orientierung keine Rolle während der Behandlung im Krankenhaus gespielt hat bzw. sie positive Erfahrungen machen durften. Dies wurde als angenehm bis neutral empfunden:

„Also ich habe jetzt per se jetzt keine negativen Auswirkungen oder irgendwie Erfahrungen gehabt [...].“ (Haru, Z 109 - Z 110)

„Es hat in dem Sinn keine Rolle gespielt, also ich habe zumindest nicht das Gefühl gehabt oder das wahrgenommen, dass es eine Rolle gespielt hat.“ (Jamie, Z 76 – Z 77)

Eine Person schilderte, dass das Pflegepersonal mit Neugierde reagierte, als der Beziehungspartner zu Besuch ins Krankenhaus kam, dies aber nicht als unangenehm empfunden wurde:

„Ich glaube eher die Neugierde, also ich habe mich da auch nicht unwohl gefühlt, ja. Sie haben das, glaube ich, auch ziemlich charmant gemacht, also von dem her, ja, ist es kein großes Ding.“ (Jamie, Z 94 - Z 96)

Die Subkategorie „Angenehme bis neutrale Erfahrungen“ zeigte, dass die Information über die sexuelle Orientierung zumeist über die Angabe einer Kontaktperson bei der Aufnahme aufkam, zumeist wurde darauf nicht gesondert oder wohlwollend reagiert. Während der Behandlung konnten die meisten Befragten bzgl. ihrer sexuellen Orientierung keine großen Auffälligkeiten im Verhalten von Gesundheitspersonal feststellen, wobei eine Person die Neugier von Pflegepersonen wahrgenommen hat und eine weitere Person eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehung einer Pflegerin berichtet hat.

4.1.1.2 Unangenehme Erfahrungen

Obwohl einige positive Berichte durch die Befragten formuliert wurden, gab es fallweise auch Eindrücke bzw. Erlebnisse, die in Richtung einer unangenehmen Erfahrung deuten.

Eine Person hatte den Eindruck, dass über die sexuelle Orientierung bei Pflegepersonen ungern gesprochen wird, dies jedoch auf Beidseitigkeit beruht:

„Ich habe eher die Erfahrung gemacht [...] dass nicht so gerne darüber geredet wird.“
(Franzi, Z 77 – Z 78)

Ein Befragter bestätigte die eben genannte Sorge und erzählte, dass sehr wohl über seine sexuelle Orientierung gesprochen wurde, allerdings in abwertender Form:

„Ja, also was ich gemerkt habe, [...] wir sind halt am Gang Hand in Hand gegangen. Und eben am Stationsstützpunkt vorbei und da hat man halt gemerkt, dass dann getuschelt wurde und so. Und da hat man offensichtlich gemerkt, dass es da um uns geht, ja. Also auch mit so einem Schmunzeln drauf und so, ja.“ (Jamie, Z 169 – Z 174)

Von einer interviewten Person wurde erzählt, dass das Wording für Sie nicht stimmig war bzw. nicht neutral formuliert wurde und bei einer etwaigen Richtigstellung der Patientin ein Outing erzwungen worden wäre:

„[...] ich [...] war auf der Gyn und dann habe ich eben gefragt, was darf ich jetzt die nächste Zeit nicht machen oder worauf soll ich achten. Und da hat er eben gesagt, naja, okay, keine Bäder und kein Geschlechtsverkehr. Habe ich mir gedacht, okay, [...] hätte er auch sagen können, okay, es darf nichts eingeführt werden.“ (Haru, Z 190 – Z 194)

Und dann fühle ich mich ein bisschen komisch, weil dann ist es eher, liegt es bei mir, sage ich jetzt was oder sage ich nichts. Das sind dann immer so quasi so [...], erzwungene Outings [...].“ (Haru, Z 406 – Z 408)

Auch fehlende Ganzheitlichkeit respektiv Menschlichkeit wurde von einer Befragten wahrgenommen und die Fokussierung auf Aufgaben, die die körperliche Ebene betreffen, vordergründig war:

„Ja, die waren sehr stark fokussiert auf ihre täglichen To Do's, also hatten Sie Stuhlgang, hier sind Ihre Medikamente, brauchen Sie ein neues Handtuch, ja.“ (Gerit, Z 286 – Z 287)

„Aber es fehlt teilweise dieses Menschliche.“ (Gerit, Z 341)

Von den interviewten Menschen wurden in dieser Subkategorie hauptsächlich Themen angesprochen, die auf der strukturellen Ebene zu verorten sind, nämlich die Sorge vor Diskriminierung, oder eine fehlende ganzheitliche Betrachtung von Menschen. Das Thematisieren der sexuellen Orientierung seitens der Pflegepersonen aber auch manchen Betroffenen selbst wurde als eher unangenehm empfunden. Unpassendes Wording wurde von vielen Interviewten angesprochen. Ein Befragter äußerte eine konkrete Situation, die seinen Partner und ihn direkt betraf, was er als abschätzend empfand.

4.1.2 Geschlechtliche Identität

Den interviewten Personen, die sich aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität als queer definieren, war es wichtig, ihre zahlreichen Erfahrungen im System Krankenhaus zu schildern. Ihre Erlebnisse reichten von angenehmen Ereignissen über neutrale Geschehnisse und sehr unangenehmen Erlebnissen.

4.1.2.1 Angenehme bis neutrale Erfahrungen

Einige Erzählungen handelten von Krankenhausaufenthalten, die im Rahmen der Transition stattfanden. Einige der interviewten Personen schilderten angenehme bis wertfreie Erfahrungen, was die Sensibilität und Professionalität des Pflegepersonals anbelangt.

„Sicher, also es hat schon auch welche gegeben, die dem neutral zugestanden sind. Oder eben auch gesagt haben, ja, mach weiter und wenn es das Richtige ist, dann ist

das okay und so. [...] Also die meisten waren halt eher neutral dem Ganzen gegenüber, würde ich sagen. Also ich sage, von den Pflegepersonen ist sogar eher ein klein wenig mehr Verständnis da gewesen als wie von den Ärzten.“ (Dany, Z 250 – Z 255)

„Also ja, also wenn das Thema, ich bin trans, mal in den Hintergrund geraten ist, auch für die anderen Personen, dann ging es mir gut eigentlich [...] Dann habe ich mich verstanden und halbwegs wohlgefühlt, gut aufgehoben [...].“ (Andy, Z 487 – Z 493)

Manche hatten den Eindruck, dass sie von weiblichen Pflegekräften sensibler versorgt wurden bzw. dass diese sie sicher fühlen haben lassen:

„[...] das Pflegepersonal eher Frauen und jüngere Generationen, war das Pflegepersonal natürlich sensibler. [...] Und das Pflegepersonal hat, die war eher tröstend und zuhörend.“ (Erin, Z 92 – Z 96)

„[...] also diese eine Pflegerin war dann auch beim, sie war bei der Entlassung dabei und sie hat mir ein paar Sachen noch erklärt. Sie hat mich eigentlich sicher fühlen lassen, dass ich in guten Händen bin.“ (Billie, Z 377 – Z 379)

Zwei interviewte Personen äußerten sich zu strukturellen Gegebenheiten, die die Unterbringung auf der Station bzw. im Zimmer thematisieren. Dabei wurde als angenehm empfunden, unter „Gleichgesinnten“ zu sein:

„Und da sind rein Transgenderleute, also Frau zu Mann, Mann zu Frau, gemischt. Aber man kann sich auch ein bisschen austauschen. Das ist gut.“ (Dany, Z 500 – Z 502)

„Es war dann auch an dem Tag, wo wir beide entlassen worden sind, dann noch eine neue Transperson dazugekommen ist, die im gleichen Zimmer, die hatte halt an dem Tag dann die OP.“ (Billie, Z 227 – Z 230)

Eine befragte Person schilderte ein für sie ganz besonders schönes Ereignis, welches nachhaltig in Erinnerung geblieben ist:

„[...] das war Visite am ersten Tag nach der Operation [...] der Verband ist runtergenommen worden und ich habe das erste Mal mein Ergebnis gesehen. Und sie hat dann, es sind halt [...] diese ganzen Studierenden da gewesen, [...] und dann hat sie halt vor denen noch gesagt, oh, ich kann Ihnen ansehen, wie sehr Sie sich darüber freuen, über das Ergebnis. Und das war irgendwie sehr schön, dass das halt, es ist für mich ein großer Moment gewesen und sie hat das auch gesehen und hat das dann auch geteilt.“ (Billie, Z 369 – Z 377)

Neutrale Erfahrungen bezüglich der Ansprache bzw. der Verwendung von Pronomen wurden von zwei Personen angesprochen, von beiden wurden diese Erfahrungen als neutral bewertet. In einer Erzählung versuchten Pflegepersonen, eine geschlechtsspezifische Anrede zu vermeiden:

„[...] und dann gibt es die Personen, die so sind, okay [...] allerdings versucht haben zu verhindern, mich irgendwie überhaupt geschlechterspezifisch [...] sich auf mich zu beziehen so. Also keine Pronomen verwendet haben oder versucht haben, auch gar nicht den Namen irgendwie zu verwenden [...]. (Andy, Z 153 – Z 158)

Bei der zweiten Person wurde eine korrekte Ansprache aufgrund fehlender Information zur geschlechtlichen Identität schwieriger, für den Betroffenen hatte dies jedoch keine Relevanz:

„Ja, also schon, aber mir war es dann auch nicht so wichtig, weil ich ja jetzt nur so kurz da bin und ich die dann eh nicht mehr sehe. Also mir war es jetzt nicht so wichtig, aber ich habe, ja, überlegt halt.“ (Charlie, Z 87 – Z 92)

Über ein positives Interesse an seiner Transition seitens des Pflegepersonals freute sich dieser Befragte:

„Also ich merke das aber zum Beispiel auch, wenn ich ambulante Termine habe, die Pflegepersonen sind tatsächlich auch viel interessiert an dem Thema und fragen mich auch Sachen zu bestimmten Themen, wie es mir damit geht oder wie ich das sehe und

so weiter. Es ist tatsächlich mehr in den Vordergrund gerückt, im positiven Sinne.“
(Andy, Z 568 – Z 572)

Einige Bereiche wurden von den interviewten Personen als positiv bis neutral bewertet. Bei der Sensibilität des Pflegepersonals konnte eine wertfreie Sichtweise durch die Befragten eingenommen werden. Manche fühlten sich in der Versorgung durch weibliche Pflegekräfte sensibler betreut bzw. wurden diese als sensibler wahrgenommen. Bezüglich der korrekten Ansprache bzw. der Verwendung von Pronomen wurde sachlich geschildert, dass geschlechtsspezifische Anreden seitens des Pflegepersonals vermieden wurden oder die Notwendigkeit einer Richtigstellung durch die betroffene Person nicht wichtig war. Positiv bewertet wurde die Unterbringung in Zimmern mit Personen ähnlicher Thematiken. Zwei Personen zeigten sich erfreut, dass Pflegepersonen Interesse und auch positive Anteilnahme an der Transition der Interviewten zeigten.

4.1.2.2 Unangenehme Erfahrungen

Die Subkategorie der unangenehmen Erfahrungen von Menschen, die sich aufgrund ihrer Geschlechtsidentität als queer definieren, wurde mit zahlreichen Beispielen und unbeschönigten Situationen belegt. Teilweise werden diese konkreten Erfahrungen zusammenfassend bzw. sinngemäß wiedergegeben, um die Anonymität der Interviewten weiterhin gewährleisten zu können.

Viele Probleme bei der Anrede und der Verwendung des korrekten Pronomens gab es aufgrund einer noch nicht durchgeführten Personenstandsänderung und der noch nicht ersetzten e-card. Obwohl darum gebeten wurde den neuen Namen zu verwenden, wurde das von manchen Pflegepersonen verwehrt und manche zweifelten an, ob es sich um die eigenen e-card der hilfesuchenden Person handelte:

„[...] da gab es schon recht viele, die absichtlich mehrmals den falschen Namen verwendet haben und auch mich als sie bezeichnet haben. [...] also es gab einen speziell, der hat das wirklich immer wieder und auch so richtig provokant gemacht, den habe ich dann einmal angesprochen, wo es mir wirklich gereicht hat, hat gemeint, so

heiße ich nicht und der hat dann gemeint, ja, so steht es aber in meinem Pass.“ (Andy, Z 230 – Z 235)

„Und es hat immer wieder Probleme gegeben, dass Leute meine E-Card, also angezweifelt haben, ob es meine E-Card tatsächlich ist. Ich bin immer mit meinem alten Namen aufgerufen worden und mit Herr [...].“ (Erin, Z 43 – Z 45)

Strukturelle Problemfelder sahen die Befragten hauptsächlich bei der Zimmeraufteilung aber auch beim Formularwesen. Einerseits wurden unangenehme Gefühle beschrieben, was Mitpatient*innen aber auch das Personal selbst betraf. Andererseits wurde bei Schriftstücken nicht darauf geachtet, diese geschlechtsneutral zu formulieren bzw. die Angaben zum gewünschten Pronomen ignoriert:

*„Bin in einem, zum Glück isolierten, Einzelzimmer gewesen, weil die, das Bett war auf einer normalen Gynäkologie, die Blicke, was macht ein **etwas** [Herv. Verfasserin] quasi da auf dieser Station. Jetzt nicht so vom Pflegepersonal, sondern auch von den Patienten dort, die haben das überhaupt nicht verstanden.“ (Dany, Z 60 – Z 64)*

„Ich habe das aber zum Beispiel auf einem Fragebogen ausgefüllt so, dass ich nicht-binär bin dazugeschrieben und dass meine Anrede Person ist, was halt ignoriert worden ist“ (Billie, Z 196 – Z 198)

„Die, also die Personenstandsänderung, das war noch vor Testosteron, habe ich das machen lassen. Und ja, der Aufklärungsbogen war halt in Frau-Form gehalten. Aber ich weiß nicht, warum.“ (Dany, Z 283 – Z 285)

Viele Aussagen gab es über das allgemeine Verhalten von Mitarbeitenden im Krankenhaus. Dabei kristallisierte sich während den Interviews heraus, dass bei Problemen meist männliche Gesundheitsberufe bzw. Ärzte involviert waren. Von der Altersstruktur her wurde geschildert, dass Personen um die 40 Jahre *„irgendwie die Schlimmsten“* (Danny, Z 449) sind, aber auch ältere Pflegepersonen fragwürdige Verhaltensweisen an den Tag legten:

„[...] aber ich habe vor allem auch von anderem Pflegepersonal und tatsächlich auch Großteils männlichen Pflegepersonen so Abneigung erfahren.“ (Andy, Z 242 – Z 244)

„Also bei den weiblichen Pflegerinnen war es so, die etwas Älteren, also sagen wir mal so 50+, hatten auch schon ein Problem damit, allerdings waren sie im Zugang zu mir offener. Also auch, wenn sie damit nicht wirklich einverstanden waren oder mich nicht wirklich beim richtigen Vornamen nennen wollten [...]“ (Andy, Z 295 – Z 298)

„Ja, dadurch, dass das ärztliche Personal in meinem Fall damals nur alte, weiße Männer waren [...] waren eher katalogisierend, menschenverachtend. Haben mir auch nicht wirklich zugehört, was meine Bedenken waren.“ (Erin, Z 91 – Z 93)

Teilweise wurde mangelnde Professionalität von Gesundheitsberufen, vornehmlich von ärztlicher Seite, angesprochen. Es fehlte den Interviewten ein Nachfragen seitens der Mitarbeitenden im Krankenhaus, was Befinden oder Anliegen bzw. Wünsche betrifft. Auch fehlendes Verständnis wurde attestiert:

„[...] Also ich sage, die Mehrheit war mit Unverständnis [...].“ (Dany, Z 167)

„[...] er [der Arzt, Anm. der Verfasserin] muss ein Foto machen, ziehen Sie sich aus, [...] Und er so, ja, stellen Sie sich nicht so an, ist ja nur ein Foto machen. Eh nur, ja, also die Professionalität ist da halt zu wenig.“ (Dany, Z 260 – Z 267)

„Die medizinischen Studien, die was ich im Krankenhaus besucht [...] habe, die waren transfeindlich aufgelegt, sehr viel Unwissenheit und immer wieder transfeindliche Fragen.“ (Erin, Z 307 – Z 309)

Mehrere Befragte machten auch Erfahrungen mit Vorurteilen oder hatten Angst vor Diskriminierung, was dazu geführt hat, für sie wichtige Themen nicht anzusprechen oder eine professionelle pflegerische/therapeutische Beziehung nicht in ausreichendem Maße eingehen zu können:

„Es gab immer wieder Bemerkungen von Ärztinnen, von Pflegepersonal, ja, menschenverachtende Aussagen [...] jedes Mal, wenn ich aufgerufen worden bin, [...] haben die vor dem Raum, im Patientenraum noch diskutiert, ob ich jetzt die Person wirklich bin. [...] Und das ist natürlich ein großes Sicherheitsbedenken, wenn man das vor anderen Leuten macht [...].“ (Erin, Z 56 – Z 63)

„Also das habe ich auch bis heute immer noch ein bisschen das Gefühl, dass Psychotherapeuten, Psychiatern oder sonstiges medizinisches Personal das Gefühl hat, dass Transsein ist so ein großes Problem für mich und manchmal habe ich das Gefühl, dass sie das zu sehr in den Vordergrund rücken wollen [...]“ (Andy, Z 480 – Z 483)

Es wurden von allen interviewten Personen ganz konkrete Situationen geschildert, welche Sie sehr belastet haben oder noch bis heute beschäftigen. Diese werden aus Gründen der Anonymität stark vereinfacht wiedergegeben:

- Ein männlicher Pfleger, der absichtlich zum Befragten kam, obwohl dieser sich offensichtlich zurückgezogen hatte.
- Eine Praktikantin, welche zwei Trans*Männer mit intimen und neugierigen Fragen über ihre Genitalien bedrängte.
- Ein männlicher Intensivpfleger, der einem queeren Lebensentwurf mit Abneigung entgegenstand, dem Pflegeempfänger drohte und ihm bewusst therapeutische Maßnahmen versagte.
- Eine ältere weibliche Pflegerin, die der interviewten Person gegenüber ihre Abneigung gegen Trans* Personen im Nachtdienst aggressiv und lauthals kund tat.
- Diskriminierende Blicke, Gesten und Sprüche von Mitpatient*innen.

Mit den in dieser Subkategorie beschriebenen Erfahrungen gingen viele unangenehme Gefühle einher, die die Befragten auch eindeutig benennen konnten und wollten:

„Aber ja, für mich war das halt dann mit social anxiety verbunden, ich wollte das einfach hinter mich bringen und ja.“ (Billie, Z 57 – Z 59)

„Überforderung, Scham, Angst, Wut, also sehr, sehr viele Gefühle. Angst auf jeden Fall, Sicherheitsbedenken und ja, Diskriminierungsfall, Scham und so.“ (Erin, Z 78 – Z 79)

Resümierend betrachtet wurden in dieser Subkategorie viele Aspekte von unangenehmen Erfahrungen angesprochen. Beginnend mit der Thematik der Verwendung von korrekten Pronomen und der gewünschten Ansprache über die Zuteilung von Zimmern sowie die Gestaltung von Formularen bzw. dem Beachten der dort ausgefüllten Informationen. Über das Verhalten von Pflegekräften sowie ärztlichem Personal und der oftmals fragwürdigen Professionalität derselben wurde mehrfach berichtet, dabei haben Alter und Geschlecht des Personals eine Rolle gespielt. Das Vorhandensein von Vorurteilen und die damit verbundene Angst vor Diskriminierung war für die meisten Befragten eine Herausforderung. Alle interviewten Personen schilderten konkrete Situationen, welche für sie sehr belastend waren und teilweise bis heute sind, von vielen wurden greifbare Gefühle und Emotionen beschrieben.

4.1.3 Pflegeanamnese

Dem Thema Pflegeanamnese wurde eine eigene Ausprägung zuteil, da sie einen integralen Teil des Pflegeprozesses darstellt. Über die Frage nach einer Kontaktperson wurde bei homosexuellen Personen ihre sexuelle Orientierung angesprochen (siehe auch Kapitel 4.1.1.1). Sofern das Thema der Pflegeanamnese in einem Interview auftrat und diese auch durchgeführt wurde, bestätigten beinahe alle befragten Personen, dass der Bereich der Sexualität (je nach Pflegemodell wird die betreffende Kategorie in der Pflegeanamnese anders formuliert) ausgespart wurde:

„Und ich glaube, es sind nicht alle Fragen gestellt worden. Also manche sind wahrscheinlich auch nicht so nötig gewesen [...]“ (Billie, Z 90 – Z 91)

„Aber irgendwie finde ich das da schon ein bisschen eigen, ja, also die, wo das Thema eigentlich schon horrend ist, dass das da echt gar nicht so aufpoppt.“ (Haru, Z 134 – Z 135)

„Nein, weder in [...] noch in [...], nein. Ich habe jedes Mal darauf gewartet, ob sowas kommt. [...] Kam nichts.“ (Dany, Z 317 – Z 322)

Bezüglich der Relevanz des Themas Sexualität in der Pflegeanamnese gab es verschiedene Ansichten:

„Ich denke es gibt schon eine gewisse Relevanz, weil es eine Rolle spielt, ob ich mit jemanden in einer Beziehung zusammenwohne oder nicht und ob ich eine Hilfe von meiner Partnerin oder Partner bekomme.“ (Franzi, Z 67 – Z 69)

„[...] aber ich denke auch, es ist nicht so relevant, wenn eh schon geplant ist, dass ich nur fünf Tage im Krankenhaus sein werde und es auch schon davor klar war, dass ich trans bin, also ja.“ (Billie, Z 105 – Z 107)

Eine Person äußerte eine Vermutung, wieso das Thema Sexualität während der pflegerischen Anamnese nicht angesprochen wurde:

„Die einzige Vermutung ist, klingt vielleicht jetzt hart, aber mehr Arbeit. Es ist ja für, weil es ist ja mehr Arbeit dann das Ausarbeiten [...]“ (Dany, Z 339 – Z 340)

Eine Person berichtete über eine für sie amüsante Erfahrung während dem Erheben der Pflegeanamnese:

„[...] da gab es eine Frage, fühlen Sie sich in Ihrem Körper wohl. [...]. Dann, das war eine recht lustige Erfahrung. Dann habe ich gesagt, ja, ich meine, ich bin transsexuell, ich weiß nicht, ob ich mich jemals in meinem Körper wohlfühlen könnte. Und dann war der Pfleger, der mir gegenüber gesessen ist so kurz einmal still, hat er gemeint so, ah, okay, heißt das, Sie wollen eine Frau sein. [...] dann habe ich ihn aufgeklärt, dann hat er gesagt, ah, okay.“ (Andy, Z 198 – Z 207)

Diese Ausprägung hat gezeigt, dass der Bereich der Sexualität in der Pflegeanamnese tendenziell vernachlässigt wurde, die Befragten hatten teilweise dafür Verständnis, fanden das Thema aber trotzdem relevant, vor allem, was den Beziehungsstatus

anbelangt. Eine Person vermutete bei der Ausarbeitung der Pflegeanamnese eine vermehrte Arbeitsbelastung für Pflegekräfte und ein daraus resultierendes Desinteresse, sich mit dem Thema Sexualität in Rahmen des Pflegeprozesses auseinanderzusetzen. Eine Pflegeperson konnte während der Anamnese von der interviewten Person über die Formulierung einer Frage aufgeklärt werden.

4.1.4 Erfahrungen anderer queerer Menschen

Die Befragten berichteten nicht nur über eigene Erfahrungen, die sich gemacht haben, sondern auch über Erfahrungen anderer queerer Menschen bzw. stellten Vermutungen an, welche Problemfelder sich für queere Personen ergeben könnten.

Die meisten interviewten Personen meinten, dass queere Menschen im Allgemeinen mehr Schwierigkeiten bei der Betreuung in Krankenhäusern hätten. Dabei wurde von Vermutungen ausgegangen:

„Ich glaube schon, dass es eher die Ausnahme war. Ich glaube schon, dass es auch sehr viele negative Erfahrungen bei einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft oder auch Transgender und so“ (Gerit, Z 348 – Z 350)

„Ich glaube aber schon oder das ist, meine Einschätzung ist schon, dass Leute aus der Community auch im stationären Bereich aufgrund ihrer Sexualität sicher noch Probleme haben in der Betreuung.“ (Jamie, Z 305 – Z 307)

Einige sprachen konkreten Erfahrungen an, die andere Personen machen mussten:

„Genau, bei Mammographie weiß ich, dass es bei einigen Transfrauen dazu gekommen ist, dass Assistentinnen, Pflegepersonal plötzlich während der Untersuchung plötzlich beobachten oder bei Operationen, dass vor allem bei intergeschlechtlichen Personen, dass diese begutachtet werden von Ärztinnen, Praktikantinnen, Pflegepersonal, die was eigentlich nichts damit zu tun haben und das, quasi dieser einzige Fall jetzt jedem gezeigt wird, der was im Raum ist.“ (Erin, Z 257 – Z 262)

„[...] also Familie durfte kommen, also die nahen Angehörigen und er hat von Anfang an eben gesagt, er lebt mit seinem Partner zusammen und da wurde dann gesagt, nein, solange sie nicht verheiratet sind, darf der Partner nicht hinein.“ (Gerit, Z 366 – Z 369)

Von den Befragten wurden einige Situationen geschildert, die andere queere Menschen erlebt haben, dabei reichte die Spannweite von konkreten Ereignissen wie offensichtliche Neugierde bei inter* Personen, Diskriminierung von Lebenspartnern und Unverständnis gegenüber trans* Personen bei fachärztlichen Besuchen bis zu allgemeinen Sichtweisen, was die Betreuung von queeren Menschen betrifft.

4.1.5 Mögliche Erklärung der Betroffenen bzgl. Erfahrungen

Die interviewten Personen stellten mögliche Erklärungsversuche über die Erfahrungen an, die sie selbst aber auch andere machten.

Ein wichtiges Thema in dieser Ausprägung war die Rolle der Gesellschaft, die Einfluss auf das Verhalten und den Umgang mit queeren Menschen zu haben scheint. Die Aussagen der Interviewten zu diesem Thema waren genauso wie die gemachten Erfahrungen teils positiv, aber auch negativ. Angenehm wurde die Veränderung der gesellschaftlichen Meinung gesehen:

„[...] wie die Gesellschaft das sieht und ich sage einmal, zwei Drittel da schon sehr offen sind, aber ein Drittel ist trotzdem noch bei uns in Österreich, wo ich sage, die noch nicht so weit sind, dass die Akzeptanz da ist.“ (Ilon, Z 257 – Z 259)

„Es ist tatsächlich mehr in den Vordergrund gerückt, im positiven Sinne.“ (Andy, Z 571 – Z 572)

„[...] im Vergleich zu früher hat sich ja Gott sei Dank einiges getan, auch in der Gesellschaft [...]“ (Jamie, Z 335 – Z 336)

Als nachteilig wurde eine fehlende Thematisierung in der Bevölkerung gesehen, die zu den unangenehmen Erfahrungen geführt haben könnten:

„[...] aber in dem Punkt ist meine Meinung, dass einfach zu wenig darüber gesprochen wird oder bzw. auch Aufklärung vorhanden ist.“ (Dany, Z 168 – Z 169)

„[...] die werden wahrscheinlich auch älter sein als ich und somit werden sie zu anderen Zeiten mit ihrer Transition angefangen haben oder es vielleicht noch weniger Thema war in der Gesellschaft und wo das auch vielleicht teilweise gefährlich war, eine Transition zu machen, könnte ich mir vorstellen.“ (Andy, Z 679 – Z 683)

Auch bezüglich der korrekten Ansprache von trans* und nicht-binären Menschen wurden Vermutungen geäußert, in welchem Bereich mögliche Problemfelder liegen könnten:

„Ich denke mal, wahrscheinlich im Computer war einfach kein Platz für sowas und das, keine Ahnung, das war anscheinend egal, dass sie das nachfragen oder so.“ (Billie, Z 199 – Z 200)

„Vielleicht schauen die gar nicht so genau in die Stammdatenblätter rein [...]“ (Ilon, Z 202 – Z 203)

Doch auch die Verhaltensweise von queeren Menschen selbst, in diesen Fällen homosexuellen Personen, wurde von manchen Befragten kritisch hinterfragt und beurteilt:

„Vielleicht aber auch, weil ich damit einfach so selbstverständlich umgehe. Ich glaube, wenn man selber damit, das sehr problematisiert, sage ich jetzt einmal, dann wird es vielleicht auch für andere schwieriger.“ (Gerit, Z 409 – Z 412)

„Aber natürlich gibt es auch Menschen in der Community, [...] die halt natürlich auch von ihrer Persönlichkeit herausfordernd sind, [...] und, ich glaube auch, manchmal fehlinterpretieren, dass sie benachteiligt werden aufgrund ihrer sexuellen Orientierung. Ich glaube, dass das manchmal so ein bisschen eine verzerrte Sichtweise auf die Dinge ist, ja. [...]“ (Jamie, Z 251 – Z 257)

Zwei Interviewte sahen ein starkes Selbstbewusstsein als Schutzfaktor vor negativen Reaktionen an:

„Ich habe das Gefühl, dass die älteren Freundinnen ein starkes Selbstbewusstsein haben. Ich selbst auch.“ (Franzi, Z 167 – Z 168)

„[...] da sind alle durchwegs sehr selbstbewusste Frauen, die ihre Frau stehen und auch schauen, dass sie das durchsetzen und machen [...]“ (Haru, Z 395 – Z 396)

Die Bedeutung der Gesellschaft wurde von den Interviewten ambivalent gesehen, einerseits wurde eine positive Veränderung wahrgenommen, andererseits eine fehlende Thematisierung von LGBTIQ* relevanten Bereichen. Es zeigte sich, dass einige Befragte nicht nur die Rolle von anderen Menschen als problematisch im Umgang mit queeren Menschen sahen, sondern diese durchaus auch einen Zusammenhang mit eigenen Sichtweisen vermuteten. Ein starkes Selbstbewusstsein wurde als Schutzfaktor angenommen.

4.2 Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen

Diese Hauptkategorie beschreibt, welche Bedürfnisse Personen aus der LGBTIQ* Community haben, um sich sicher betreut und gepflegt zu fühlen und beschäftigt sich somit mit der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage. Es konnten neun Ausprägungen bestimmt werden, wobei eine davon kein Kriterium an sich darstellt, sondern Aussagen von Betroffenen repräsentiert, die keine konkreten Veränderungswünsche angaben, keine Veränderungen als notwendig erachteten oder nicht wussten, welche Veränderungen notwendig wären. Dabei gab es nur wenige Kommentare, exemplarisch von dieser Person:

„Ich glaube, es gibt zu wenig Spielraum von den Strukturen her. [...] Ich habe aber sonst auch keine Idee, wie es besser werden würde.“ (Franzi, Z 206 - Z 209)

4.2.1 Aufklärung der Öffentlichkeit als Erfordernis

Eine Notwendigkeit der Aufklärung der Gesellschaft wurde schon in der Ausprägung 4.1.5 sichtbar. Die Frage nach konkreten Wünschen, die zur Verbesserung der Situation von queeren Menschen im Krankenhaus beitragen, förderte die Sichtweise, dass die Rolle der Gesellschaft eine große Rolle spielt und die Aufklärung dieser eine Notwendigkeit darstellt:

„[...] dass noch mehr Offenheit gelebt werden soll von der Gesellschaft, dass diese Personen, die so versteckt leben müssen, was keine angenehme Situation ist, [...] weil das ja sehr herausfordernd sein kann oder sich entwickeln kann.“ (Ilon, Z 489 – Z 492)

„[...] natürlich auch, was die Öffentlichkeit betrifft, ja. [...] Auch wenn alle immer sagen, das Land ist so rückschrittlich oder so konservativ, es hat sich auch am Land einiges getan. Das muss man auch ganz ehrlich sagen. Aber ich glaube, es ist trotzdem noch sehr viel Aufklärung notwendig.“ (Jamie, Z 334 – Z 339)

Manche Befragte stellten klar, dass ihre geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung keine Besonderheit sein sollte und sie deswegen keine Sonderbehandlung wünschen würden:

„[...] und dass wir normale Menschen sind und keine Aliens oder sonst was, ja.“ (Dany, Z 385 – Z 386)

„[...] ich bin ja nicht anders wie die anderen [...]“ (Ilon, Z 67 – Z 68)

„[...] weil ich mir denke, das ist mein ganz normales Leben. Also ich sehe mich nicht als irgendwas Besonderes deswegen, ja.“ (Jamie, Z 40 – Z 41)

Eine Offenheit der Gesellschaft und Öffentlichkeitsarbeit wurden als erforderlich erachtet, um eine Grundlage für eine gute Betreuung im Krankenhaus ermöglichen zu können. Das oftmals postulierte Gefälle bzgl. Offenheit und Toleranz zwischen städtischen und ländlichen Bereich wurde von einem Interviewten thematisiert und

durch ihn nicht bestätigt. Den Befragten war wichtig, nicht als besonders oder anders angesehen zu werden.

4.2.2 Unterstützung durch das private Umfeld

Das private Umfeld, also Familie und der Freundeskreis, hat für manche queere Personen eine große Bedeutung und stellt eine große Stütze bei der Gesundheitsversorgung dar. Um auch die Anonymität des Umfelds der Befragten zu garantieren, wurden die folgenden Zitate genderneutral gekürzt:

„[...] hat mir auch nochmal Kraft gegeben, hat gesagt, komm, ich stehe das mit dir durch, ich gehe das, soweit du willst.“ (Dany, Z 42 – Z 44)

„[...] wenn [...] mit mir geredet hat, da hat [...] immer das gesagt, also darauf geachtet, dass [...] so redet und dass die Ärztin das vielleicht mitcheckt oder so.“ (Charlie, Z 183 – Z 184)

Eine Person hat den Wert des Freundeskreises hervorgehoben und wieviel dieser der Person bedeutet:

„[...] und ja, drei Stück sind geblieben und auf die kann ich mich verlassen. Das ist mehr wert als alles andere.“ (Dany, Z 603 – Z 607)

Das private Umfeld stellte bei den Befragten eine stärkende und emotional unterstützende Ressource dar, die während der Behandlung im Krankenhaus aber auch danach eine wichtige Rolle einnahm. Dabei reichte die Spannweite von emotionaler sowie physischer Unterstützung durch konkrete Bezugspersonen über das Verwenden der korrekten Pronomen vor Mitarbeitenden im Krankenhaus bis zum großen Wert des eigenen Freundeskreises.

4.2.3 Sensibilisierung von Gesundheitsberufen

Die Sensibilisierung von Gesundheitsberufen im Krankenhaus, das kritische Hinterfragen von Vorannahmen und eine Rückbesinnung auf die jeweilige

Professionalität im Gesundheitsberuf war nahezu allen Befragten ein großes Anliegen. Das Thema Aufklärung nahm dabei einen besonders hohen Stellenwert ein:

„Mehr Aufklärung, definitiv, im Ärztebereich, im Pflegepersonal. [...] Intergeschlechtlichkeit ist natürlich auch ein großes Thema.“ (Erin, Z 180 -197)

„Und vor allem, diese Informationsquellen sind ja da, man muss sie nur nützen [...].“ (Jamie, Z 350)

„Einfach wie, mehr, dass die Leute mehr aufgeklärt sind, dass manche Fragen einfach unangepasst sind. Und, aber wiederum andere Sachen schon mehr thematisiert werden sollen und ja, dass eigentlich, also was jetzt wichtig ist für die, also für Patientin und was halt unangepasst ist zu fragen.“ (Billie, Z 419 – Z 422)

Hand in Hand mit der Aufklärung geht eine Sensibilisierung von Gesundheitsberufen ein, die von den Befragten gefordert wurde:

„Also es ist ja auch nur, was in den Köpfen vom Personal ist und wie sie damit umgehen, was alles da ist.“ (Billie, Z 457 – Z 458)

„Also ich finde schon, dass das ein Thema ist, das man, das sensibel behandelt gehört, das am Puls der Zeit ist. [...] ich glaube auch, dass die Pflege noch sehr viel darüber in Erfahrung bringen muss. [...] Und da wird es sicher einige Themen geben, die man da sehr sensibel ansprechen muss.“ (Jamie, Z 311 – Z 318)

Konkret gewünscht wurde, dass gewisse Vorannahmen von Angehörigen der Gesundheitsberufe selbst überprüft werden und diese professionell agieren:

„Also mir würde es schon helfen, wenn man nicht automatisch annimmt, dass man hetero ist, weil das Gefühl habe ich schon manchmal.“ (Haru, Z 404 – Z 406)

„[...] wenn Menschen nicht sicher sind, wie sie dich ansprechen sollen, da einfach fragen und nicht einfach davon ausgehen, dass es so ist, wie es auf der E-Card steht oder so.“ (Charlie, Z 217 – Z 218)

Eine Sensibilisierung von Gesundheitsberufen im Krankenhaus wurde von vielen Befragten für wünschenswert befunden, eine vorherige Aufklärung als Voraussetzung unterstützt diesen Wunsch. Dabei wurde auch gefordert, gewisse Vorannahmen kritisch zu hinterfragen und professionell zu agieren, um eine empathisch empfundene Grundhaltung zu erreichen.

4.2.4 Inklusive Sprache: schriftlich und mündlich

Eine inklusive Sprache versucht, alle Menschen anzusprechen und miteinzuschließen. Dazu gehört nicht nur die gesprochene Sprache, sondern auch schriftliches Material wie Fragebögen, Informationsmaterial und ähnliches. Dies gelingt nicht immer und ist einigen interviewten Personen ein Anliegen:

„Und es gibt ja immer oft auch was zum Ausfüllen, Fragebogen und so, dass dort einfach die Möglichkeit ist, dass ich angebe, mein Geschlecht angebe und dass das auch ernstgenommen wird.“ (Billie, Z 212 – Z 215)

„Also da hätte ich mir ein bisschen eine andere Ausdrucksweise gewünscht, die neutraler ist.“ (Haru, Z 196 – Z 197)

Schriftliche wie auch verbal neutrale Ausdrucksweisen waren für viele Befragte ein offenkundiges Anliegen. Bezüglich der Möglichkeit der Angabe des Geschlechts gibt es den klaren Wunsch nach Veränderung. Das Beachten eben dieser Informationen, z.B. die Angabe des Geschlechts in einem Fragebogen, ist dabei von Bedeutung. Im direkten Gespräch wünschten sich manche eine neutralere Ausdrucksweise, um außerhalb des heteronormativen Spektrums wahrgenommen zu werden.

4.2.5 Verwendung von korrekten Pronomen/ korrekte Ansprache

Eng verbunden mit einer inklusiven Sprache ist der Wunsch nach der Verwendung von angebrachten Pronomen und einer korrekten Ansprache von Personen:

„Zum einen wahrscheinlich gleich einmal beim Erstgespräch, dass ich gefragt werde nach meiner Anrede oder wie ich halt aufgerufen werden möchte. [...] Und dann eingetragen wird, dass ich beim nächsten Mal mit richtiger Anrede angerufen werde [...]“ (Billie, Z 211 – Z 215)

„[...] es zeigt auch irgendwie Respekt, wenn man eine Person anerkennt, dass sie eben vielleicht sich nicht in ihrem Körper wohlfühlt und jetzt mal den ersten Schritt macht und probiert, wie es ist, mal einen anderen Vornamen zu haben und mit männlichen Pronomen angesprochen wird.“ (Andy, Z 415 – Z 418)

Wie in der vorherigen Ausprägung schon angedeutet, zeigt sich die Bedeutsamkeit einer Anerkennung der gewünschten Anrede und der Wunsch danach. Die Verwendung von korrekten Pronomen wird als Zeichen des Respekts gewertet, sofern diese auch nach dem Erstgespräch hinaus verwendet werden.

4.2.6 Signalisierung von Gesprächsbereitschaft/Offenheit

Ein offenes Auftreten erleichterte es queeren Personen, sich gegenüber Pflegepersonen zu öffnen. Dementsprechend wünschten sich viele Befragte die Signalisierung von Gesprächsbereitschaft durch das Pflegepersonal bzw. eine offene Haltung ihnen gegenüber.

„Ja, mehr Gespräche auf Augenhöhe, wo du als ganzheitlicher Mensch wahrgenommen wirst.“ (Gerit, Z 275 – Z 276)

„Ich hätte mir gewünscht, dass mehr nachgefragt wird, wie ist das für mich überhaupt. Wie fühlt sich das an, was bedeutet das für mich. Und inwiefern belastet mich das oder inwiefern spielt das jetzt eine Rolle in dem Aufenthalt hier.“ (Andy, Z 729 – Z 731)

„Wenn sie die Frage stellen würden, in welcher Beziehung ich bin, dann sollten sie nicht beschämt sein.“ (Franzi, Z 213 – Z 214)

Den Befragten war es wichtig, bei Unklarheiten direkt vom Pflegepersonal angesprochen zu werden und sich gegebenenfalls weniger auf Aussagen im Internet zu verlassen:

„[...] mir ist es lieber, wenn Leute mich fragen als einfach im Internet irgendwas suchen, weil da weißt du einfach nicht, was da stimmt.“ (Billie, Z 339 – Z 340)

„Also mir persönlich ist es wichtig, dass an sich bei mir informiert. Weil sich, keine Ahnung, zusätzlich im Internet oder sonst irgendwas informieren, (unv.), aber für mich persönlich ist es viel wichtiger, dass er sich, dass er mich fragt [...]“ (Andy, Z 745 – Z 747)

Offenheit und die Signalisierung von Gesprächsbereitschaft tragen in hohem Maße dazu bei, sich gut und sicher betreut zu fühlen. Viele der interviewten Personen wünschten sich von den Pflegepersonen ehrliches Interesse und ein offenes Nachfragen, wenn Zweifel bestehen würden. Das Einholen von Informationen im Internet wurde kritisch hinterfragt, ein direktes Nachfragen bei den Betroffenen würden diese begrüßen.

4.2.7 Privatsphäre und räumliche Gegebenheiten

Genügend Privatsphäre trägt bei fast allen Menschen zum Wohlbefinden bei, so auch während einer Behandlung im Krankenhaus. Manche Befragte äußerten den Wunsch nach genügend Privatsphäre sowie Gespräche über die Zimmerzuteilung:

„[...] und eben bei den Gesprächen auch danach gefragt werde, wie es halt mit Zimmereinteilung und so weiter aussieht. [...] dann hätte ich mich sicherer gefühlt, darüber zu reden.“ (Billie, Z 216 – Z 219)

„Und ja, im Grunde sollte es ja auch mit dem geteilten Zimmer so, dass genug Privatsphäre ist. [...] da war im Grunde keine Privatsphäre. Also Vierbettzimmer und

ja, auch ein Vorhang hätte nicht gereicht für genug Privatsphäre oder ja. Oder diese Schiebewände, das wäre trotzdem nicht genug gewesen, um genug Privatsphäre zu haben.“ (Billie, Z 249 – Z 254)

Maßnahmen für genügend Privatsphäre im Krankenhaus wären wünschenswert, um sich gut betreut zu fühlen. Sofern es für die betreffende Person unbedeutend ist, in welchem Zimmer sie untergebracht wird, wird es als Zunahme eines Sicherheitsgefühl empfunden, wenn darüber zumindest gesprochen wird. Die Unterbringung in Mehrbettzimmern war hinderlich für die eigene Privatsphäre, auch wenn Paravents oder andere optische Raumteiler verwendet wurden.

4.2.8 LGBTIQ* in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung

Etliche interviewte Personen waren sich einig, dass LGBTIQ*-relevante Inhalte Teil der Aus- und Fortbildung sein sollten. Eine Sensibilisierung von Mitarbeitenden im Krankenhaus wurde in Kapitel 4.2.4 bereits angesprochen, diese Sensibilisierung kann in der pflegerischen Grundausbildung bereits beginnen:

„Und ich finde, das braucht einfach Raum, dass man über diese Dinge in der Pflegeausbildung sprechen kann.“ (Jamie, Z 350 – Z 352)

„Es bräuchte bei gesundheitsberuflichen Ausbildungen, bei jeder bräuchte es so einen Block, nicht nur sieben Stunden, die was über LGBT, besonders trans-, inter-, nichtbinäre Personen aufklärt, genau.“ (Erin, Z 283 – Z 285)

„Ich denke mal, ein Teil gehört schon in die Grundausbildung dazu. Aber Fortbildungen sollten darüber auch angeboten werden [...]“ (Billie, Z 427 – Z 428)

Für bereits fertig ausgebildete und im Beruf stehende Pflegepersonen erachten es manche Befragte als wichtig, Fortbildungen anzubieten:

„[...] dann kann man doch das auch irgendwie einführen oder wenigstens alle zwei Jahre. [...] wenn es nur ein Mal oder schon in der Ausbildung schon irgendwie, einen

Zusammenhang oder einen Bezug damit zu bekommen, dass es auch andere Menschen gibt.“ (Dany, Z 378 – Z 385)

„Das ist absolut notwendig, dass das thematisiert wird, weil es zu unserer sozialen Struktur, zu unserer Kultur, dazugehört. [...]ich muss auch über diese Leute etwas lernen, transkulturell.“ (Jamie, Z 346 - Z 349)

Eine Person äußerte sich über eine aus ihrer Sicht notwendigen Änderung des Curriculums des Medizinstudiums:

„Es müsste natürlich das Medizincurriculum so umgeschrieben werden, dass es entpathologisiert ist.“ (Erin, Z 280 – Z 281)

„I: [...] bräuchte man einfach Vorlesung, Medizinvorlesung, wo jeder einmal getestet wird. Ich glaube, dann würde sich das schnell ändern.“ (Erin, Z 203 – Z 204)

Auch für die Pflegeforschung sind LGBTIQ*-relevante Themen für diese interviewte Person erforderlich:

„Ich glaube, dass sich Pflege auch ein Stück weit in die Lebenswelt dieser Menschen noch mehr hinein fühlen muss. [...] Also ich glaube so wirklich, dass auch qualitativ Fragestellungen bearbeitet werden, damit man die Lebenswelt dieser Menschen besser verstehen kann.“ (Jamie, Z 323 – Z 329)

Die Befragten sprachen sich mehrheitlich für die Thematisierung von LGBTIQ* in der pflegerischen Grundausbildung aus. Genauso wichtig wurde die Fortbildung für bereits fertig ausgebildetes Pflegepersonal bewertet. Da im System Krankenhaus auch andere Professionen tätig sind, exemplarisch im ärztlichen Bereich, wurde der Wunsch nach einer Änderung im Medizincurriculum geäußert. Im Bereich der Pflegeforschung wurde eine Beschäftigung mit qualitativen Fragestellungen angesprochen, um sich noch besser in die Lebenswelt von LGBTIQ* Personen hineinversetzen zu können.

4.3 Sich sicher gepflegt und betreut fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenenensicht

Diese Hauptkategorie entwickelte sich rein induktiv aus dem Interviewmaterial heraus und dient ebenso wie die vorherige Hauptkategorie der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage. Hier wurden drei Ausprägungen sichtbar, die allesamt den eigenen Beitrag zu einer sicheren Betreuung im Krankenhaus deutlich machen.

4.3.1 Proaktive Aufklärung

Einigen Befragten war es wichtig, mit ihrer geschlechtlichen Identität bzw. sexuellen Orientierung offen umzugehen, um etwaige Missverständnisse schon vorab abzuschwächen:

„Von dem her, ja, nennen sie mich einfach [...] und er und dann ist die Geschichte erledigt.“ (Andy, Z 734 – Z 735)

„[...] wenn ich da irgendwie mehrere Tage bin [...] dann würde ich es ihnen schon sagen, weil dann würde es mich langsam nerven [...]“ (Charlie, Z 112 – Z 115)

„[...] also ich habe keinen Grund mich zu verstecken.“ (Gerit, Z 163 - Z 164)

Eine Veränderung hin zu einer proaktiven Aufklärung wurde auch anderen queeren Menschen gewünscht:

„Verändern sollte sich für mich, dass Personen sich hinsichtlich dessen mehr trauen sollen, ja. Dass sie kommunizieren, wie sie sind, ja.“ (Ilon, Z 486 – Z 487)

Eine proaktive Aufklärung seitens queerer Menschen selbst wurde als hilfreich im Umgang mit Pflegepersonen und anderem medizinischen Personal empfunden. Wie in Kapitel 4.1.5 beschrieben, kann ein selbstbewusster und offener Umgang mit der eigenen queeren Lebensweise dazu beitragen, sich im System Krankenhaus sicher betreut zu fühlen.

4.3.2 Aktiv Unterstützung suchen

Selbst handlungsfähig zu sein, stellt eine große Ressource dar, die von manchen interviewten Personen genutzt wurde oder auch anderen queeren Menschen empfohlen wurde:

„Es müsste auch Anlaufstellen geben, da wo sich Betroffene natürlich hinwenden können und die was wirklich was unternehmen.“ (Erin, Z 290 – Z 291)

„Und zuhause habe ich mir dann einfach nur gedacht, eine nette Kollegin von damals, [...], ich brauche die, die muss mir helfen.“ (Dany, Z 139 – Z 141)

„In den Spitälern [...] müssten natürlich, ich weiß schon, da gibt es Diversitätsmanagement, das habe ich damals so angeschrieben [...]“ (Erin, Z 281 – Z 282)

Für einige Befragte ist es wichtig, selbst tätig werden zu können, anstatt auf Hilfe von außen zu hoffen. Eine aktive Suche nach Unterstützung, sei es bei Privatpersonen oder auch im Rahmen von Institutionen, wird als bedeutsam für ein Sicherheitsgefühl bzgl. der Betreuung im System Krankenhaus eingeschätzt.

4.3.3 Auswahl des betreuenden Personals

Die Möglichkeit, ein Mitspracherecht bei der pflegerischen aber auch ärztlichen Versorgung geltend machen zu können, würde für einige interviewte Personen eine hilfreiche Möglichkeit darstellen:

„Ich habe eine Phase gehabt, da habe ich mir bewusst Frauen als Ärztinnen gesucht.“ (Haru, Z 333)

„Der Intensivpfleger war bei jedem Aufenthalt dabei, obwohl ich, ich habe dann immer gesagt, ich möchte ihn nicht bei mir haben“ (Dany, Z 197 – Z 199)

„[...] wenn ich körperlich gepflegt werden würde, wäre mir wahrscheinlich schon eine Frau lieber, also wenn ich gewaschen werden müsste oder so irgendwas oder halt

Katheder oder sowas gelegt wird, das, glaube ich, wäre mir schon lieber eine Frau.“
(Haru, Z 370 – Z 372)

Für das Gefühl sicher betreut zu werden, berichteten manche Befragte über das Bedürfnis, medizinisches Personal selbst aussuchen zu dürfen. Einerseits, was das Geschlecht der betreuenden Person betrifft, andererseits aber auch konkrete Personen, die abgelehnt wurden.

5. Diskussion

Das Ziel dieser Masterthesis war es, Erfahrungen von Menschen aus der LGBTIQ* Community während eines Krankenhausaufenthaltes zu erheben und Kriterien für eine sichere Betreuung und Pflege aus Betroffenenensicht zu identifizieren.

Dazu wurden zehn leitfadengestützte Interviews geführt, die mittels der Theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder (2008) ausgewertet wurden. Es konnten insgesamt drei Hauptkategorien mit entsprechenden Ausprägungen bestimmt werden. Bei der Auswertung selbst bewährte sich die gemäß der Methodik kontinuierliche Kontrolle und Anpassung des Kategoriensystems. Bis zur Extraktion und darüber hinaus wurden Kategorien und deren Ausprägungen ausdifferenziert, ergänzt, zusammengefasst und umformuliert. Die Idee einer Aufteilung in „gute“ und „schlechte“ Erfahrungen der Betroffenen wurde rasch verworfen, da ein schwarz/weiß Denken nicht zielführend erschien und auch keine eindeutigen Ergebnisse erzielt hätte. Einige Erfahrungen und Erlebnisse sahen Befragten als neutral an, bewerteten diese jedoch positiv, eine Trennung erschien vielerorts gar nicht möglich. Daraus wurde gefolgert, die Ausprägung „Angenehme Erfahrungen“ mit der neu gebildeten Ausprägung „neutrale Erfahrungen“ zusammenzufassen. Eine Differenzierung zwischen „sexueller Orientierung“ und „geschlechtlicher Identität“ wurde während der Auswertung sichtbar, viele Erfahrungen waren zwischen diesen beiden Gruppen grundlegend verschieden bzw. erfuhren trans* und nicht-binäre Personen noch mehr Ablehnung und Diskriminierung, wie auch Brunnett et al. (2020) anmerken.

Die Hauptkategorie **„Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus“** diente zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage.

Über die sexuelle Orientierung wurden die Mitarbeitenden im Krankenhaus zumeist über die Angabe einer Kontaktperson bei der Aufnahme indirekt informiert, zumeist wurde wohlwollend oder nicht gesondert darauf reagiert. Während der Behandlung konnten die meisten Befragten bzgl. ihrer sexuellen Orientierung keine großen Auffälligkeiten im Verhalten von Pflegenden feststellen, wobei eine Person die Neugier von Pflegepersonen wahrgenommen hat und eine weitere Person eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehung einer Pflegerin berichtet hat. Die internationale Literatur scheint auf angenehme Erfahrungen von homo- und bisexuellen Menschen

nur marginal einzugehen, der Fokus der Forschung liegt meist auf Problemfeldern und deren Auswirkungen (z. B. Karakaya und Kutlu, 2020; Manzer et al. 2018; Selix et al. 2020). Hinsichtlich negativer Erfahrungen wurden von manchen interviewten Menschen Themen wie die Sorge vor Diskriminierung, unpassendes Wording oder eine fehlende ganzheitliche Betrachtung von Menschen angesprochen, wie auch Nano (2020) bestätigt.

Bezugnehmend auf die geschlechtliche Identität und der pflegerischen Versorgung nannten die interviewten Personen verschiedene Themen. Manche Betroffene konnten seitens des Pflegepersonals eine wertfreie Sichtweise wahrnehmen und fühlten sich durch weibliche Pflegekräfte sensibler betreut. Fallweise zeigten Pflegepersonen Interesse an der Transition von trans* Personen und freuten sich mit diesen über deren Behandlungserfolge. Es konnte durch die Befragten beobachtet werden, dass geschlechtsspezifische Anreden seitens des Pflegepersonals vermieden wurden und somit die gewünschte Ansprache bzw. die Verwendung von korrekten Pronomen schwierig wurde oder diese bewusst nicht verwendet wurden. Das Thema e-card beschäftigte viele trans* und nicht-binäre Personen, deren Geschlechtseintrag noch nicht dem eigenen Geschlecht übereinstimmte und daraufhin fallweise die Echtheit der e-card in Frage gestellt wurde. Neben Fällen von aktiver und passiver Diskriminierung könnte dies auch auf Unsicherheiten des Pflegepersonals im Umgang mit queeren Personen zurückzuführen sein, wie von Baiocco et al. (2021) oder auch Margolies und Brown (2019) bereits thematisiert. Die Zuteilung von Zimmern sowie die Gestaltung von Formularen wurden auf struktureller Ebene diskutiert und kommentiert, wobei ein Beachten der dort ausgefüllten Informationen fallweise nicht erfolgte. Ein Kritisieren des Verhaltens von Gesundheitsberufen im Krankenhaus und auch dessen subjektiv teils geringe Professionalität fand durch die Betroffenen statt. Gelesenes Geschlecht und Alter des Personals wurde dabei eine Rolle attestiert. In den Fällen, in denen Interviewte negative Erfahrungen machen mussten, waren meist männliche Pflegepersonen involviert. Nowaskie und Najam (2022) halten hierzu in einer quantitativen Arbeit fest, dass männliche Pflegepersonen aber auch Ärzte tendenziell weniger gut auf die Betreuung von LGBTIQ* Personen vorbereitet ist, wobei Özdemir und Erenoğlu (2022) dem männlichen Pflegepersonal sogar eine negativere Einstellung als weibliches Personal gegenüber Menschen aus der LGBTIQ*

Community attestiert. Eine Hürde für das Gefühl einer sicheren Betreuung stellten Vorurteile von Mitarbeitenden im Krankenhaus dar, die Angst vor Diskriminierung resultierte oftmals daraus, wie auch zahlreiche Forschungsarbeiten belegen (exemplarisch Beigang et al., 2017; Brunett et al. 2020; Spahn und Hackbart, 2020). Eine interviewte Person fühlte sich unwohl, wenn das Thema trans* von den Pflegenden in den Vordergrund gerückt wurde, obwohl der Aufenthaltsgrund ein anderer war. Drevin (2019) weist auf diese Problematik ebenso hin, das Gefühl des „Anderssein“ kann für trans* Personen zur Belastung werden.

In Bezug auf die pflegerische Anamnese konnte eine Vernachlässigung des Bereichs der Sexualität durch die Interviewten aufgezeigt werden. Beigang et al. (2017) berichten dazu, dass besonders das Nichtberücksichtigen einer queeren Lebenssituation, wie in diesem Beispiel das Nicht-Erheben bei der Pflegeanamnese, eine der häufigsten Diskriminierungsformen darstellt, wobei die Betroffenen dabei nicht von Diskriminierung ausgingen, sich aber uneins waren, ob das Thema Relevanz hat. Auf Zweifel seitens des Pflegepersonals, ob eine queere Lebensweise überhaupt Bedeutung für die pflegerische Versorgung hat, wurden von der LGZ (2018) bereits hingewiesen. Realistischerweise hat dieses Thema auch nicht bei jedem Krankenhauskontakt dieselbe Wertigkeit, es macht einerseits einen Unterschied, aus welchem Anlass der Krankenhausbesuch erfolgt und andererseits wie lange der Aufenthalt dauert, was von manchen interviewten Personen bestätigt wird. Ein Teilnehmer vermutete, dass die Beschäftigung mit dem Bereich der Sexualität mit einem Mehraufwand für Pflegekräfte einhergeht und deshalb ausgespart wird. Ob die Ausklammerung der Sexualität an fehlendem Interesse, Diskriminierung oder schlichtweg an einer subjektiv empfundenen fehlenden Relevanz für den jeweiligen Krankenhausaufenthalt liegt, kann demnach nur im Einzelfall bewertet werden.

Geschilderte Erlebnisse anderer queerer Personen - einerseits konkrete Ereignisse und andererseits vermutete Problemfelder - deckten sich Großteils mit den persönlichen Erzählungen der Befragten. Oftmals wurde vermutet, dass queere Menschen aufgrund ihrer Lebensweise im Krankenhaus größeren Belastungen als cis Menschen ausgesetzt sind. Diese spezifischen Belastungen können maßgeblich zu

Minoritätenstress mit psychischen Folgen für die Betroffenen führen, wie auch Marin (2021) oder Sun et al. (2020) bescheinigen.

Obwohl im Interviewleitfaden ursprünglich nicht vorgesehen, wurden von nahezu allen Teilnehmenden mögliche Erklärungen für ihre Erfahrungen bzw. spezifischen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von queeren Personen angesprochen. Dabei wurde mehrmals auf die Rolle der Gesellschaft aufmerksam gemacht. In den Interviews wurden dazu einerseits positive Veränderungen der Meinung der Bevölkerung zu LGBTIQ* relevanten Bereichen geschildert, andererseits die fehlende Thematisierung in der Gesellschaft angeprangert. Genauso ambivalent reichen die Ausführungen offizieller Stellen dazu: fast die Hälfte aller LGBTIQ* Personen in Österreich haben Erfahrungen bzgl. Diskriminierung und/oder persönlicher Belästigung gemacht (FRA, 2020) und die Zahl an Hassverbrechen sich 2021 in Österreich verdoppelt haben (SoH, 2022), wobei nur ein geringer Prozentsatz wirklich zur Anzeige gebracht wird (FRA, 2020; SoHo, 2022). Manche Befragte vermuteten Unsicherheiten im Umgang mit queeren Menschen auf Seiten der Gesundheitsberufe im Krankenhaus, was unter anderem auch von Baiocco et al. (2019) sowie Margolies und Brown (2019) aufgezeigt wurde. Dies könnte auf Vernachlässigung queerer Ausbildungsinhalte zurückzuführen sein, wie manche Interviewte vermuteten. Auf die erwähnte fehlende Wissensvermittlung in der Grundausbildung sowie in Fort- und Weiterbildungsbereich weisen internationale (z.B. McCann und Brown, 2020; Özdemir und Erenoğlu, 2022; Wang, Miao und You, 2022) wie auch Arbeiten aus Deutschland sowie Österreich hin (Halbmayer-Kubicsek, 2021; Knoop, 2019; Schröder, 2021). Zwei Befragte reflektierten den Zusammenhang zwischen eigenem Verhalten bzw. dem Verhalten anderer queerer Personen und dem Pflegepersonal und den daraus resultierenden Herausforderungen. Ein selbstverständlicher Umgang mit der eigenen Sexualität erleichtere demnach dem Gegenüber einen professionellen Beziehungsaufbau. Ein starkes Selbstbewusstsein auf Seiten einer queeren Person wird dabei als protektiver Faktor genannt. Wird die eigene Sexualität jedoch problematisierend in den Vordergrund gerückt und Situationen mit einer verzerrten Sichtweise wahrgenommen (wie von den Interviewten geschildert), kann dies unter Umständen zu unangenehmen Erfahrungen beitragen. Hackbart und Thies (2021) thematisieren diese Zusammenhänge ausführlich.

Stereotype, Erwartungen und Vorurteile zwischen Pflegepersonen und der zu betreuenden Person beeinflussen die gegenseitige soziale Wahrnehmung, diese kann auf beiden Seiten verzerrt sein, was wiederum auf die Interpretation von Situationen wirkt und zu einer sogenannten selbsterfüllenden Prophezeiung werden kann. Diese Wechselwirkung kann m.E. zu einer regelrechten „Verstärkungsspirale“ führen, die in beide Richtungen funktioniert: begegnen sich die Pflegeperson und die zu betreuende Person offen und reflektiert, was die eigene Werthaltung anbelangt, führt dies mit höherer Wahrscheinlichkeit zu angenehmen Erfahrungen, wobei auch kleinere „Fehltritte“ der Pflegeperson - wie die Verwendung eines falschen Pronomens - eher verziehen werden, wie eine interviewte Person bestätigt hat. Umgekehrt wirkt ein abwertendes erwartetes Verhalten von Pflegeperson zu betroffener Person und umgekehrt auf das Entstehen unangenehmer Situationen, die - werden sie nicht angesprochen - auf die weitere Behandlung einen negativen Einfluss nehmen können und die vorher bereits internalisierten Vorurteile bzw. Stereotype bestätigen, wie auch Dullius et al. (2023) feststellen. Eigene Filter zu hinterfragen und dies nicht als einmalige Handlung zu sehen, wie Gardenswartz und Rowe bereits 2003 postulierten, kann daher eine gute Strategie sein, um Verhaltensweisen des Gegenübers besser nachvollziehen zu können und dementsprechend reagieren zu können.

Wie weiter oben bereits erwähnt, wurde während der Auswertung ein deutlicher Unterschied zwischen den Erfahrungen homosexueller Personen und den Erlebnissen von trans* und nicht-binären Menschen sichtbar. Homosexuelle Menschen berichteten öfter von angenehmen bzw. neutralen Erfahrungen, trans* sowie nicht-binäre Personen schilderten etliche unangenehme Situationen. Die befragten homosexuellen Menschen führten dies auf eine höhere Akzeptanz in der Bevölkerung zurück, die anderen Befragten meinten hingegen, die Sensibilisierung der Gesellschaft zum Thema trans*, Nicht-Binarität und inter* Personen steckt noch in den Kinderschuhen. Diskriminierungsfälle aufgrund (absichtlicher) nicht korrekter Ansprache bzw. misgendern, Unklarheiten bei den Themen e-card und Zimmerzuteilung sowie unangepasste Neugier seitens Pflegepersonen und Studierenden der Humanmedizin bzgl. der Geschlechtsorgane werden vermehrt von Menschen mit queerer Geschlechtsidentität wahrgenommen und weniger von homosexuellen Menschen,

was deren Herausforderungen im Gesundheitssystem auf keinen Fall schmälern soll, denn jeder Fall von Diskriminierung ist ein Fall zuviel!

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage konnten mehrere Kriterien für eine sichere Betreuung und Pflege identifiziert werden. Dabei kristallisierten sich zwei Bereiche für mögliche Optimierungen heraus: einerseits Faktoren, die von den Betroffenen nur bedingt verändert werden können (Hauptkategorie „**Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen**“) und andererseits Beiträge, die Möglichkeiten für eigenes Handeln bieten (Hauptkategorie „**Sicher gepflegt und betreut fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenenensicht**“)

Bei diesen beiden Hauptkategorien wurde die Trennung zwischen sexueller Orientierung sowie geschlechtlicher Identität nicht mehr weitergeführt - obwohl sich einige Problematiken beider Personengruppen teils erheblich unterschieden, zeigten die Befragten bzgl. der Kriterien einer guten und sicheren Betreuung ähnliche Schwerpunktsetzungen.

Nahezu alle Teilnehmenden sehen die Aufklärung der Öffentlichkeit als grundlegendes Erfordernis. Obwohl Menschen aus der LGBTIQ* Community immer sichtbarer in unserer Gesellschaft werden, wird von den Betroffenen noch mehr Aufklärung und Informationsbedarf gesehen, um Barrieren abzubauen und Diskriminierung, Minderheitenstress sowie Stigmatisierung zu verringern, die Forderung nach Bewusstseinsbildung wird auch im Positionspapier des vimö (2020) deutlich. Die Hemmung, die eigene sexuelle Orientierung bzw. geschlechtliche Identität offen zu leben, könnte somit reduziert werden und damit auch die Angst, im System Krankenhaus nachteilig betreut zu werden, was wiederum zu einer größeren Wahrscheinlichkeit führt, im Anlassfall eine Behandlung im Krankenhaus in Erwägung zu ziehen. Gesellschaftlicher Diskurs sowie akzeptierte Diversität in der Bevölkerung trägt somit maßgeblich zu einer höheren Lebensqualität queerer Menschen bei und vermutlich zu einem höheren Grad an Gesundheit, da sich gewisse Risikofaktoren (Stichwort Minderheitenstress) reduzieren.

Viele Befragte werden durch ihr privates Umfeld unterstützt, wenn eine Behandlung im Krankenhaus notwendig wird. Carr (2018) führt vor allem die Familie sowie Personen, mit denen die Betroffenen eine Beziehung führen an erster Stelle an, einzelne Befragte

sehen auch den Freundeskreis in ihrem Support System verankert. Die Unterstützung des sozialen Umfelds reicht von passiven Beiträgen, wie präsent sein im Sinne von „da sein“ (damit ist nicht ausschließlich die körperliche Anwesenheit gemeint, sondern auch die Gewissheit, sich auf die Bezugsperson(en) bedingungslos verlassen zu können) oder als emotionale Stütze während der Behandlung bis zu aktiven Handlungen im Sinne von Advokat*innen, die für die Rechte der behandelten Person eintreten und Verhaltensweisen von Pflegepersonen sowie Mediziner*innen durch direkte Ansprache infrage stellen.

Einen großen Verbesserungsbedarf bei der pflegerischen Versorgung von LGBTIQ* Personen sehen die Interviewten in der Sensibilisierung von Mitarbeitenden im Krankenhaus und dem kritischen Hinterfragen deren Vorannahmen. In den Interviews wurde häufig von scheinbaren Wissensdefiziten seitens des Pflegepersonals berichtet, zu diesem Schluss kommen auch zahlreiche Studien, exemplarisch Lottmann und Kollak, 2018; Manzer et al., 2018; Weiß, 2020). Für Karakaya und Kutlu (2021) stellt daher ein Basiswissen über LGBTIQ* relevante Themen eine wichtige Ressource dar. Für die Befragten trägt vorrangig Aufklärung und Information des Personals über queere Themen zur Sensibilisierung bei, wobei Fingerspitzengefühl gefragt ist, denn Sexualität und Geschlechtlichkeit sind für viele Menschen ein sensibles Thema, ob queer oder nicht. Die eigene geschlechtliche Identität und/oder sexuelle Orientierung gilt als Teil der Persönlichkeit und kann daher nicht einfach ausgeblendet werden. Folglich hat die Lebensrealität queerer Menschen in vielen Bereichen Relevanz, unter anderem in der pflegerischen Versorgung. Der Wunsch nach Thematisierung im Rahmen der Pflegeanamnese wurde von einigen Teilnehmenden genannt, dabei kann die Übertragung des Konzepts der kultursensiblen Pflege (Stummer, 2014) nützlich sein, wobei diese eher auf die Pflege älterer homosexueller Menschen ausgerichtet ist, in Grundzügen im Akutbereich jedoch durchaus Berechtigung hat. Die transkategoriale Anamnese nach Domenig (2021b) ist m.E. ein geeignetes Hilfsmittel, um dem Wunsch nach Thematisierung strukturiert nachzukommen. Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit diesem Instrument ist es Pflegepersonen im Rahmen des Pflegeprozesses möglich, anhand von drei Aspekten, die sich wiederum in 13 Themenbereiche gliedern, individuell auf den Menschen einzugehen. Fragen im Rahmen der transkategorialen Anamnese zum sozialen Netzwerk, Gender oder der

gewünschten Kommunikation können es Pflegepersonen und den zu Pflegenden unter Umständen erleichtern, zu einer offenen Gesprächsbasis zu gelangen (siehe auch Kapitel 2.7). Obwohl Domenig (2021b) die Bedenken bzgl. zu intimer Fragen zerstreut, indem sie postuliert, dass solche Fragen der Fachkraft das Interesse ihrerseits ausdrückt, teilen die Befragten diese Meinung nur bedingt. In manchen Fällen, vor allem bei trans* Personen, wurde die Neugierde des medizinischen Berufen im Krankenhaus als unangenehm empfunden, ein „Besonders sein“ aufgrund der Geschlechtsidentität wird als irritierend wahrgenommen und soll daher vermieden werden (vgl. Weiß, 2020). Ebenfalls als störend wird von vielen Interviewten die oft erlebte „heteronormative Brille“ seitens pflegerischer Berufe gesehen. Die Betroffenen wünschen sich von Pflegepersonen das Ablegen der eben erwähnten Brille und ein aktives Hinterfragen eigener Vorannahmen. Dabei wurde mehrmals die automatische Annahme kritisiert, cis sowie heterosexuell zu sein, indem beispielsweise die Partnerin einer Frau von Mitarbeitenden im Krankenhaus als Schwester angesehen wird oder bei Unsicherheiten eine reflexhafte Ansprache gemäß dem gelesenen Geschlecht erfolgt. Die gewünschte Rückbesinnung auf die berufliche Professionalität von Pflegepersonen kann mit der Ausbildung von transkategorialer Kompetenz gelingen. Sie beinhaltet die Fähigkeit, die jeweiligen Lebensrealitäten in verschiedenen Situationen und Kontexten zu erfassen und daraus Handlungen abzuleiten (Domenig, 2021c). Dazu zählt im Sinne der Selbstreflexion (1. Säule der transkategorialen Kompetenz, siehe Kapitel 1.2.2) eine Bewusstwerdung eigener Bezugsschemata, aufgrund derer beurteilt und gehandelt wird, eigene Selbstverständlichkeiten sowie unbewusste Ansichten aufzubrechen und die Lebensrealität der zu pflegenden Person zu erfassen (Domenig, 2021c). Um dieses Erfassen der „anderen“ Lebensrealität angemessen umsetzen zu können, benötigt eine transkategorial kompetente Pflegeperson Hintergrundwissen und Erfahrung. Um dabei Stereotypen nicht zu verstärken und einer Gemeinschaft von Menschen bestimmte Merkmale zuzuschreiben, bedarf es eher der Beschäftigung mit generellen Konzepten, die in ähnlichen Kontexten angewendet werden können ohne dabei die Offenheit zur Realität der betreffenden Person zu verlieren. Da Pflegepersonen stets auch eigene Erfahrungen mitbringen, ist Hintergrundwissen essentiell, um vergangene sowie zukünftige Erfahrungen einzuordnen und sich in die Lebenswelt des Gegenübers hineinversetzen zu können (Domenig, 2021c). Zur Erlangung von Hintergrundwissen sind sich die Befragten

mehrheitlich einig, bei Unklarheiten seitens Mitarbeitenden im Krankenhaus direkt von diesen angesprochen werden zu wollen, wobei auf die Vulnerabilität des Individuums Rücksicht genommen werden muss. Eine Balance zwischen angeeignetem Wissen und dem Einholen von Informationen der zu Pflegenden, die Expert*innen in der eigenen Lebenswelt sind, kann ein gangbarer Weg zur Erlangung transkategorialer Kompetenz sein. Die Kombination von Hintergrundwissen sowie Selbstreflexion im Rahmen der transkategorialen Kompetenz führt zur Sensibilisierung und kann somit dem Wunsch nach dieser näherkommen.

Inklusiver Sprachgebrauch ermöglicht unter anderem eine angemessene Pflege queerer Personen (Johnson und Phillips, 2020; Braybrook et al., 2023), dieser Meinung sind auch einige der interviewten Personen. Inklusive Sprache versucht, alle Menschen anzusprechen und - wie der Name andeutet - zu inkludieren, auf verbaler wie auch schriftlicher Ebene. Der Wunsch nach einer neutraleren Ausdrucksweise ohne heteronormative Brille ist den Befragten ein Anliegen, sei es bei der Erklärung medizinischer Therapien oder bei der Erhebung von Basisdaten. Eine Teilnehmende ist der Ansicht, eine neutralere Sprache macht es Menschen aus der LGBTIQ* Community einfacher, über ihre queere Lebensweise zu sprechen, wobei hier direkte Parallelen bzgl. der Sensibilisierung von Pflegepersonen gezogen werden können. Queer-sensible Mitarbeitende sollte es ein Anliegen sein, sich inklusiv auszudrücken, um eine wertschätzende pflegerische Beziehung mit der betreffenden Person aufbauen zu können. Auch Kronschräger (2020) ist der Ansicht, in medizinischen Kontexten möglichst wenige Vorannahmen zu treffen und z.B. bei der Anamnese durch sprachliche Freiräume keine Antwortmöglichkeit auszuschließen. Vor allem für nicht-binäre Menschen aber auch inter* Personen ist es relevant, neben dem klassischen dichotomen Geschlechterverständnis die Möglichkeit zur Angabe ihrer Geschlechtsidentität zu haben. Das medizinisch-pflegerische Formularwesen hat laut einer interviewten Person noch deutlichen Optimierungsbedarf und regt an, Formulare in Papier- sowie digitaler Form abzuändern, um andere Geschlechtsidentitäten abbilden zu können, wie auch Braybrook et al. (2023) oder Dullius et al. (2023) empfehlen. Wichtig dabei ist, diese Information ernst zu nehmen und sie zu beachten, wie in der nächsten Ausprägung sichtbar wird.

Fast alle interviewten trans* und nicht-binären Personen fordern die Verwendung von korrekten Pronomen bzw. eine korrekte Ansprache ihrer Geschlechtsidentität entsprechend. Es zeugt von Respekt, Menschen in ihrem Geschlechterleben anzuerkennen und mit passender Anrede zu würdigen. Wenn seitens Pflegepersonen Zweifel bestehen, welches Pronomen verwendet werden soll, ist die beste Vorgehensart dieses zu erfragen und sich bei (unbeabsichtigten) Versprechen zu entschuldigen (siehe auch Braybrook et al., 2023; Dullius et al. 2023; Johnson und Phillips, 2020; Kronschräger, 2020). Wie bereits angedeutet, ist es den Befragten ein großes Anliegen, nach Ihrer Anrede gefragt zu werden und dies auch zu vermerken, um für zukünftige Kontakte keine Missverständnisse entstehen zu lassen. Diese Vorgehensweise kann auch zur Entschärfung der weiter oben dargelegten Problematik bezüglich e-card und der daraus resultierenden Unsicherheit von Pflegepersonen bzgl. Anrede beitragen, solange eine Self-ID nicht möglich ist.

Die Signalisierung von Gesprächsbereitschaft bzw. Offenheit seitens Pflegepersonen ist eng mit transkategorialer Kompetenz verbunden, sollte jedoch eine Grundvoraussetzung für den Umgang mit allen Menschen in der pflegerischen Praxis sein, egal mit welchem Hintergrund oder in welchem Kontext diese in das System Krankenhaus eintreten. Interessiertes Auftreten gegenüber queeren Menschen kann diese ermutigen, ihre Bedürfnisse zu kommunizieren und über für sie relevante Themen zu sprechen. Dabei ermöglichen offen gehaltene Fragen über deren spezifische Anliegen, sich gegenüber der Pflegeperson nur so weit zu öffnen, wie es für die zu pflegenden Personen vertretbar ist (Johnson und Phillips, 2020; Braybrook et al. 2022). Das Schaffen eines sicheren Raumes für dieses Thema signalisiert dem Gegenüber einen ersten Schritt in Richtung Gesprächsbereitschaft, dieser kann im Rahmen der Pflegeanamnese gesetzt werden. Wie bereits weiter oben beschrieben, würden es manche Befragte begrüßen, über das Thema Sexualität und Geschlechtlichkeit bei der Pflegeanamnese sprechen zu können, sofern dies für den Aufenthalt für die betroffene Person Relevanz hat. Hilfreich kann dabei der dritte Eckpfeiler der transkategorialen Kompetenz sein, die narrative Empathie. Dabei steht das Interesse im Vordergrund, das Gegenüber wahrzunehmen, sich in dessen Situation hineinzusetzen und dessen Bezugsrahmen mit dem eigenen abzustimmen. Die narrative Empathie ist eine gute Grundlage, um Narrationen von

Betroffenen mit Pflegepersonen zu teilen, sofern sich diese auf die zunächst „fremde“ Lebenswelt einlassen (Domenig, 2021c). Neben der Offenheit seitens der einzelnen Pflegepersonen selbst kann auch die Einrichtung Aufgeschlossenheit gegenüber LGBTIQ* zeigen bzw. die Anerkennung von Vielfalt fördern, wie auch Braybrook et al. (2023), Gerlach und Schupp (2017) oder Nano (2020) beschreiben. Von den interviewten Personen wurde die Verantwortung der jeweiligen Einrichtung in Bezug auf gelebte Offenheit jedoch nicht direkt angesprochen, sondern eher das Gesundheitssystem im Allgemeinen bemängelt bzw. das Verhalten einzelner Personen, daher kann dazu im Rahmen dieser Arbeit keine empirische Aussage getroffen werden.

In den Interviews wurde der Wunsch nach mehr Privatsphäre laut, was nur allzu verständlich anmutet, ist es doch ein Anliegen, dass die meisten Menschen haben, queer oder nicht. Ein spezifischeres Thema ist die Zimmerzuteilung von trans* und nicht-binären Menschen. Aktuell wird die betreffende Person in einem Zimmer entsprechend dem Geschlechtseintrag untergebracht und nicht nach dem empfundenen Geschlecht, sofern kein Einzelzimmer verfügbar ist. Die Befragten fühlen sich sicherer, wenn über die Zimmerzuteilung zumindest gesprochen wird. Weiß (2020) schlägt neben der Zuteilung in ein Einzelzimmer ein Zweibettzimmer mit gesperrten zweiten Bett vor, was oftmals aufgrund voller Abteilungen nicht möglich ist. Eine leicht umsetzbare Maßnahme ist ein Vorhang zwischen den Betten, ob das jedoch für genügend Privatsphäre sorgt, ist fraglich. Weiß (2020) regt außerdem eine Verlegung an, sollte eine trans* Person durch eine andere Person im Zimmer diskriminiert werden. Diese Vorgehensweise ist allerdings als höchst problematisch zu sehen, signalisiert es doch der diskriminierenden Person eine „gerechtfertigte“ Reaktion, indem die stigmatisierte Person (in diesem Fall trans*) in ein anderes Zimmer verlegt wird. Die Verlegung des diffamierenden Menschen setzt jedoch ein klares Zeichen: hier wird Diskriminierung nicht geduldet!

Hand in Hand mit der Entwicklung transkategorialer Kompetenz und der Sensibilisierung von Pflegepersonen geht die Auseinandersetzung mit LGBTIQ* relevanten Themen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in der Pflegewissenschaft einher, der Großteil der Befragten sieht dies als wünschenswert

und notwendig an. Vor allem ein Thematisieren in der pflegerischen Grundausbildung wird als Fundament für die Sensibilisierung queerer Themen von den interviewten Personen gesehen, wie Frapp (2019), Halbmayr-Kubicsek (2021) oder Sherman (2023) bestätigen. Auch eine Ergänzung im Medizincurriculum wurde angesprochen, um Personen aus der LGBTIQ* Community und allen voran inter* zu entpathologisieren. Eine Verschiebung vom Randthema hin zu einem selbstverständlichen Gegenstand innerhalb der Ausbildung (analog McCann und Brown, 2020) und ein Besinnen darauf, dass LGBTIQ* zu unserer sozialen Struktur bzw. Kultur gehört, wird von den Befragten herbeigesehnt. Genauso wichtig wie eine Behandlung im Rahmen der Grundausbildung wird eine Beschäftigung mit der Thematik von bereits ausgebildeten Pflegekräften in Form von Fortbildungen erachtet, wie auch Baiocco et al. (2021), Schröder (2021) und Schupp (2019) belegen, ein Teilnehmer schlägt sogar eine verpflichtende Fortbildung alle 2 Jahre vor. Um die Lebenswelt von Betroffenen noch näher zu beleuchten und sich von der pflegerischen Perspektive her besser in sie hineinfühlen zu können, wird von einer interviewten Person eine Beschäftigung im Rahmen qualitativer Fragestellungen in der Pflegewissenschaft angeregt, wozu diese Arbeit einen Beitrag leisten möchte. Das Füllen von Wissenslücken als essenzielle Maßnahme (siehe auch Manzer et al., 2018) für eine queer-sensible Pflege ist neben der Ausbildung transkategorialer Kompetenz mit dem gleichzeitigen Effekt der Sensibilisierung m.E. Grundlage, um sich als Person aus der LGBTIQ* Community sicher betreut und gepflegt zu fühlen und könnte vielleicht sogar dazu führen, viele der angesprochenen Kriterien gar nicht notwendig werden zu lassen.

Um sich selbst sicher gepflegt und betreut im System Krankenhaus zu fühlen, können Betroffene auch selbst aktiv werden und somit von passiven Beteiligten zu aktiven Handelnden werden. Dieser Aspekt wird in der aktuellen Forschung vernachlässigt, sie legt den Fokus auf den Beitrag von Pflegekräften und anderen medizinischen Fachkräften zur besseren Versorgung von Menschen aus der LGBTIQ* Community, dessen Berechtigung außer Frage steht. Die Beteiligung des Menschen an dessen pflegerischer Betreuung befähigt ihn jedoch zu Empowerment und damit ein Stück weit Kontrolle für den eigenen Genesungsweg zu erlangen.

Proaktive Aufklärung über die eigene Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung hat einige Befragte unterstützt, von Anfang an zu einem offenem Gesprächsklima beizutragen und Missverständnissen von Beginn an bis zu einem gewissen Grad vorzubeugen. Dabei äußerten manche Interviewte, dass sie mit dem Thema LGBTIQ* selbstverständlich umgehen, da das ihrer Lebensrealität entspricht und demnach nichts Besonderes darstellt. Auch Gerlach und Schupp (2017) führen aus, dass der offene Umgang mit einer queeren Lebensweise als Ausdruck der eigenen Normalität gesehen werden kann. Wie diese Kommunikation stattfindet, ist von Mensch zu Mensch verschieden und reicht von humorvollem Umgang bzw. Ironie, Vorannahmen von Pflegenden zu korrigieren, Selbstbezeichnungen zu verwenden, der Verwendung von Symbolen oder Signalen, bis hin zu queerbezogene Bedürfnisse offen anzusprechen und zu leben (Gerlach und Schupp, 2017).

Das aktive Suchen nach Unterstützung stellt eine weitere Ressource für eine selbstbestimmte Betreuung für die Befragten dar und reicht von der Unterstützung des sozialen Umfelds bis zur Kontaktierung von queeren Organisationen oder Selbsthilfegruppen, wie dem Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich, der in seinem Positionspapier von 2020 die Förderung der Selbsthilfe von inter* Menschen fordert oder Gerlach und Schupp (2020), welche die Teilhabe, die Eigenverantwortung sowie -ermächtigung von queeren Menschen durch Vertreter*innen der LSBTIQ*-Communitys und der Pflegefachverbände verstärkt sehen möchten. Das Ziel von Empowerment, nämlich Selbstbestimmung in der Behandlung und Betreuung zu ermöglichen, kann jedoch nicht nur von den betreffenden selbst kommen. Es benötigt eine bestimmte Haltung von Pflegepersonen sowie den betroffenen Menschen mit ihren unterschiedlichen Lebensrealitäten (Hackbart und Merz, 2021), was der Idee der narrativen Empathie im Rahmen der transkategorialen Kompetenz entspricht.

Für das Gefühl einer sicheren Betreuung im System Krankenhaus trägt die Möglichkeit der Auswahl des betreuenden Personals bei. In Österreich gilt zwar grundsätzlich die „freie Ärzt*innenwahl“, auf personelle Wünsche bei der ärztlichen Betreuung im Krankenhaus selbst gibt es jedoch keinen Rechtsanspruch. Viele Häuser richten sich dennoch nach Möglichkeit nach den Bitten der zu Betreuenden, sofern es personell und strukturell realisierbar ist. Mit Pflegekräften verhält es sich rechtlich gesehen

ähnlich, einen Rechtsanspruch auf eine bestimmte Pflegeperson gibt es nicht, doch allein durch das professionelle Selbstverständnis von pflegerischen Fachkräften wird den individuellen Vorlieben von Betroffenen oftmals nachgegangen. Schupp (2019) unterstreicht die Bedeutsamkeit einer Ermöglichung geschlechtsgewünschter Pflege und vor allem interviewte Frauen äußerten den Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Pflege, ob sie dies auch proaktiv einfordern würden, bleibt offen.

Eine Limitation der Arbeit ist die Möglichkeit eines Self Selection Bias. Trans* und nicht-binäre Personen gaben öfter konkrete Beispiele bzgl. negativen Erfahrungen an, die meisten homosexuellen Menschen haben sich hingegen für Interviews gemeldet, weil es ihnen wichtig war positive Erfahrungen zu schildern. In der Planungsphase der Masterthesis wurde gemäß dem Titel davon ausgegangen, Interviews auch mit inter* Personen zu führen. Dies konnte leider nicht realisiert werden, somit sind empirischen Aussagen zu inter* Personen nicht möglich. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, sich mit dieser Population näher zu beschäftigen.

6. Resümee und Ausblick

Menschen aus der LGBTIQ* Community sammeln im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes verschiedenste Erfahrungen, die Bandbreite reicht von angenehmen über neutrale bis zu unangenehmen Erlebnissen. Negativ geprägte Ereignisse überwiegen vor allem bei trans* und nicht-binären Personen, dieser Umstand wird auch von anderen (internationalen) Forschungsarbeiten bestätigt. Diese Arbeit beschäftigte sich mit der Situation von queeren Menschen im Akutbereich in Österreich. Dabei zeigte sich eine hohe Übereinstimmung mit der internationalen Literatur, was negative Erfahrungen betrifft, z.B. (Angst vor) Diskriminierung und Vorurteilen, falsche Verwendung von Pronomen, scheinbare Wissensdefizite seitens des Pflegepersonals und das Gefühl des „Anderssein“. Ebenso konnten Parallelen zu bereits veröffentlichten Arbeiten in Bezug auf die Verbesserung der Pflegequalität gezogen werden. Dabei bestätigten sich Forderungen wie die Sensibilisierung von Gesundheitsberufen, inklusiver Sprachgebrauch mit der Verwendung korrekter Pronomen oder die Aufnahme von LGBTIQ* relevanten Inhalten in die pflegerische Grundausbildung sowie Fortbildungen. Die Ausbildung transkategorialer Kompetenz stellt einen Schlüsselfaktor für eine queer-sensible Betreuung dar.

Die Daten wurden mittels zehn leitfadengestützten Interviews erhoben und mit der Theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder (2008) ausgewertet. Der Vorteil dieser Auswertungsmethode liegt im zusätzlichen Einbezug empirisch generierter Kategorien. Es konnten drei Hauptkategorien mit entsprechenden Ausprägungen bestimmt werden.

Welche Erfahrungen machen Menschen aus der LGBTIQ Community während einer Behandlung in österreichischen Krankenhäusern aus Sicht der Betroffenen?*

Den befragten homosexuellen Personen war es wichtig, positive Gegebenheiten zu schildern und erkannten keine großen Auffälligkeiten im Verhalten von Pflegepersonen. Die Sorge vor Diskriminierung oder Probleme beim Wording wurde von einzelnen Interviewten geäußert. Trans* und nicht-binäre Personen fühlten sich durch weibliche Pflegepersonen sensibler betreut und erfuhren fallweise eine wertneutrale Betreuung durch Pflegekräfte. Manche Pflegepersonen schienen

geschlechtsspezifische Anreden zu vermeiden oder benutzten unzutreffende Pronomen, auch scheinbare Wissensdefizite wurde dem Pflegekräften attestiert. Erfahrungen von aktiver und passiver Diskriminierung wurde von trans* und nicht-binären Menschen häufiger wahrgenommen, wobei meist männliche Pflegepersonen involviert waren. Strukturelle Probleme, wie die Belegung von Zimmern oder das Formularwesen wurden angesprochen. Das „Anderssein“ belastete einige befragte Personen. Durch die Interviewten wurde eine Vernachlässigung des Themas Sexualität und Geschlechtlichkeit im Rahmen der Pflegeanamnese aufgezeigt. Die meisten Befragten gingen davon aus, dass ihre Erfahrungen sich mit denen anderer queerer Menschen decken, entweder durch konkrete Schilderungen dieser oder durch Vermutungen. Nahezu alle Teilnehmenden lieferten Erklärungsversuche für die gemachten Erfahrungen und vermuteten vor allem eine große Rolle der Gesellschaft, aber auch Unsicherheiten im Umgang mit queeren Menschen seitens des Pflegekräften aufgrund fehlender Thematisierung im Berufsalltag oder Ausbildung. Eine Wechselwirkung zwischen den Erwartungen und Vorurteilen der Pflegeperson und der zu betreuenden Person wurde vermutet.

Was benötigen Personen aus der LGBTIQ Community aus ihrer Sicht, um sich während einer Behandlung in österreichischen Krankenhäusern sicher betreut und gepflegt zu fühlen?*

Hier wurde zwischen nicht beeinflussbaren und durch die Betroffenen beeinflussbaren Faktoren unterschieden. Die Aufklärung der Öffentlichkeit wurde als grundlegendes Erfordernis genannt, um Stereotype und Vorurteile zu verringern. Die Unterstützung durch das private Umfeld nimmt einen großen Stellenwert für die interviewten Personen ein. Einer der am öftesten genannten Faktoren für eine sichere Betreuung und Pflege ist die Sensibilisierung von Gesundheitsberufen und das kritische Hinterfragen von Vorannahmen ebenderer, wobei Aufklärung und Information für die Befragten an vorderster Stelle steht. Die Verwendung inklusiver Sprache in schriftlicher wie auch mündlicher Form, also eine neutrale Ausdruckweise, würde viele Missverständnisse und Irritationen vermeiden. Eines der größten Kriterien für trans* und nicht-binäre Personen, wenn diese über sichere Betreuung sprechen, ist die Verwendung von korrekten Pronomen und die korrekte Ansprache. Den Befragten ist

es ein wichtiges Anliegen, nach Ihrer Anrede gefragt zu werden und eine Beachtung dessen während des Aufenthaltes. Als wünschenswert wird eine Signalisierung von Gesprächsbereitschaft und Offenheit durch die Pflegepersonen erachtet, in der alltäglichen Kommunikation und besonders im Rahmen der Pflegeanamnese wird das Ansprechen der Themen Sexualität und Geschlechtlichkeit als positiv gewertet. Privatsphäre und die räumlichen Gegebenheiten, ergo der Zimmerbelegung, ist für trans* und nicht-binäre Personen ein wesentliches Element in Zuge einer sicheren Betreuung, zumindest ein Sprechen über die Zimmerzuteilung empfinden diese als positiv. Die Auseinandersetzung mit LGBTIQ* relevanten Themen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in der Forschung ist für die Interviewten einer der größten Ansatzpunkte zur Sensibilisierung von Pflegepersonen sowie der Entwicklung einer queer-freundlichen Pflege.

Faktoren, die durch Personen aus der LGBTIQ* Community beeinflusst werden können, sind einerseits die proaktive Aufklärung bzgl. der eigenen Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung, das aktive Suchen nach Unterstützung im sozialen Umfeld bzw. im institutionellen Rahmen sowie nach Möglichkeit die Auswahl der pflegerischen bzw. ärztlichen Fachkräfte.

Offen bleibt wie bereits weiter oben erwähnt die Auseinandersetzung zur Thematik mit inter* Personen, die aufgrund der fehlenden Befragten nicht dargelegt werden konnte. Die Arbeit behandelt nicht den Blickwinkel von Pflegepersonen, die in der Literatur diskutiert wird (Baiocco et al., 2021; Drevin, 2019; Manzer et al., 2018; Margolies und Brown, 2019; Lottmann, 2020), daraus ergibt sich weiterer Forschungsbedarf. Ob der in den Medien omnipräsent dargestellte Personalmangel in der Pflege und die damit verbundene Zeitnot ein ursächlicher Faktor für einige Erfahrungen der Interviewten oder die Nichterfüllung von Kriterien für eine sichere und gute Betreuung ist, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden. Neben den Erfahrungen von LGBTIQ* Personen selbst wurden von ihnen auch Perspektiven ihrer An- und Zugehörigen thematisiert, die für die Betroffenen wie in Kapitel 4.2.3 dargestellt eine große Ressource darstellen. Menschen sind meist in einem (selbstgewählten) familiären System eingebettet und eine Wechselwirkung zwischen dem betreuten Menschen und einer oder mehrerer Bezugspersonen muss angenommen werden. In diesem Zusammenhang wären die Auswirkungen auf An- und Zugehörige nach

negativen Erfahrungen der Betroffenen im Krankenhaus von Bedeutung sowie deren Copingstrategien. Der Umgang von Pflegepersonen mit den An- und Zugehörigen selbst stellt dabei einen interessanten Aspekt dar und kann Anlass für eine tiefergehende Beschäftigung damit sein.

„Weil sie zu unserer normalen Lebenswelt gehören.“ (Jamie, Z 352)

Wenn die Erreichung dieses Zustands als Maxime des pflegerischen Handelns gilt, ist die Profession der Pflege auf dem besten Weg zu einer queer-sensiblen Pflege und trägt damit maßgeblich zu einer sicheren Betreuung und Pflege von Menschen aus der LGBTIQ* Community bei.

7. Literaturverzeichnis

Appenroth, M. N., und Lottmann, R. (2019). Altern Trans anders? In: Appenroth M.N. und do Mar Castro Varela M. (2019): Trans und Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: transcript Verlag. S. 287-301.

Autz, A. und René J. (2018): Homosexualität_en im Alter. Ein Fortbildungskonzept für eine diversitätssensible gerontologische Pflege. (Masterarbeit) Wien: FH Campus Wien.

Baiocco R., Pezzella A., Pistella J., Kouta Ch., Rousou E., Rocamora-Perez P., Lopez-Liria R., Dudau V, Doru A.M., Kuckert-Wostheinrich A., Ziegler S., Nielsen D., Twistmann Bay L. und Papadopoulos I. (2021): LGBT+ Training Needs for Health and Social Care Professionals: A Cross-cultural Comparison Among Seven European Countries. Sexuality Research and Social Policy 19, 22–36. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00521-2>

Beigang St.; Fetz K., Kalkum D. und Otto M. (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.

Berona J., Horwitz A.G., Czyz E.K. und King C.A. (2020): Predicting suicidal behavior among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth receiving psychiatric emergency services. J Psychiatr Res. 2020 Mar; 122, 64-69. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.12.007

Braybrook D., Bristowe K., Timmins L., et al (2023): Communication about sexual orientation and gender between clinicians, LGBT+ people facing serious illness and their significant others: a qualitative interview study of experiences, preferences and recommendations. BMJ Quality und Safety 2023;32:109-120.

Brown K.D., Sessanna L. und Paplham, P. (2020): Nurse Practitioners' and Nurse Practitioner Students' LGBT Health Perceptions. The Journal for Nurse Practitioners. 16, S. 262-266. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.12.028>

Brunner A. (2021): Diskriminierung unter dem Regenbogen. In: Standard 19./20. 6.21, S. L10

Brunnett R., Zeyen T.-L., Lottmann R. und Kiegelmann M. (2020): Wissen über Problemlagen von LSBTIQ*-Senior*innen für die Pflege und Soziale Arbeit. In: Zeyen T.-L., Lottmann R., Brunnett R., Kiegelmann M. (Hrsg) (2020): LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 191-197

Buczak-Stec E., König H.H., Feddern L., Hajek A. (2022): Long-Term Care Preferences and Sexual Orientation-A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2022 Dec 28:S1525-8610(22)00917-3. doi: 10.1016/j.jamda.2022.11.020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin. Eigenverlag. Zugriff am 6.6.2022 unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/be474bfdb4016bbbca9bf87b4cb9264b/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>

Butler J. (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Carr E. (2018): The Personal Experience Of LGBT Patients With Cancer. Seminars in Oncology Nursing. Feb;34(1) 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.12.004>

Ceres M., Quinn G.P., Loscalzo M. und Rice D. (2018): Cancer Screening Considerations and Cancer Screening Uptake for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons. Seminars on Oncology Nursing. Feb;34(1):37-51. DOI: 10.1016/j.soncn.2017.12.001

DALIA RESEARCH (2016): Counting the LGBT population. Zugriff am 4.3.2023 unter: <https://www.jetzt.de/lgbt/dalia-studie-zu-lgbt-anteil-in-der-bevoelkerung>

Damaskos P., Amaya B., Gordon R. und Walters C.B. (2018): Intersectionality and the LGBT Cancer Patient. *Seminars in Oncology Nursing*. Feb;34(1):30-36. DOI: 10.1016/j.soncn.2017.11.004

Debus K. und Lauman V. (2018): LSB-was? Geschlechtliche, amouröse und sexuelle Vielfalt – Einführung und Spannungsfelder. In: Debus K. und Lauman V. (Hrsg.) (2018): *Pädagogik geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt. Zwischen Sensibilisierung und Empowerment*. Berlin: Eigenverlag: Dissens – Institut für Bildung und Forschung e.V. S. 12-70.

Deutsch M. (2016): Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. Center of Excellence for Transgender Health Department of Family und Community Medicine University of California: San Francisco.

Die Presse (2022): Blutnotstand droht: Regierung ruft zum Spenden auf. Zugriff am 1.7.2022 unter <https://www.diepresse.com/6160746/blutnotstand-droht-regierung-ruft-zum-spenden-auf>

Domenig D. (Hrsg.) (2021a): *Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hogrefe.

Domenig D. (2021b): Behindertsein und Behindertwerden. In: Domenig D. (Hrsg.) (2021): *Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hogrefe.

Domenig D. (2021c): Das Konzept der transkategorialen Kompetenz. In: Domenig D. (Hrsg.) (2021): *Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hogrefe.

Dresing Th. und Pehl Th. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Drevin K. (2019): Und die andere Seite? Die Pflege und Betreuung von trans Personen aus der Pflegeperspektive In: Appenroth M.N. und do Mar Castro Varela M. (2019): Trans und Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: transcript Verlag. S. 271–286.

Dullius W. R., Monteiro I., Baena de Moraes Lopes M. H. und Martins L. B. (2023): The Mastery of Competencies for the Care of LGBT+ People by Different Health Professionals, Journal of Homosexuality, DOI: 10.1080/00918369.2023.2169090

FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) (2020): A long way to go for LGBTI equality. Luxembourg: Publications Office. Zugriff am 7.5.2022 unter: <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>

Frapp Sh. (2019): Teaching Cultural Competence: Incorporating LGBT Content Into the Nursing Curriculum. Fachvortrag 19.11.2019. Washington D.C: Convention Sigma. Global Nurse Excellence.

Garcia D. und Schneeberger A.: (2018). Trauma unter dem Regenbogen: Stigmatisierung von Gender- und sexuellen Minderheiten. In: Büttner M. (2018): Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziiierter sexueller Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Gardenswartz L. und Rowe A. (2003): Diverse Teams at Work. Capitalizing on the Power of Diversity. Society for Human Ressource Management: Alexandria, Virginia

Gebhardt M. und Kraner S. (2018): Aus dem Rahmen - Queer Altern. (Masterthesis) Wien: Universität für angewandte Kunst Wien.

Gerlach H und Schupp M. (2017): Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. (Dissertation) Bremen: Universität Bremen.

Gerlach H und Schupp M. (2020): LSBTIQ* und Alter(n) aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: Zeyen T.-L., Lottmann R., Brunnett R., Kiegelmann M. (Hrsg.) (2020): LSBTIQ und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. S. 23-29.

Gildemeister R. (2020): Soziale Konstruktion von Geschlecht: „Doing gender“. In: Wilz S. (2020): Geschlechterdifferenzen - Geschlechterdifferenzierungen. Studentexte zur Soziologie. Wiesbaden: Springer VS. S. 171-204.

Hackbart M. und Merz S. (2021): Empowerment zur Förderung sexueller Gesundheit in der HIV-Prävention. In: Hackbart M. (Hrsg.) (2020): Gesunde Vielfalt pflegen. Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation. Edition Waldschlösschen Materialien/ Heft 30. Göttingen: Waldschlösschen Verlag.

Hackbart M. und Thies G. (2021): Vorurteile gegenüber queeren Menschen - Sozialpsychologische Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung in Gesundheitsberufen. In: Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe 37/2021, 43 -52

Halbmayer-Kubicsek U. (2021): LGBTIQ in der pflegerischen Ausbildung. In: Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe 37/2021, 9-11.

Harrison, J.E., Weber, S., Jakob, R. und Chute Ch.: (2021): ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. BMC Med Inform Decis Mak 21, 206.

Haviland K., Burrows Walters C. und Newman S. (2021): Barriers to palliative care in sexual and gender minority patients with cancer: A scoping review of the literature. Health Soc Care Community. 2021 Mar;29(2). 305-318. DOI: 10.1111/hsc.13126

Humer Th. (2021): Intergeschlechtlichkeit – Körperliche Vielfalt als Herausforderung für die Pflege? In: Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe. 37/2021. S. 55-59

ILGA Europe (2022): Rainbow Map. Austria. Zugriff am 19.7.2022 unter <https://www.rainbow-europe.org/#8621/0/0>

International Council of Nurses [ICN] (2021): The ICN code of ethics for nurses. Zugriff am 10.4.2022 unter: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Johnson K.M. und Phillips J.A. (2020): LGBT+ Competent Care. Workplace Health und Safety. Vol. 68 No. 9. S. 453. DOI: 10.1177/2165079920937688

Karakaya S. und Kutlu F.Y. (2021): LGBT individuals' opinions about their health care experiences: A qualitative research study. J Nurs Manag. 2021; 29: 24–31. DOI: 10.1111/jonm.13199

Kirnbauer M. (2019): Geschlechtsinkongruenz in Österreich Eine Schätzung der Größenordnung des Phänomens durch Daten aus der Literatur, in Österreich durchgeführten geschlechtsanpassenden Operationen und verordneter hormoneller Therapie. Zugriff am 10.4.2022 unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.718421undversion=1568796537>

Knoop J.M. (2019): Na klar, selbstverständlich haben wir Sex! Gedanken zu sexueller Gesundheit und struktureller HIV-Prävention für trans Menschen. In: Appenroth M.N. und do Mar Castro Varela M. (2019): Trans und Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: transcript Verlag. S. 221-240

Küpper B., Klocke U. und Hoffmann L.C. (2017): Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer

bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.

Kronschläger Th. (2020): Geschlechtssensible Sprache. In: Hackbart M. (Hrsg.) (2020): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und gesellschaftlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Edition Waldschlösschen Materialien/ Heft 26. Göttingen: Waldschlösschen Verlag.

Kurier (2021): EU-Kommission gegen Ungarn: "Dieses LGBT-Gesetz ist eine Schande". Zugriff am 2.10.2021 unter <https://kurier.at/politik/ausland/dieses-ungarische-gesetz-ist-eine-schande-sagt-von-der-leyen/401422266>

Kulturshaker (o.J.): INTERSEKTIONALITÄT. Zugriff am 7.5.2022 unter: <https://kulturshaker.de/paedagogik-der-begegnung/machtkritische-ansaetze/intersektionalitaet/>

Lamnek S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LGZ) (Hrsg.) (2018): Pflege unterm Regenbogen. Über den Umgang mit homosexuellen, bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen in der Kranken- und Altenpflege. Mainz: I.B. Heim.

Lottmann, R. und Kollak, I. (2017): „LGBT*I und AGING“ für Vielfalt in der Pflege. In: Pflegezeitschrift 2017, 70;(7): 59. <https://doi.org/10.1007/s41906-017-0138-5>

Lottmann, R. und 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 (Warsaw, Poland), 5(1), 53–63. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2018-0005>

Lottmann R. (2020): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenhilfe – Intersektionale Perspektiven und die Relevanz von Situationen und Kontexten. *Z Gerontol Geriat* 2020 · 53:216–221. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01704-7>

Manzer D., O'Sullivan L. und Doucet Sh. (2018): Myths, misunderstandings, and missing information: Experiences of nurse practitioners providing primary care to lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. In: *The Canadian journal of human sexuality* 27(2):1-14. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2018-0017>

Marin G. (2021): Die Auswirkungen von Homophobie auf die psychische Gesundheit von LGBT und die Massnahmen für die psychiatrische Pflege. In: *Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe.* 37/2021. S. 33-36

Margolies L. und Brown C. (2019). Increasing cultural competence with LGBTQ patients. *Nursing*, 49(6), 34–40. doi: 10.1097/01.NURSE.0000558088.77604.24

McCann E., und Brown M. (2020). The needs of LGBTI+ people within student nurse education programmes: A new conceptualisation. *Nurse Education in Practice*, 47. Zugriff am 11.9.2021 unter: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102828>

Mayer H. (2019). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung.* 5. Auflage, Wien: facultas.

Mayer H. und große Schlarmann J. (2018): Stichprobenauswahl und Stichprobengröße. In: Brandenburg H., Panfil E.-M., Mayer H., Schrems B. (Hrsg.) (2018): *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung.* 3. Auflage. Bern: Hogrefe.

Muscarina S. (2021): Bedürfnisse von LGBTI*- Senior*innen in der Pflege und Altenbetreuung. In: *Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe.* 37/2021. S. 105-114.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979): The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Zugriff am 20.11.2022 unter:

<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

Nano, D. (2020): Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule im Krankenhaus. Eine Aufgabe des Pflegemanagements. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Nieder T.O., Güldenring A., Woellert K., Briken P., Mahler L. und Mundle G. (2020): Ethical Aspects of Mental Health Care for Lesbian, Gay, Bi-, Pan-, Asexual, and Transgender People: A Case-based Approach. Yale J Biol Med. 2020 Sep 30;93(4):593-602. PMID: 33005124; PMCID: PMC7513438.

Nowaskie D.Z. und Najam S. (2022): Lesbian, gay, bisexual, and/or transgender (LGBT) cultural competency across the intersectionalities of gender identity, sexual orientation, and race among healthcare professionals. PLoS ONE 17(11): e0277682. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277682>

Obernauer, E. (2023): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt - (k)ein Thema in der stationären Langzeitpflege in Österreich. (Masterthesis). Wien: Universität Wien.

Özdemir R.C. und Erenoğlu R. (2022): Attitudes of nursing students towards LGBT individuals and the affecting factors. Perspect Psychiatr Care. 2022 Jan;58(1):239-247. doi: 10.1111/ppc.12941.

Office of Disease Prevention and Health Promotion (2020): Lesbian, gay, bisexual, and transgender health. Healthy People 2020. Zugriff am 21.5.2022 unter <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>

Polek C. und Hardie T. (2019): Cancer Screening and Prevention in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgendered Community and Asian Lesbian, Gay, Bisexual, and

Transgendered Members. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019 Dec 10;7(1):6-11. doi: 10.4103/apjon.apjon_46_19

Raviola, S. (2017): König_in küsst König_in. Kultursensible Betreuung für LGBTI (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender-Personen und Intersexuelle Menschen) in Wiener Senior_innenhäusern der Zukunft. Münster: edition:forschung.

Rothuber G. (2021): Das Gender Unicorn. Komplexes einfach erklärt. In: Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe. 37/2021. S. 5-6

Sauer A. und Nieder T. (2019): We care. Überlegungen zu einer bedarfsgerechten, transitionsunterstützenden Gesundheitsversorgung. In: Appenroth M.N. und do Mar Castro Varela M. (2019): Trans und Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: transcript Verlag. S. 75-101

Scandurra C., Mezza F., Maldonato N.M., Bottone M., Bochicchio V., Valerio P. und Vitelli R. (2019): Health of Non-binary and Genderqueer People: A Systematic Review. Front. Psychol. 10:1453. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01453

Schober S. (2022): LGBTQ-RECHTE. Österreich als Spitzenreiter und Schlusslicht. Zugriff am 19.7.2022 unter <https://orf.at/stories/3270374/>

Schönherr D. und Zandonella M. (2018): Arbeitssituation von LSBTI-Personen in Österreich. Endbericht. AK Wien: Eigenverlag.

Schreier M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 15(1), Art. 18. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>

Schröder K. (2021): Queere Bildung für Gesundheitsberufe – Ein Aufruf! Berührungspunkte. In: Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe. 37/2021. S. 69-72

Schubert L. (2021): Trans Senior_innen in der Pflege – Ein Leitfaden für Pflegekräfte. In: Pflege Professionell – Das Fachmagazin. Sonderausgabe. 37/2021. S. 93-99

Schütze L. (2017): Schwul sein und älter werden: Selbstbeschreibungen älterer schwuler Männer. Wiesbaden: Springer Verlag.

Schütze, L. (2020): Alter und Homosexualität. In: Aner K. und Karl U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 413-420

Schupp M. (2018): LGBTIQ* und Pflege: warum braucht es spezielle Pflegekonzepte? Fachvortrag 17.3.2018. Berlin: Deutscher Pflegekongress

Schupp M. (2019): BISS-Index – gute Pflege. Diversity-Merkmale einer „guten Pflege“ für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV. BISS Schriftenreihe 003. Köln: Eigenverlag.

Schwulenberatung Berlin (Hrsg.) (2020): Weil ich so bin, wie ich bin. Inklusion sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Pflege. Ein Praxisleitfaden für stationäre und ambulante Dienste. Berlin: Eigenverlag.

Selix N., Cotler K. und Behnke L. (2020): Clinical Care for the Aging LGBT Population. The Journal for Nurse Practitioners, 16 (2020): 349-354. doi: 10.1080/10872981.2017.1320933

Sherman A.D.F., Smith S.K., Moore S.E., Coleman C.L., Hughes T.L., Dorsen C., Balthazar M.S., Klepper M., Mukerjee R., Bower K.M. (2023): Nursing pre-licensure and graduate education for LGBTQ health: A systematic review. Nurs Outlook. 2023 Jan 7:101907. doi: 10.1016/j.outlook.2022.12.003.

SoHo – die sozialdemokratische LGBTIQ-Organisation (2022): Die Lage der LGBTIQ-Community im Jahr 2022. Report zu Hate Crime und LGBTIQ-Feindlichkeit in Österreich. Zugriff am 4.3.2023 unter <https://www.soho.or.at/wp-content/uploads/2022/07/Bericht-zur-Lage-der-LGBTIQ-Community.pdf>

Sonneveld L.P., Bungener S.L. (2022): Op weg naar passende zorg voor lhbt+-jongeren met psychische klachten [Towards LGBT+ inclusive youth mental healthcare]. Tijdschr Psychiatr. 2022;64(3):152-159. Dutch. PMID: 35420144.

Spahn A. und Hackbart M. (2020): Die gesundheitliche Lage von queeren Personen – eine Bestandsaufnahme von Einflussfaktoren. In: Hackbart M. (Hrsg.) (2020): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und gesellschaftlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Edition Waldschlösschen Materialien/ Heft 26. Göttingen: Waldschlösschen Verlag.

Stadt Wien (o.J.): Anerkennung der dritten Geschlechtskategorie in Österreich. Zugriff am 13.4.2022 unter:
<https://www.wien.gv.at/menschen/queer/intersexualitaet/anererkennung-oesterreich.html>

Standard (2022): Koalition einigte sich offenbar auf Ende der Diskriminierung von Homosexuellen bei Blutspende. Zugriff am 7.5.2022 unter:
<https://www.derstandard.at/story/2000135121692/koalition-hat-sich-offenbar-auf-ende-der-diskriminierung-von-homosexuellen>

Statistik Austria (2022): Bevölkerung zu Quartalsbeginn seit 2020 nach detailliertem Geschlecht. Zugriff am 28.01.2023 unter:
https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.statistik.at%2Ffileadmin%2Fpages%2F406%2Fneu_bevoelkerung_quartalsbeginn_nach_detailliertem_geschlecht_2022-11-08.ods&undwdOrigin=BROWSELINK

Steelman R.E. (2018): Person-Centered Care for LGBT Older Adults. Journal of Gerontological Nursing, 44(2), 3–5. doi:10.3928/00989134-20180110-01

Steigleder, S. (2008): Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring. Marburg: Tectum Verlag.

Stummer, G. (2014): Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule. Informationen für die Professionelle Altenpflege. Köln: Rubicon e.V.

Sun S., Pachankis J.E., Li X. und Operario D. (2020): Addressing Minority Stress and Mental Health among Men Who Have Sex with Men (MSM) in China. Curr HIV/AIDS Rep. 2020 Feb;17(1):35-62. doi: 10.1007/s11904-019-00479-w

Testa R.J., Habarth J., Peta J., Balsam, K. und Bockting W. (2015): Development of the gender minority stress and resilience measure. psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Tezcan-Güntekin H. und Stern A. (2020): Kultursensible Pflege in Deutschland – Ein Blick auf die professionelle Pflege. In: Sozialer Fortschritt 69 (2020) 3. S. 147-162

Trans Student Educational Resources [TSER] (2015): "The Gender Unicorn." Zugriff am 10.4.2022 unter <http://www.transstudent.org/gender>

Uzarewicz Ch. und Uzarewicz M. (2021): Körper und Leib in der Kommunikation. In: Domenig D. (Hrsg.) (2021): Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hogrefe.

Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich (vimö) (2020): Positionspapier. Zugriff am 21.5.2022 unter: https://vimoe.at/wp-content/uploads/2020/05/2020_Positionspapier_VIMO%CC%88_PIO%CC%88.pdf

Verfassungsgerichtshof [VfGH] (2018): VfGH Entscheidung G 77/2018-9. Zugriff am 14.4.2022 unter: https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH_Entscheidung_G_77-2018_unbestimmtes_Geschlecht_anonym.pdf

Walker R.V., Powers S.M., Witten T.M. (2022): Transgender and Gender Diverse People's Fear of Seeking and Receiving Care in Later Life: A Multiple Method Analysis. J Homosex. 2022 Jul 14:1-25. doi: 10.1080/00918369.2022.2094305.

Wang Y.C., Miao N.F., You M.H. (2022): Attitudes toward, knowledge of, and beliefs regarding providing care to LGBT patients among student nurses, nurses, and nursing educators: A cross-sectional survey. Nurse Educ Today. 2022 Sep;116:105472. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105472.

Weiß I. Ch. (2020): Trans* in der Pflege. In: Hackbart M. (Hrsg.) (2020): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und gesellschaftlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Edition Waldschlösschen Materialien/ Heft 26. Göttingen: Waldschlösschen Verlag.

World Health Organisation [WHO] (2019): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Chapter V Mental and behavioural disorders (F00-F99). Zugriff am 12.4.2021 unter: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F60-F69>

World Health Organisation [WHO] (2022a): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Gender incongruence. Zugriff am 12.4.2022 unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>

World Health Organisation [WHO] (2022b): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. LD2A Malformative disorders of sex development. Zugriff am 12.4.2022 unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f565049612>

8. Anhang

8.1 Informationsschreiben



Informationsschreiben über die pflegewissenschaftliche Masterarbeit zum Thema

„LGBTIQ* und Pflege – Herausforderungen und Handlungsfelder im Akutbereich in Österreich aus Sicht der Betroffenen“

Liebe Lesende,

wir laden Sie herzlich ein, im Rahmen eines Interviews an einem Forschungsprojekt zum Thema „LGBTIQ* und Pflege – Herausforderungen und Handlungsfelder im Akutbereich in Österreich aus Sicht der Betroffenen“ teilzunehmen. Das Projekt wird im Rahmen einer Masterarbeit im Masterstudium Pflegewissenschaft durchgeführt.

1. *Was ist der Zweck des Forschungsprojekts?*

Der Zweck dieser Masterarbeit ist es herauszufinden, welche Erfahrungen Menschen aus der LGBTIQ* Community bei einem Krankenhausaufenthalt machen und welche Erwartungen sie an das Pflegepersonal stellen, um sich sicher betreut und gepflegt zu fühlen. Dabei ist die subjektive Sichtweise der Betroffenen von Relevanz. Die Ergebnisse stellen zunächst eine Status quo Erhebung dar und können in weiterer Folge einen möglichen Anstoß geben, die pflegerische Versorgung, Betreuung und Beratung für queere Menschen zu verbessern.

2. *Was bedeutet die Teilnahme an dem Forschungsprojekt?*

Ich möchte ein Interview mit Ihnen führen. Das Interview findet an einem mit Ihnen vereinbarten Ort statt, dieser sollte aber ruhig und störungsfrei sein. Die Dauer des Interviews wird voraussichtlich 45 bis 60 Minuten betragen.

Das Interview beinhaltet Fragen zu folgenden Themen:

- Ihre Erfahrungen in Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung/-aufenthalt
- Ihre Wünsche zum Thema Betreuung/Behandlung im Krankenhaus

Die Teilnahme an dem Forschungsprojekt erfolgt freiwillig. Sie können sich zu jedem Zeitpunkt entscheiden ihre Teilnahme zu beenden. Dies kann ohne die Nennung von Gründen erfolgen.

Durch die Ablehnung oder den Abbruch der Teilnahme entstehen für Sie keine nachteiligen Folgen.

3. *Birgt die Teilnahme an dem Forschungsprojekt Risiken oder Nachteile?*

Im Zuge dieses Forschungsprojektes werden ausschließlich leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Erfahrungsgemäß bedeutet das für Sie ein sehr geringes Risiko. Wenn Sie nach dem Interview noch etwas besprechen möchten, können Sie sich gerne mit mir in Verbindung setzen (Kontaktdaten siehe unten). Sie haben auch die Möglichkeit, mit einem externen Dienst zu sprechen, z.B. steht Ihnen rund um die Uhr der „sozialpsychiatrischer Notdienst“ (SND) unter der Telefonnummer 01/313 30 oder die „PsychoSoziale Information“ (PSI) unter der Telefonnummer 01/4000 53060 (www.psd-wien.at) zur Verfügung.

4. *Was geschieht mit den Daten aus den Interviews?*

Die Interviews werden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und in eine schriftliche Form gebracht (Transkription). Ihre Namen und persönliche Daten werden selbstverständlich anonymisiert. Dies bedeutet, dass aus den Ergebnissen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gegeben sind.

Die Daten aus diesen Interviews werden im Rahmen der Masterarbeit veröffentlicht werden. Es wird auch hier nicht erkennbar sein, dass Sie an einem Interview teilgenommen haben. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke weiterverwendet. Während der Projektdauer werden die Daten auf einem für Dritte nicht zugänglichen Server gespeichert. Die Tonbandaufnahmen werden in Anschluss an die Transkription gelöscht.

5. *Kontakt*

Für weitere Fragen in Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung. Sie können mich telefonisch oder auch schriftlich kontaktieren.

<u>Name der Kontaktperson:</u>	Viktoria Engelmaier, BA
<u>Erreichbar unter:</u>	0676/7701101
<u>E-mail:</u>	interview.lgbtiq@gmail.com

8.2 Informed Consent



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit zum Thema „LGBTIQ* und Pflege – Herausforderungen und Handlungsfelder im Akutbereich in Österreich aus Sicht der Betroffenen“

Name der interviewten Person (Druckbuchstaben):

.....

Ich bin ausführlich und verständlich über den Ablauf und den Inhalt des Interviews aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus das Informationsschreiben gelesen. Aufgetretene Fragen wurden gewissenhaft und zufriedenstellend beantwortet.

Ich habe verstanden, dass die Einwilligung zur Teilnahme freiwillig erfolgt und jederzeit ohne nachteilige Folgen widerrufen werden kann. Die mittels Diktiergerät aufgezeichneten Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke weiterverwendet. Die Daten werden anonymisiert und lassen keine Rückschlüsse auf meine Person zu. Nach Beendigung des Projekts werden die Tonbanddaten gelöscht.

Eine Kopie des Informationsschreibens und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Interviewenden und wird sicher aufbewahrt.

Ich erkläre somit meine freiwillige Zustimmung zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt.

Ort und Datum,

Unterschrift der interviewten Person

Ort und Datum,

Unterschrift der Interviewerin

8.3 Interviewprotokoll

Interviewnummer	Datum
Interviewerin VE	Dauer

Ort des Interviews und TN (+ selbstgewählte Bezeichnung, sofern erwünscht, Alter)

bestimmte Rahmenbedingungen

Skizze zu den Gesprächsinhalten

Stimmung und Dynamik des Interviews

Anmerkungen zu den situativen und nonverbalen Aspekten

Schwerpunktsetzungen der*der Interviewten

spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen (Anregungen für die Auswertung)

8.4 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Wir machen heute das Interview, damit du mir erzählen kannst, welche Erfahrungen du als Mitglied der LGBTIQ* Community im Krankenhaus gemacht hast und ich bedanke mich jetzt schon für deine Zeit. Im Verlauf des Interviews werde ich dir verschiedene Fragen stellen, bei denen ich dich bitte, einfach all das zu erzählen, was für dich wichtig ist. Es gibt kein richtig oder falsch! Ich werde dich dabei nicht unterbrechen, wir haben alle Zeit der Welt. Wenn du auf Fragen nicht antworten möchtest, so ist das völlig in Ordnung und es muss auch nicht begründet werden. Du kannst das Interview auch jederzeit beenden, wenn du das möchtest.

Erzählaufforderung	Inhaltliche Aspekte	Konkretes Nachfragen	Aufrechterhaltungs- fragen
Als Einstieg möchte ich dich bitten, mir ein bisschen über dich und deine Lebenssituation zu erzählen.	Beruf Wohnsituation, Partner*innen? geschlechtlichen Identität/sexuelle Orientierung?	• Was machst du beruflich? • Wie lebst du? • Wo siehst du dich innerhalb der LGBTIQ* Community? • Hattest du ein Outing bzw. bekenntst du dich öffentlich zu deiner geschlechtlichen Identität/sexuellen Orientierung? • Wenn nein, was hindert dich?	Wie meinst du das genau? Kannst du mir das näher erklären?

Du hast dich bei mir gemeldet, weil du die Dienste eines Krankenhauses in Anspruch genommen hast. Kannst du mir bitte erzählen, was zu deinem Krankenhausaufenthalt geführt hat?	Rahmenbedingungen zum Krankenhausaufenthalt	• Welches gesundheitliche Problem hat dich ins Krankenhaus gebracht? • War das ein einmaliges Erlebnis oder wurdest du in der Vergangenheit deswegen schon behandelt?	Kannst du das genauer beschreiben? Was meinst du das?
Erzähl mir bitte, welche Rolle deine geschlechtliche Identität/sexuelle Orientierung im Krankenhaus gespielt hat und welche Erfahrungen du gemacht hast?	Bedeutung der geschlechtlichen Identität/sexuellen Orientierung Notwendigkeit des Outings Überlegungen zur Offenlegung/Verheimlichung der geschlechtlichen	• Welche Bedeutung hat deine geschlechtliche Identität/sexuelle Orientierung bei der Versorgung im Krankenhaus? • Gingst du damit von Anfang an offen um? bzw. • Wäre es notwendig gewesen, sich zu outen? • Hast du dir überlegt, deine geschlechtliche Identität/sexuellen Orientierung im Krankenhaus offen zu legen? Wenn ja wieso?	Kannst du das genauer beschreiben? Wie meinst du das? Was bringst du damit gedanklich noch in Verbindung?

	Identität/sexuellen Orientierung	Hast du dir überlegt, deine geschlechtliche Identität/sexuelle Orientierung im Krankenhaus nicht anzusprechen/verheimlichen? Wenn ja, wieso?	Geht dir zu diesem Thema noch etwas im Kopf herum?
	Pflegerische Anamnese und Thematisierung LGBTIQ*	Wurde eine pflegerische Anamnese (Informationssammlung) mit dir durchgeführt? War deine queere Lebensweise dabei Thema?	Kannst du das genauer beschreiben?
	Erfahrungen im Krankenhaus (pos. und neg)	- Wie hast du dich gefühlt, einen Teil deiner Persönlichkeit offen/nicht offen ansprechen zu wollen? - Welche Gedanken gehen dir durch den Kopf, wenn du an deine Erfahrungen im Krankenhaus denkst? - Kannst du dich an eine besondere Situation erinnern? Wie hast du diese erlebt?	Wie meinst du das? Was bringst du damit gedanklich noch in Verbindung?
	Rolle von An- und Zugehörigen	- Welche Erfahrungen hast du mit dem Pflegepersonal gemacht? Wie haben sich PP dir gegenüber verhalten? - Haben dein*e Partner*in oder andere Bezugspersonen auch eine Rolle gespielt?	Geht dir zu diesem Thema noch etwas im Kopf herum?

Was würdest du brauchen, um dich während einer Behandlung in einem Krankenhaus sicher betreut und gepflegt zu fühlen?	Wohlbefinden während der Betreuungssituation, Optimierungsvorschläge Gesellschaftliche Bedeutung Veränderung im System Krankenhaus Rolle von An- und Zugehörigen	• Hättest du dir in deiner konkreten Situation eine andere Betreuung gewünscht? • Was hat dazu beigetragen, dass du dich wohl gefühlt hast? • Was hätte besser laufen können? • Denkst du, dass es auch andere queere Menschen betrifft? • Was müsste sich verändern, damit du dich im System Krankenhaus gut betreut und sicher fühlst? • Was hättest du dir für dein*e Partner*in bzw. Bezugspersonen in dieser Situation gewünscht?	Kannst du das genauer beschreiben? Wie meinst du das? Was bringst du damit gedanklich noch in Verbindung? Geht dir zu diesem Thema noch etwas im Kopf herum?
--	---	---	--

Wir haben nun viele Dinge angesprochen, von meiner Seite aus wäre das alles. Gibt es von dir aus noch etwas, das du gerne erzählen möchtest, was dir wichtig ist, und was bisher im Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Dann sage ich nochmals vielen Dank, dass ich mich mit dir über dieses Thema unterhalten durfte und dass du mir so interessante Einblicke gegeben hast, diese sind sehr wertvoll für die Weiterentwicklung der Pflegequalität von queeren Menschen.

8.5 Kodierleitfaden

Kodierleitfaden			
	Hauptkategorien	Ausprägung	Subkategorien
00	Biografische Daten		
0	Ursache Krankenhausaufenthalt und Verlauf		
1	Eigene Auseinandersetzung mit geschlechtlicher Identität bzw. sexueller Orientierung		
2	Offenlegung sexuelle Orientierung/geschlechtliche Identität außerhalb des Krankenhauses	Verhaltensweise Umfeld Coming-Out Reaktion betroffene Person auf Verhaltensweise Umfeld	
3	allgemeine Erfahrungen bzgl. eigener sexueller Orientierung sowie Beurteilung in der Gesellschaft		
4	allgemeine Erfahrungen bzgl. eigener geschlechtlicher Identität sowie Beurteilung in der Gesellschaft		
5	Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus	Sexuelle Orientierung	Angenehme bis neutrale Erfahrungen Unangenehme Erfahrungen
		Geschlechtliche Identität	Angenehme bis neutrale Erfahrungen Unangenehme Erfahrungen
		Pflegeanamnese	
		Erfahrungen anderer queerer Menschen	
		Mögliche Erklärung der Betroffenen bzgl. Erfahrungen	
6	Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen	Keine	
		Aufklärung der Öffentlichkeit als Erfordernis	
		Unterstützung durch das private Umfeld	
		Sensibilisierung von Gesundheitsberufen	
		Inklusive Sprache – schriftlich und mündlich	
		Verwendung von korrekten Pronomen/ korrekte Ansprache	

		Signalisierung von Gesprächsbereitschaft/Offenheit	
		Privatsphäre und räumliche Gegebenheiten	
		LGBTIQ* in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung	
7	Sicher gepflegt und betreut fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenenensicht	Proaktive Aufklärung	
		Aktiv Unterstützung suchen	
		Auswahl des betreuenden Personals	
8	Nicht erkenntnisrelevantes Material		
9	Nicht zuordenbares Material, möglicherweise erkenntnisrelevant		

Detaillierte Ausführung:

Hauptkategorie 00 Biografische Daten

Kategoriendefinition: Lebenssituation, Beruf, Wohnort, Alter, sexuelle Orientierung bzw. geschlechtliche Identität

Kodierregel: alles, was mit o.g. Kriterien zu tun hat, sexuelle Orientierung/geschlechtliche Identität nur Fakten → kein persönlicher Umgang oder Prozess

Hauptkategorie 0 Ursache Krankenhausaufenthalt und Verlauf

Kategoriendefinition: Ereignis oder geplante OP, die zum Krankenhaus Aufenthalt geführt hat, Verlauf

Kodierregel: Ereignisse oder geplante OPs, die dazu geführt haben, die Dienste eines Krankenhauses in Anspruch zu nehmen. Der Verlauf der Erkrankung im Krankenhaus bzw. der Verlauf der Erkrankung allgemein. Bei Transition der Verlauf dieser (keine Gefühle, Bewertungen, faktenbasiert).

Hauptkategorie 1 Eigene Auseinandersetzung mit geschlechtlicher Identität bzw. sexueller Orientierung

Kategoriendefinition: Wann hat die eigene Auseinandersetzung mit der geschlechtlichen Identität zw. sexuellen Orientierung begonnen? Gibt es ein konkretes Ereignis? Wie ist die Auseinandersetzung verlaufen (Prozess)? Wie geht die Person mit der eigenen geschlechtlichen Identität zw. sexuellen Orientierung um?

Kodierregel: Zeitpunkt und oder Ereignis, die zur Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Identität bzw. sexueller Orientierung geführt haben. Persönliche Gedanken und/oder Befürchtungen. Verlauf der Auseinandersetzung. Umgang (vergangen und aktuell). Keine Reaktion des Umfelds!

Hauptkategorie 2 Offenlegung sexuelle Orientierung/geschlechtliche Identität außerhalb des Krankenhauses

Nr.	Ausprägung	Kategoriendefinition	Kodierregel
2.1	Verhaltensweise Umfeld Coming-Out	Wie hat das Umfeld auf das Coming-Out reagiert?	Reaktion des Umfelds (Familie, Freunde, Arbeit, usw.) auf das Coming-Out der betroffenen Person inkl. Konsequenzen.
2.2	Reaktion betroffene Person auf Verhaltensweise Umfeld	Wie hat die betroffene Person auf das Verhalten des Umfelds reagiert?	Reaktion der betroffenen Person auf die Reaktion des Umfelds und der persönlich gezogenen Konsequenzen, Gefühle sowie Handlungen.

Hauptkategorie 3 allgemeine Erfahrungen bzgl. eigener sexueller Orientierung sowie Beurteilung in der Gesellschaft

Kategoriendefinition: Welche Erfahrungen haben Betroffene aufgrund ihrer sexuellen Orientierung außerhalb des Krankenhauses gemacht?

Wie wird die sexuelle Orientierung in der Gesellschaft (laut Betroffenen) gesehen bzw. beurteilt?

Kodierregel: Alle Erfahrungen bzgl. sexueller Orientierung, die NICHT im Krankenhaus erfahren wurden. Gesellschaftliche Belange in der Vergangenheit, in der Gegenwart, ggf. vermutete Veränderungen in der Zukunft. Auch allgemeine Erfahrungen anderer Menschen bzgl. sexueller Orientierung.

Hauptkategorie 4 allgemeine Erfahrungen bzgl. eigener geschlechtlicher Identität sowie Beurteilung in der Gesellschaft

Kategoriendefinition: Welche Erfahrungen haben Betroffene aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität außerhalb des Krankenhauses gemacht? Wie wird die geschlechtliche Identität in der Gesellschaft (laut Betroffenen) gesehen bzw. beurteilt?

Kodierregel: Alle Erfahrungen bzgl. geschlechtlichen Identität, die NICHT im Krankenhaus erfahren wurden. Gesellschaftliche Belange in der Vergangenheit, in der Gegenwart, ggf. vermutete Veränderungen in der Zukunft. Auch allgemeine Erfahrungen anderer Menschen bzgl. geschlechtlichen Identität.

Hauptkategorie 5 Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus

Nr.	Ausprägung	Subkategorie	Kategoriendefinition	Kodierregel
5.1	Sexuelle Orientierung	Angenehme bis neutrale Erfahrungen	Welche angenehmen bis neutralen Erfahrungen haben Personen erlebt, die aufgrund ihrer sexuellen Orientierung stattgefunden haben?	Alle angenehmen bis neutralen Ereignisse im Krankenhaus, die direkt mit der sexuellen Orientierung zu tun haben. Erfahrungen, die nicht mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen zu scheinen, zum nicht zuordenbaren Material.
		Unangenehme Erfahrungen	Welche unangenehmen Erfahrungen haben Personen erlebt, die aufgrund ihrer sexuellen Orientierung stattgefunden haben?	Alle unangenehmen Ereignisse im Krankenhaus, die direkt mit der sexuellen Orientierung zu tun haben. Erfahrungen, die nicht mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen zu scheinen, zum nicht zuordenbaren Material.
5.2	Geschlechtliche Identität	Angenehme bis neutrale Erfahrungen	Welche angenehmen bis neutralen Erfahrungen haben Personen erlebt, die aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität stattgefunden haben?	Alle angenehmen bis neutralen Ereignisse im Krankenhaus, die direkt mit der geschlechtlichen Identität zu tun haben. Erfahrungen, die nicht mit der geschlechtlichen Identität zusammenhängen zu scheinen, zum nicht zuordenbaren Material.
		Unangenehme Erfahrungen	Welche unangenehmen Erfahrungen haben Personen erlebt, die aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität stattgefunden haben?	Alle unangenehmen Ereignisse im Krankenhaus, die direkt mit der geschlechtlichen Identität zu tun haben. Erfahrungen, die nicht mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen zu scheinen, zum nicht zuordenbaren Material.
5.3	Pflegeanamnese		Wurde eine Pflegeanamnese durchgeführt? Hatte das Thema Sexualität eine Relevanz bzw. wurde es angesprochen?	Aussagen, die über die Durchführung einer Pflegeanamnese berichten; ob das Thema Sexualität (komplette Bandbreite) angesprochen wurden und welche Gedanken die Betroffenen dazu hatten.

5.4	Erfahrungen anderer queerer Menschen		Was haben andere queere Menschen über ihre Erfahrungen erzählt? Welche Problemfelder werden von den Interviewten für andere queere Menschen vermutet?	Erfahrungen anderer queerer Menschen im Krankenhaus, die persönlich erzählt wurden oder von den Interviewten vermutet wurden – persönliche Erzählungen und Vermutungen in der Ergebnisdarstellung differenzieren!
5.5	Mögliche Erklärung der Betroffenen bzgl. Erfahrungen		Welche Erklärungen für o.g. Erfahrungen vermuten Betroffene?	Erklärungsversuche für alle Erfahrungen (gesamte Bandbreite), die die Betroffenen selbst oder andere betreffen. KEINE Doppelkodierungen mit Hauptkategorie 7!

Hauptkategorie 6 Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen

Nr.	Ausprägung	Kategoriendefinition	Kodierregel
6.1	Keine	Keine Kriterien zur Verbesserung der Situation von Betroffenen notwendig bzw. nicht nennbar.	Aussagen von Betroffenen, die keine konkreten Veränderungswünsche angeben, keine Veränderungen als notwendig erachten oder nicht wissen, welche Veränderungen notwendig wären.
6.2	Aufklärung der Öffentlichkeit als Erfordernis	Die Aufklärung der Öffentlichkeit bzw. der Gesellschaft, was LGBTIQ* Themen betrifft.	Alle Anliegen, die auf eine Aufklärung der Öffentlichkeit bzw. der Gesellschaft abzielen; außerhalb des Krankenhauses. Normalitätsgedanke!!!
6.3	Unterstützung durch das private Umfeld	Erfahrungen, die die Unterstützung durch das Umfeld beschreiben bzw. den Wunsch danach	Aussagen von Betroffenen bzgl. der Unterstützung durch das Umfeld bzw. der gewünschten Unterstützung
6.4	Sensibilisierung von Gesundheitsberufen	Veränderungswünsche bzgl. der Sensibilisierung sowie der Professionalität von Pflegepersonen oder anderen Gesundheitsberufen aus Betroffenenensicht. Veränderungswünsche bzgl. Vorannahmen von Gesundheitspersonal aus Betroffenenensicht.	Aussagen von Betroffenen bzgl. Verbesserung/Veränderung was die Sensibilisierung sowie die Professionalität von Gesundheitsberufen betrifft. Aussagen von Betroffenen bzgl. Verbesserung/Veränderung was die Vorannahmen von Gesundheitsberufen betrifft. Wunsch nach Thematisierung bei der Aufnahme bzw. pflegerischen Anamnese zwingend inkludieren, aber keine Überschneidung mit 5.3

6.5	Inklusive Sprache – schriftlich und mündlich	Notwendige Änderungen von schriftlichem Material sowie der Sprechweise von Gesundheitspersonal	Aussagen über die Wünsche, was Formularwesen und Infomaterial betrifft sowie gewünschte Anpassung der Sprache von Gesundheitspersonal.
6.6	Verwendung von korrekten Pronomen/ korrekte Ansprache	Wünsche bzgl. dem korrekten Verwenden von Pronomen und der daraus resultierenden Ansprache	Aussagen über die Wünsche bzgl. dem korrekten Verwenden von Pronomen und der daraus resultierenden Ansprache; Personenstandsänderung nicht unbedingt relevant
6.7	Signalisierung von Gesprächsbereitschaft/ Offenheit	Wunsch nach Gesprächsbereitschaft und Signalisierung von Offenheit durch das Gesundheitspersonal aus Betroffenenansicht.	Aussagen von Betroffenen bzgl. Verbesserung/Veränderung was die Gesprächsbereitschaft und die individuelle Offenheit von Gesundheitspersonal betrifft.
6.8	Privatsphäre und räumliche Gegebenheiten	Anregungen zur Wahrung der Privatsphäre sowie der Zimmerbelegung.	Aussagen bzgl. der Wahrung der Privatsphäre sowie der Umgang mit der Zimmerbelegung. Auch der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege inkludiert!
6.9	LGBTIQ* in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung	Wünsche bzgl. der Ausbildung bzw. Fortbildung von Pflegepersonen oder anderen Gesundheitsberufen aus Betroffenenansicht, Forschung inbegriffen.	Aussagen von Betroffenen bzgl. Verbesserung/Veränderung was die Aus- und Fortbildung von Gesundheitsberufen betrifft sowie die Forschung. Auch Wünsche bzgl. Bedeutung dieser Masterarbeit

Hauptkategorie 7 Sicher betreut und gepflegt fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenenansicht

Allgemeine Kategoriendefinition: Welchen eigenen Beitrag sehen Betroffene für sich und andere, um das Sicherheitsgefühl im Krankenhaus zu fördern bzw. sicherstellen zu können? Welcher Beitrag kann selbst geleistet werden, damit das Wohlbefinden queerer Menschen im Krankenhaus gewährleistet ist?

Allgemeine Kodierregel: All jene Kriterien, die die Betroffenen selbst beisteuern können, um sich im System Krankenhaus sicher gepflegt und betreut zu fühlen; keine Doppelkodierungen mit Hauptkategorie 6!

Nr.	Ausprägung	Kategoriendefinition	Kodierregel
7.1	Proaktive Aufklärung	Aussagen über aktive Aufklärung bzw. Offenlegung der eigenen sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität im Krankenhaus.	Alles, was eine aktive Aufklärung bzw. Offenlegung der eigenen sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität im Krankenhaus beschreibt.

7.2	Aktiv Unterstützung suchen	Unterstützungsangebote, welche die betroffene Person kennt, gesucht und/oder verwendet hat.	Nennung von Unterstützungsangeboten, die gekannt, gesucht und/oder angewendet wurden, privat wie auch institutionell.
7.3	Auswahl des betreuenden Personals	Welche Wünsche haben Betroffene bzgl. dem betreuenden Gesundheitspersonal?	Aussagen über bewusste Entscheidungen und Vorlieben, was pflegerisches sowie sonstiges Gesundheitspersonal betrifft, die die betroffene Person betreuen.

Hauptkategorie 8 Nicht erkenntnisrelevantes Material

Kategoriendefinition: Material, das nichts zur Beantwortung der Forschungsfragen beisteuern kann.

Kodierregel: Material, das eindeutig nichts zur Beantwortung der Forschungsfragen beisteuern kann, z.B. Aussagen über das Wetter, Erfahrungen, die eindeutig nichts mit der queeren Lebensweise zu tun haben usw.

Hauptkategorie 9 Nicht zuordenbares Material, möglicherweise erkenntnisrelevant

Kategoriendefinition: Material, das nicht zuordenbar ist, aber möglicherweise später erkenntnisrelevant sein könnte.

Kodierregel: Material, das zunächst nicht zuordenbar ist, aber möglicherweise später erkenntnisrelevant sein könnte, z.B. Aussagen über Fernsehsendungen, Outing Prozess usw.

Zusammenfassung

Hintergrund

Viele Menschen aus der LGBTIQ* Community erleben im Rahmen der Betreuung im System Krankenhaus Diskriminierung oder sind mit Vorurteilen konfrontiert. Die Angst vor Diskriminierung und das Erleben von Minderheitenstress kann zu einer verspäteten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, einer geringeren Pflegequalität und folglich auch zu gesundheitlichen Problemen führen.

Methode

Im Rahmen eines qualitativen Ansatzes wurden zehn leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte nach dem Verfahren der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder (2008).

Ergebnisse

Es konnten drei große Hauptkategorien mit entsprechenden Ausprägungen identifiziert werden: „Erfahrungen und deren Bedeutung für queere Menschen im System Krankenhaus“, „Kriterien für eine gute und sichere Betreuung queerer Menschen“ und „Sicher gepflegt und betreut fühlen - eigener Beitrag aus Betroffenenperspektive“. Vor allem trans* und nicht binäre Personen berichten von negativ geprägten Ereignissen. Männliche Pflegepersonen sind dabei eher involviert.

Resümee

Es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung mit der internationalen Literatur bzgl. negativer Erfahrungen, z.B. (Angst vor) Diskriminierung und Vorurteilen, falsche Verwendung von Pronomen, scheinbare Wissensdefizite seitens Pflegepersonen und das Gefühl des „Anderssein“. Zur Verbesserung der Pflegequalität bestätigten sich Forderungen wie die Sensibilisierung von Gesundheitsberufen, inklusiver Sprachgebrauch mit der Verwendung korrekter Pronomen oder die Aufnahme von LGBTIQ* relevanten Inhalten in die pflegerische Grundausbildung sowie Fortbildungen. Selbst aktiv zu werden im Zuge der Betreuung begünstigt angenehme Erfahrungen. Die Ausbildung transkategorialer Kompetenz stellt einen Schlüsselfaktor für eine queer-sensible Pflege dar.

Schlüsselbegriffe

LGBTIQ* - Queer – Erfahrungen – Pflege – transkategoriale Kompetenz

Abstract

background

Many people from the LGBTIQ* community experience discrimination or are confronted with prejudice in the context of care in the hospital system. The fear of discrimination and the experience of minority stress can lead to late use of health services, lower quality of care and, consequently, health problems.

method

Ten guided interviews were conducted as part of a qualitative approach. The data was evaluated using the method theory and empiricism guided category formation according to Steigleder (2008).

results

Three major main categories with corresponding characteristics could be identified: "Experiences und their significance for queer people in the hospital system", "Criteria regarding good und safe care of queer people" and "Feeling safely nursed and cared for - own contribution from the perspective of those affected". Especially trans* and non-binary people report negative events. Male caregivers are more likely to be involved.

summary

There is high agreement with the international literature regarding negative experiences, e.g. (fear of) discrimination and prejudice, incorrect use of pronouns, apparent knowledge deficits on the part of caregivers and the feeling of "being different". To improve the quality of care, demands such as raising awareness among health professionals, inclusive use of language with the use of correct pronouns or the inclusion of LGBTIQ*-relevant content in basic nursing training and further education were confirmed. Becoming active in the course of care facilitates pleasant experiences. The development of transcategorical competence is a key factor for queer-sensitive care.

key words

LGBTIQ* - queer – experiences – nursing – transcategorical competence