

BACHELORARBEIT

Interaktion mit trans* Patient*innen. Die Pflegebeziehung diskriminierungsfrei gestalten.

Vorgelegt am 31. Mai 2021

von Daniel Thumm

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

1. Prüfer*in: Stefanie Schniering
2. Prüfer*in: Dipl.-Pflegepäd. Monika Schleith

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management

Alexanderstraße 1

20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Trans* Personen sind häufig von Diskriminierungserfahrung betroffen. Sowohl in alltäglichen Leben als auch im Gesundheitssystem begegnen trans* Personen viele Hürden. Dies hat erheblichen Einfluss auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit. Vor allem die psychische Gesundheit von trans* Personen ist dadurch belastet. Auch die aktuelle Situation, wie Pflegekräfte mit trans* Patient*innen interagieren und auf die Arbeit mit trans* Patient*innen vorbereitet sind, ist unzureichend. Es ergibt sich die Fragestellung: Wie kann eine nichtdiskriminierende Interaktion von Pflegenden mit zu pflegenden trans* Patient*innen im Krankenhaus gefördert werden?

Methodik: Es wurde ein Scoping-Review durchgeführt. Ergebnisse wurden in einem PRISMA Flow-Chart dargestellt. Die ausgewählte Literatur (n=11) wurde anschließend hinsichtlich ihrer Qualität geprüft. Aus diesen Quellen wurden exemplarisch zwei Maßnahmen genauer vorgestellt, um auch Inhalte aufzuzeigen, die eine nichtdiskriminierende Interaktion mit trans* Patient*innen fördern.

Ergebnisse: Pflegenden fehlt es an grundlegendem Wissen in der Versorgung von trans* Patient*innen. Um dem entgegenzuwirken sind trans*-Themen in der Ausbildung von Pflegenden zu verorten. Dafür eignen sich theoretische Inhalte, aber auch praktische, wie Simulationen. Exemplarisch dafür stehen das *Transgender Curricula Integration Project* und *Simulation Design: Addressing Care of a Transgender Patient*.

Diskussion: Beide Maßnahmen zeigen eine Verbesserung der Kenntnisse und Einstellung von Pflegestudierenden gegenüber trans* Personen und fördern somit eine nichtdiskriminierende Interaktion. Jedoch zeigen sie auch einen Verbesserungsbedarf. Durch diese Maßnahmen werden bereits examinierte Pflegekräfte nicht erreicht, wodurch sich die Situation in naher Zukunft wahrscheinlich nicht grundlegend verändern wird.

Inhalt

| | |
|--|------|
| Abkürzungsverzeichnis..... | b |
| Abbildungsverzeichnis..... | b |
| Tabellenverzeichnis..... | b |
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Definitionen der diskriminierenden Interaktion von trans* | 4 |
| 3. Diskriminierungserfahrung von trans* Personen..... | 7 |
| 3.1. Lebensumstände von trans* Personen..... | 7 |
| 3.2. Diskriminierung im Gesundheitssystem..... | 9 |
| 3.3. Pflegekräfte und Trans* Patient*innen..... | 13 |
| 4. Methodik | 18 |
| 5. „Break the silence“ | 20 |
| 5.1. Trans* Sensibilität in Pflegecurricula | 24 |
| 5.2. Trans* Simulation | 27 |
| 6. Diskussion | 30 |
| 7. Fazit..... | 38 |
| Literaturverzeichnis | 40 |
| Anhangsverzeichnis | i |
| Eidesstattliche Erklärung | xxii |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|--|
| AEDL | Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens |
| EU | Europäische Union |
| HIV | Humane Immundefizienz-Virus |
| INACSL | International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning |
| ipp | Instituts für Public Health und Pflegeforschung |
| LGBTQIA+ | L esbian, G ay, B isexual, T rans, Q uestioning, I ntersexual, A sexual |
| NaKomm | Nationale Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege |
| PfIAPrV | Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |
| TCIP | Transgender Curricula Integration Project |
| TSG | Transexuellengesetz |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Empfundene Diskriminierung im Kontakt mit Gesundheitsversorgung in den letzten 12 Monaten in den EU Länder | 10 |
| Abbildung 2: Herr Hermes in der Simulation..... | ix |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|------|
| Tabelle 1: Lebensumstände von trans* Personen | i |
| Tabelle 2: Diskriminierung im Gesundheitssystem | iii |
| Tabelle 3: Kompetenzen Pflegekräfte in der Interaktion mit trans* Patient*innen..... | iv |
| Tabelle 4: Bildung und trans* Patient*innen | v |
| Tabelle 5: Ergebnisse der Implementierung von TCIP | vii |
| Tabelle 6: 11 Kriterien des Simulation Design | viii |

1. Einleitung

In den letzten Jahren rücken durch die Emanzipationsbemühungen und die Liberalisierung der Gesellschaft Bedarfe und Bedürfnisse von Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit der übereinstimmt, welche ihnen bei der Geburt zugeschrieben wird, in den öffentlichen Diskurs. Diese Menschen können trans* (oder intergeschlechtlich) sein.

Prominent diskutiert wird die Notwendigkeit von geschlechtsneutralen Toiletten und die Möglichkeit ein weiteres Geschlecht bei Dokumenten angeben zu können (Jung, 2019). Die Bedürfnisse beschränken sich jedoch nicht auf diesen Diskurs. Besonders im Gesundheitssystem machen trans*Personen, meist ausgehend durch das aktuelle Transsexuellengesetz (TSG), Diskriminierungserfahrungen. Dieses regelt die Personenstandsänderung. Dafür werden unter anderem zwei psychologische Gutachten benötigt. Trans* Personen erleben dieses Verfahren als entwürdigend und teuer, denn im Durchschnitt kostet dies 1500€ bis 2000€ um in offiziellen Dokumenten den Geschlechtseintrag ändern zu lassen (Warnecke, 2021). Erst am 19.05.2021 wurde ein Gesetzesentwurf in den Bundestag eingebracht, um das Transsexuellengesetz durch ein Selbstbestimmungsrecht zu ersetzen. Dieser Entwurf wurde jedoch von der Bundesregierung abgelehnt (Warnecke, 2021). Auch die Dringlichkeit einer Anpassung von Pflege an die Bedürfnisse und Bedarfe von trans* Personen ist wahrnehmbar, denn wie wenig trans* Personen momentan im Pflegeprozess sichtbar sind, verdeutlicht der pflegetheoretische Ansatz (Schünemann, 2020).

Die Pflegepraxis basiert auf Pflegeatheorien. Ein weitverbreiteter pflegetheoretischer Ansatz in Deutschland ist das Pflegekonzept von Monika Krohwinkel. Dieses wurde 1993 veröffentlicht und beinhaltet 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL). Einer dieser AEDL-Bereiche ist *Sich als Mann und Frau fühlen und verhalten können* (Fiedler et al., 2013). In diesem AEDL-Bereich geht es darum die Identität der Patient*innen zu respektieren, zu fördern und zu unterstützen. Doch durch die Formulierung wird ein binäres System¹ suggeriert und vorgegeben.

¹ In der Gesellschaft ist ein binäres Geschlechtsmodell verankert, welches ausschließlich männlich und weiblich kennt. Es lässt keine anderen Geschlechter oder Zwischenstufen zu. Das gilt für jeden gesellschaftlichen Bereich, also z.B. die mit dem Geschlecht verknüpften sozialen Rollen, Geschlechtsidentitäten und körperlichen Geschlechter von Menschen.“ Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021a)

Personen, die diesem System nicht zugehören, werden ausgeschlossen. Somit sind in diesem pflegetheoretischen Ansatz bereits nicht alle Personen miteingeschlossen. In diesem Zusammenhang kann der aktuelle pflegetheoretische Ansatz als problematisch bewertet werden (Schünemann, 2020).

Was dies für den Pflegeprozess bedeutet, wenn die Patient*innen sich weder als *Mann*, noch als *Frau* fühlen oder sie noch nicht wissen wie sie sich fühlen, ist noch nicht ausreichend geklärt. Was ist, wenn Patient*innen sich nicht so verhalten können, wie sie sich fühlen? Wie kann eine Pflegekraft die Identität der Patient*innen respektieren, fördern und unterstützen, wenn keine Kompetenzen, eine Identität außerhalb des binären Systems zu erkennen, gelehrt und gelernt werden? Der AEDL-Bereich *Sich als Mann und Frau fühlen und verhalten können* wird diesen komplexen Fragen und Situationen nicht gerecht.

Auch andere theoretische Grundlagen setzen sich nicht mit der Komplexität der Geschlechtsidentitäten auseinander und beachten das Thema Trans* und Probleme von trans* Personen nicht. Ein Beispiel hierfür ist das „Nationale Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege“ (NaKomm) des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (ipp) Bremen. NaKomm enthält insgesamt 60 Lernsituationen für die Lehre in der generalistischen Pflegeausbildung. Die Lernsituationen sollen kommunikative Kompetenzen aufbauen und fördern. Keine dieser Situationen thematisiert die Kommunikation mit trans* Personen (ipp Bremen, 2021). Dadurch bleibt das Wissensdefizit weiterhin bestehen und die Möglichkeit die Identität zu respektieren, zu fördern und zu unterstützen wird nicht verwirklicht.

Bei einer EU-weiten Umfrage im Jahr 2014, wurden bei 6,579 trans* Personen die jeweiligen Lebenssituationen erhoben. Im Bereich Gesundheit haben 22% der in der EU lebenden trans* Personen angegeben, dass sie in den letzten zwölf Monaten von Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems persönlich diskriminiert wurden. Deutschland liegt mit der Diskriminierungsrate von 26% dabei über dem EU-Durchschnitt (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). In derselben Umfrage wurden zudem Erfahrungen erfasst, die trans* Menschen erlebten, als diese eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch genommen haben. 21% der Befragten gaben an, unangebrachte Neugier erfahren zu haben. Des Weiteren wurde von 17% angegeben, dass ihre spezifischen Bedürfnisse ignoriert,

beziehungsweise nicht berücksichtigt wurden. 15% der Befragten wurden gezwungen sich medizinischen oder psychologischen Tests zu unterziehen. Weitere 14% berichteten, dass sie aus Angst vor Diskriminierung und intoleranten Reaktionen auf eine Behandlung verzichtet haben (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Diese Daten verdeutlichen die Notwendigkeit sich wissenschaftlich mit den Erfahrungen und Bedürfnissen von trans* Personen und der *Interaktion mit trans* Personen in der gesundheitlichen Versorgung* zu befassen. Dazu gehört eine Auseinandersetzung aus der pflegerischen Perspektive. Vor diesem Hintergrund stellt diese Bachelorarbeit die folgende Frage:

Wie kann eine nichtdiskriminierende Interaktion von Pflegenden mit zu pflegenden trans* Patient*innen im Krankenhaus gefördert werden?

Um diese Fragestellung zu beantworten, werden in dieser Arbeit die Diskriminierungserfahrungen von trans* Personen im Alltag sowie im Gesundheitssystem erörtert. Hierauf aufbauend wird anhand aktueller wissenschaftlicher Literatur verdeutlicht, wie eine nichtdiskriminierende Interaktion diesbezüglich gefördert werden kann. Anhand zwei exemplarischer Maßnahmen werden Vorgehensweisen vorgestellt, wie zukünftige trans*-Themen in der Pflegeausbildung gelehrt und vermittelt werden. Die Ergebnisse und Erkenntnisse werden abschließend miteinander diskutiert.

2. Definitionen der diskriminierenden Interaktion von trans*

LGBTQIA+

LGBTQIA+ ist ein Akronym aus den verschiedenen sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten. Das deutsche Äquivalent ist LSBTQIA+, jedoch ist der Gebrauch der englischen Form üblicher. Das englische Akronym steht für **L**esbian, **G**ay, **B**isexual, **T**rans, **Q**uestioning, **I**ntersexual, **A**sexual. Das Plus steht für alle weiteren Diversitäten. Es wird angemerkt, dass es kein einheitliches Akronym gibt und der Begriff durchaus auch von Seiten geschlechtlicher und sexueller Minderheiten kritisiert wird. Vielmehr ist LGBTQIA+ als Sammelbegriff ein Instrument, diese geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten sichtbar zu machen.

In der vorliegenden Arbeit geht es um das ‚T‘ / Trans*.

Trans*

Nach der Antidiskriminierungsstelle ist trans*

„[...]ein Oberbegriff, der verschiedene Menschen bezeichnet, die sich nicht beziehungsweise nicht nur mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Dazu zählen beispielsweise auch Menschen, die geschlechtsangleichende Behandlungen anstreben. Trans sind beispielsweise "Mann-zu-Frau" Transsexuelle oder "Frau-zu-Mann" Transsexuelle, aber auch Menschen, die sich geschlechtlich nicht verorten (lassen) möchten. Das Sternchen in der Bezeichnung soll Raum für verschiedene Identitäten lassen, wie beispielsweise transsexuell, Transmann, Transfrau, transident, Transgender, ...“*
(Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2021b)

Das Wort ‚Transsexuell‘ wird im Rahmen dieser Arbeit nicht verwendet, da dieser Begriff in der deutschen Sprache, anders als in der Englischen, semantisch anderweitig genutzt wird. ‚Sex‘ steht im Englischen für das ‚Geschlecht‘. Im Deutschen wird es hingegen der Bedeutung nach im Zusammenhang der ‚Sexualität‘ verwendet. Trans* ist keine Sexualität, sondern eine Geschlechtsidentität. Trans* Personen durchlaufen meist eine Transition. Dies ist der Prozess soziale, körperliche und/oder juristische Änderungen vorzunehmen, um der eigenen Geschlechtsidentität zu entsprechen. Das können eine Operation oder eine Hormontherapie sein, aber auch Namens- und Personenstandänderungen sind Transitionen. Auch das Verändern bzw. Anpassen des

öffentlichkeitswirksamen Kleidungsstils sowie des sozialen Auftretens kann als Transition verstanden werden (University of Cambridge, 2021).

Interaktion

Interaktion beschreibt die Wechselwirkung zweier oder mehrerer Personen, die gemeinsam handeln und sich durch ihr Denken und Handeln gegenseitig beeinflussen (Abels, 2019). Eine weiterführende Definition ist die der *sozialen Interaktion*. Sie beschreibt die umfassende Wechselwirkung zwischen zwei oder mehreren Personen mit verhaltensbeeinflussender Wirkung. Die Personen sind also an einem Austauschprozess beteiligt. Zu sozialer Interaktion zählt nicht nur die sprachliche Kommunikation, sondern auch nonverbale Kommunikation. Die Kommunikation dient dabei dem Senden und Empfangen von Informationen (Urhahne et al., 2019). Nach Paul Watzlawick gilt: „Wer kommuniziert – interagiert gleichzeitig. Wer interagiert – kommuniziert gleichzeitig“ (Messingschlager, 2012, S. 19). Obwohl Kommunikation und sozialer Interaktion eng verbunden ist, ist soziale Interaktion immer reziprok, wohingegen Kommunikation auch nur einseitig verlaufen kann (Urhahne et al., 2019). Soziale Interaktion im pflegerischen Kontext beschreibt demnach die pflegerische Beziehung zwischen Pflegekraft und den Patient*innen. In dieser Arbeit wird Interaktion, im Kontext der sozialen Interaktion, als jeglicher Kontakt mit Patient*innen verstanden.

Diskriminierung

Diskriminierung ist ein weitgefasserter Begriff, der je nach Schwerpunkt unterschiedlich ausgelegt wird. So gibt es Unterschiede zwischen einer gesellschaftlichen und (sozial-)wissenschaftlichen Definition von Diskriminierung, was ein einheitliches Verständnis des Begriffs schwierig gestaltet.

Der Wortursprung von Diskriminierung stammt aus dem lateinischen ‚discriminare‘, bedeutet im Deutschen ‚trennen‘ oder ‚unterscheiden‘. Diese Übersetzungen beschreiben im gesellschaftlichen Kontext nur die Unterscheidung zwischen verschiedenen Personen oder Gruppen im neutralen Sinne, ohne jegliche Wertung. Dennoch geht Unterscheidung häufig mit einer Hierarchisierung und immanenten Machtverhältnissen einher. Das bedeutet, dass eine bestimmte Gruppe eher positiv oder eher negativ bewertet wird (Beigang et al., 2017). Aufgrund dieser Zuschreibungsprozesse erfolgen dann direkte Herabwürdigungen und

Benachteiligungen dieser Personengruppen. Diskriminierung ist nicht nur die Unterscheidung zwischen Personengruppen aufgrund spezifischer (gruppenbezogener) Merkmale, sondern und vor allem auch die damit einhergehende Benachteiligung (Beigang et al., 2017). Diskriminierung geht somit über individuelle Dimensionen hinaus und umfasst auch strukturelle und-/ oder institutionelle Formen der Benachteiligung (Dovidio et al., 2013). Diskriminierung wird als Verhalten beschrieben, das von Individuen, sozialen Gruppen und/oder Institutionen ausgeht und andere Gruppen oder einzelne Mitglieder dieser Gruppen benachteiligt (Dovidio et al., 2013). Nach Dovidio et al. ist es auch Diskriminierung, wenn das benachteiligte Verhalten das bevorzugte Verhalten der diskriminierenden Gruppe ist und diese eine relative Benachteiligung für die anderen Gruppen beinhaltet (Dovidio et al., 2013). Diskriminierungsfreie Interaktion ist folglich ein aufeinander bezogenes Handeln ohne die Benachteiligung einer an der Handlung teilhabenden Person.

3. Diskriminierungserfahrung von trans* Personen

Die Vereinten Nationen beschreiben in ihrer Agenda 2030 eine Idealwelt als Ziel, in der alle Menschen ein gerechten und universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen und sozialem Schutz haben, in welchem physisches, mentales und soziales Wohlbefinden gesichert ist (United Nations, 2017, S. 44). Die WHO schreibt in ihrer eigenen Zeitschrift, dass diese Agenda ein weiterer Anstoß sei, sich um die Gesundheit und das Wohlbefinden von trans* Personen zu kümmern (Thomas et al., 2017). Um dieses Ziel zu erreichen, muss eine diskriminierungsfreie Interaktion zwischen Pflegenden mit trans* Patient*innen ermöglicht werden.

3.1. Lebensumstände von trans* Personen

In Europa identifizieren sich nach einer Umfrage basierten Hochrechnung ca. 5,9 % aller Europäer*innen als LGBTQIA+ (Anhang 1). Mit circa 7,4% Prozent identifizieren sich relational in Deutschland am meisten Menschen im LGBTQIA+-Spektrum (Deveaux, 2016). Wie viele Personen davon trans* sind ist schwierig zu ermitteln. Die einzigen verlässlichen Zahlen aus Deutschland, sind die Fallzahlen der Verfahren nach dem Transsexuellengesetz (TSG). Dieses gilt seit 1980, dennoch liegen in der Justizstatistik des Bundesamtes für Justiz erst Zahlen ab 1995 vor. Zwischen den Jahren 1995 bis 2019 sind 28,095 Verfahren nach dem TSG erfolgt (Bundesamt für Justiz, Referat III 3, 2020). Die Dunkelziffer der in Deutschland lebenden trans*identifizierenden Personen kann weitaus höher liegen.

Cisgender steht dem trans*-Sein gegenüber. Cisgender, eingeführt von Volkmar Sigusch, bedeutet, dass Körpergeschlecht (aktuellere Definition: biologisches Geschlecht) und psychosoziale Geschlechtsidentität übereinstimmen (Sigusch, 2013). Da dem gesellschaftlichen Denken, Fühlen und Sprechen eine Hetero- und Cisnormativität immanent ist, benötigt es spezifische wertfreie Begriffe, um die Lebensrealitäten und Problemstellungen wertneutral zu erfassen und zu bearbeiten. Homosexualität sowie trans*Identität stellen in einem heterosexuell-bigeschlechtlichen Normsystem Abweichungen dar. Nicht selten wird deshalb angenommen, dass es *richtige* und *falsche* Frauen und Männer gibt, sowie alle Menschen cis-geschlechtlich sind. Die hiervon abweichenden Lebensrealitäten werden pathologisiert. Hetero- und Cisnormativität sind gesellschaftliche

Legitimationsbasis für die normative Abwertung von trans* Personen sowie sexueller und geschlechtlicher Minderheiten im Allgemeinen (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2017).

Trans* Personen werden mit einer Vielzahl von Stressoren konfrontiert. Diese können strukturelle und gesellschaftliche Diskriminierung oder Erfahrungen von Ablehnung und dem Verbergen der Identität sein (Foglia & Fredriksen-Goldsen, 2014). Daraus folgt eine zunehmende Wahrscheinlichkeit an psychischen und gesundheitlichen Problemen zu leiden (Foglia & Fredriksen-Goldsen, 2014). Die Prävalenz depressive Symptome zu haben, liegt bei trans* Frauen bei 51,4% und bei trans* Männern bei 48,3%. Das bedeutet, dass statistisch jede zweite trans* Person depressive Symptome aufweist (siehe Anhang 1). Bei Angststörungen sind die Zahlen ähnlich hoch. 40,4% der trans* Frauen geben an Ängste zu haben und trans* Männer zu 47,5% (Budge et al., 2013). Fast jede zweite trans* Person äußert Ängste vor Diskriminierung.

Im Vergleich dazu liefert eine EU-Gesundheitsbefragung Prävalenzen einer depressiven Symptomatik nicht nur für trans* Personen, sondern auch für die Gesamtbevölkerung der EU-Mitgliedstaaten. Deutschland liegt über dem EU-Durchschnitt mit einer allgemeinen Prävalenz von 9,2% (siehe Anhang 1) (Robert Koch-Institut, 2019). Frauen liegen mit 10,8% über dem deutschen Durchschnitt, Männer mit 7,6% darunter. Der Durchschnitt in der Prävalenz aller EU-Länder liegt bei 6,6%, wobei Frauen mit 7,9% wieder darüber und die Männer mit 5,2% darunter liegen. (Robert Koch-Institut, 2019). Bei Angststörungen ist der Unterschied der Prävalenz zwischen der Gesamtbevölkerung und den trans* Personen weniger eklatant. Nach einer Erhebung im Jahr 2011 haben 25% der deutschen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben unter einer Angststörung gelitten (Kessler, 2011). Diese Vergleiche machen deutlich, dass trans* Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit haben depressive Symptomatiken und/oder Angststörungen zu entwickeln. Dementsprechend ist dies eine wichtige Erkenntnis für die zukünftige Arbeit mit trans* Patient*innen.

Trans* Personen erleben zudem eine hohe Prävalenz Opfer von Gewalt und Gewaltandrohungen zu sein. In einer EU-weiten Umfrage im Jahr 2012, wurde die Prävalenz von Gewaltandrohung der letzten fünf Jahre erhoben. Dabei lag diese bei 34% (siehe Anhang 1). In den letzten 12 Monaten vor der Umfrage lag der Wert

immer noch bei 15%. Innerhalb dieser 12 Monate haben 34% angegeben einmal Opfer von Gewalt gewesen zu sein. 24% waren zweimal Opfer, 14% dreimal und 28% viermal und mehr (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Zusammengefasst sind dies die Erfahrungen, die trans* Personen in ihrem alltäglichen Leben erleiden: geschlechtsbasierte Viktimisierung, Diskriminierung, Mobbing, Gewalt, Ausschluss aus Familie, Freundeskreis und der Community; Belästigung von intimen Partnern, Familienmitgliedern, der Polizei und der Gesellschaft; Diskriminierung und Pathologisierung im Gesundheitssystem. All dies sind Risikofaktoren, die das suizidale Verhalten bei trans* Personen beeinflussen. Das hat zur Folge, dass die Suizidversuchsrate zwischen 32% und 50% liegt (siehe Anhang 1) (Virupaksha et al., 2016).

3.2. Diskriminierung im Gesundheitssystem

Eingangs wurde die aktuelle Situation von trans* Personen in der EU beschrieben. Die in der Einleitung abgeprochene Umfrage macht deutlich, wie prekär die Situationen für trans* Personen sind. Nicht nur Deutschland hat eine hohe Quote an Diskriminierungserfahrungen von trans* Personen, die im Kontakt mit Gesundheitsversorgung stehen, sondern auch andere EU-Länder weisen hohe Zahlen auf (siehe Abbildung 1, S.10). Das Land mit der höchsten Diskriminierungserfahrung bei trans* Menschen ist Litauen mit 39%. Das Land mit der geringsten Anzahl ist Slowenien mit 7%. Für beide Länder wurden weniger als 30 Antworten abgegeben, weshalb die Aussagekraft dieser Zahlen limitiert ist. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass trans* Personen in den westeuropäischen Ländern eine höhere Diskriminierung erfahren als in den osteuropäischen Ländern. Die Länder Frankreich (30%), Deutschland (26%), Schweden (26%) und das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland (26%) führen die Liste an, wenn man die Länder mit unzureichenden Antworten ausschließt (siehe Anhang 2). Am Ende der Liste stehen die Länder Bulgarien (14%) und die Slowakei (8%) (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

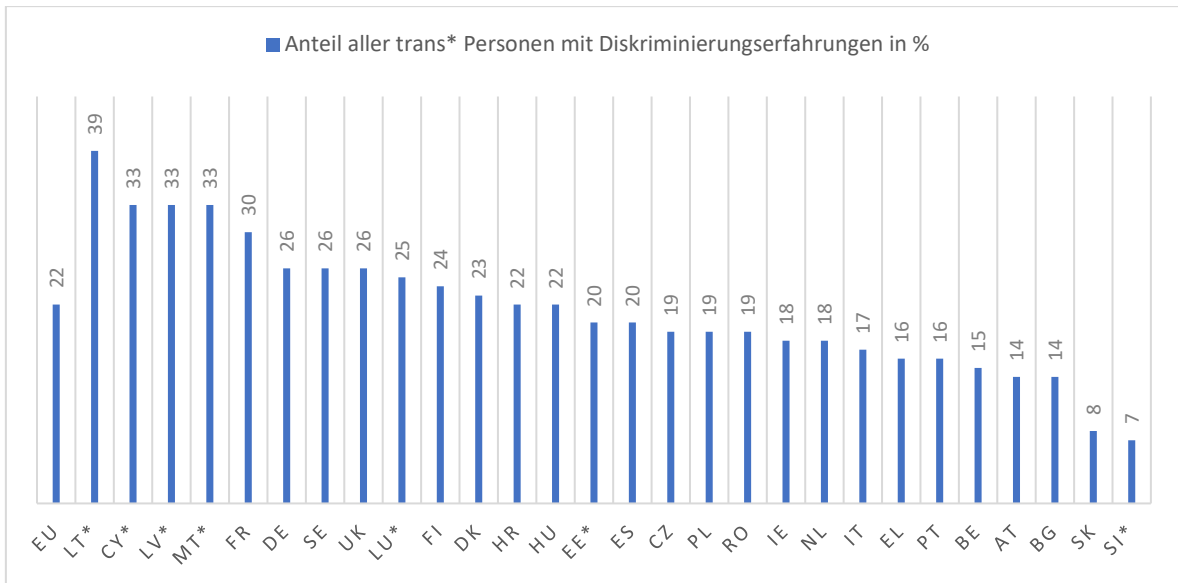


Abbildung 1 Empfundene Diskriminierung im Kontakt mit Gesundheitsversorgung in den letzten 12 Monaten in den EU Länder (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014, S. 44) ; * Länder mit weniger als 30 Antworten

Bei diesen Zahlen fehlt allerdings die genauere Aufteilung, ob die Ergebnisse aus dem städtischen oder ländlichen Raum kommen. Je nach Lokalisierung könnten die Zahlen unterschiedliche Ergebnisse hervorbringen (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Bei der Transgender EuroStudy von 2008 wurden Erfahrungen von trans* Personen im Gesundheitssystem erhoben. Dabei wurde zwischen trans* Personen, die ihre Transition in den letzten 5 Jahren vor der Umfrage durchgeführt haben (T1) und denjenigen, deren Transition vor mehr als 10 Jahren stattgefunden hat (T2), unterschieden. Ergebnisse dieser Umfrage waren, dass 34% der T1-Gruppe gesundheitliche Behandlungen von Mitarbeitenden des Gesundheitssystems verweigert wurden, da diese eine Geschlechtsangleichung ablehnten (siehe Anhang 2). Bei der Gruppe T2, deren Transition länger zurück liegt, lag der Anteil bei 43%. Es konnte eine Verbesserung um 9 Prozent bei der gesundheitlichen Versorgung von Trans* Personen festgestellt werden. Diejenigen, die ihre Transition innerhalb der letzten fünf Jahre vollzogen haben, erleben weniger Ablehnung bei der gesundheitlichen Versorgung durch das gesundheitliche Personal. Die Versorgung von trans* Personen hat sich mit der Zeit verbessert, wenn nicht genügend. (Whittle et al., 2008). Weitere Ergebnisse dieser Umfrage waren, dass 17% der T1-Gruppe das Gefühl hatten, dass ihre trans* Identität den Zugang zu nicht trans*-spezifischer Gesundheitsversorgung beeinflusst hat. Auch

hier gab es eine leichte Verbesserung zu den Erfahrungen der T2-Gruppe. Dort lag der Wert bei 23%. Im gleichen Item wurde zudem zwischen dem Einkommen und Beschäftigung aufgeteilt. Bei den Teilnehmer*innen die ein Einkommen von weniger als 20.000€ im Jahr haben, lag der Anteil bei 22%, wohingegen diejenigen mit einem Einkommen von über 50.000€ zu 16% diese Erfahrung gemacht haben. Ähnliches Ergebnis zeigte sich beim Vergleich von gelernten und ungelernten Arbeiter*innen. 15% der gelernten Arbeiter*innen gaben an, dass sie durch ihre trans* Identität der Zugang zu nicht-trans*spezifischer Gesundheitsversorgung durch ihre Identität beeinflusst ist. Bei den ungelernten Mitarbeiter*innen liegt der Wert bei 20% (Whittle et al., 2008). Nicht nur erleben trans* Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status mehr Diskriminierung aufgrund ihres trans* Identität, sondern im Allgemeinen sind Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status häufiger aufgrund von Gesundheitsproblemen in der Alltagsbewältigung eingeschränkt. Auch das Risiko für Erkrankungen wie Herzinfarkte, Diabetes mellitus und chronische Bronchitis ist bei Armut erhöht (Lampert & Le Kroll, 2010). Die teilnehmenden trans* Personen schlossen aufgrund dieser Diskriminierungserfahrungen und der Angst vor weiterer Diskriminierungserfahrung den Entschluss, dass sie Routineuntersuchung vermeiden (Whittle et al., 2008).

Eine trans* Person aus Italien berichtet:

„...when I go to use health services I myself am on guard, like, what will they say to me, what will happen, will they accept me, in which section are they going to put me? So, all these fears, influence my ability to access health care, so often, I've avoided going, use health care services, exactly to avoid these fears, paranoia.“ (Whittle et al., 2008, S. 60)

In einer Fallstudie wird der Fall von Brandon James (Pseudonym) beschrieben. Ein trans* Mann, der mit erhöhtem Blutdruck und mehreren Angstattacken in die Notaufnahme gebracht wurde. Er erlebte schon bei der Anmeldung am Tresen systemische und persönliche Herausforderungen von Seiten der Angestellten. Als er zur Identifikation seinen Führerschein vorzeigte, waren die Pflegenden überfordert, dass der *Mann* vor Ihnen auf seinen amtlichen Dokumenten eine *Frau* ist. Die mitarbeitende Person hat Kolleg*innen hinzugezogen, auf Brandon gezeigt und ihn als Mädchen bezeichnet (Cicero & Perry Black, 2016). Brandon schilderte seine Situation folgendermaßen: *„I was a spectacle. I was a freak show at the circus.*

It was definitely to draw attention to the fact that my outward appearance didn't match [my identification]" (Cicero & Perry Black, 2016, S. 26). Auch nach mehreren Hinweisen und Bitten diese unangebrachte Sprache zu vermeiden, wurde er weiter konsequent als Frau angesprochen und seine Bitte ignoriert. Brandon hat das Krankenhaus verlassen, ohne eine ärztliche Person gesehen zu haben (Cicero & Perry Black, 2016). Er wurde durchgehend misgendert² und seine Identität nicht validiert und gesehen.

Zu Beginn der Arbeit wurden folgende Erfahrungen aus der EU-weiten Umfrage erwähnt: unangebrachten Neugierde, Ignoranz der besonderen Bedürfnisse, Zwang zu medizinischen und psychologischen Tests und der Verzicht auf Behandlung aus Angst vor Diskriminierung und Intoleranz. Zudem explizieren die Ergebnisse, dass trans* Personen Schwierigkeiten beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung haben (Anhang 2). Des Weiteren wurde in der Umfrage angegeben, dass 12% aller trans* Personen Therapeut*innen, Ärzt*innen oder weitere Akteur*innen der Gesundheitsversorgung nach negativen Erfahrungen gewechselt haben. 11% erfahren keine gleichwertige bzw. adäquate Gesundheitsversorgung von medizinischem Personal im Vergleich zu Cisgeschlechtlichen (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Trans* Personen erfahren nicht nur Diskriminierung aufgrund ihrer Identität, sondern auch aufgrund von Stigmata gegenüber HIV, denn trans* Personen haben eine 49 mal höhere Wahrscheinlichkeit sich mit HIV zu infizieren (Anhang 2) (UNAIDS, 2016). Bei einer bundesweiten Umfrage mit HIV-positiven Personen wurde erhoben, dass 56% im letzten Jahr mindestens eine diskriminierende Erfahrung im Gesundheitssystem gemacht haben (Deutsche Aidshilfe, 2020).

Einhergehend mit der Angst vor Diskriminierung ist die Pathologisierung von trans* Personen. Trans* ist immer noch in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) unter F64.0 als Krankheit aufgeführt. F64.0 beschreibt trans* als ‚Transsexualismus‘ und als Störung der Geschlechtsidentität. Die genaue Definition von ‚Transsexualismus‘ nach ICD-10 ist: (ICD-code.de, 2021)

² Misgendern bedeutet eine Person mit dem falschen Geschlecht anzusprechen. Darunter zählen falsche Pronomen und die falsche Anrede. Freie Universität Berlin (2021)

„[...] der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen.“ (ICD-code.de, 2021)

Unter der Neuauflage ICD-11, welche ab 2022 in Kraft treten soll, wird trans* unter geschlechtlicher Inkongruenz aufgeführt (WHO, 2021). Des Weiteren geben 25% der trans* Personen an, dass sie die Bürde der Edukation von Gesundheitspersonal über trans* Gesundheitsthemen tragen müssen. Dies ist die Konsequenz fehlender Inhalte diesbezüglich in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften (James et al., 2016). Diese Perspektive wird im folgenden Kapitel explizit erläutert.

Diese Erfahrungen halten trans*Personen davon ab Hilfe im Gesundheitssystem zu suchen. Zudem beeinflussen diese Erfahrungen auch die Beziehung zwischen Gesundheitspersonal, wie z.B. Pflegekräften und trans* Patient*innen.

3.3. Pflegekräfte und Trans* Patient*innen

Die Wahrnehmung von trans* Patient*innen in der Pflege ist noch immer gering, kaum untersucht und erforscht. Nicht nur trans*Personen besitzen Ängste, auch Pflegekräfte äußern Ängste im Umgang mit trans*Patient*innen, denn sie haben Angst etwas falsches zu tun oder als jemand mit Vorurteilen gesehen zu werden (Beagen & Goldberg, 2012). Aus dieser Angst resultiert eine gestörte Kommunikation³ mit trans* Patient*innen und ihren Problemen, wodurch es zu einer schlechteren Behandlung kommen kann. Pflegekräfte tendieren dann, aufgrund fehlenden Wissens und Vorurteilen dazu, dass sie die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität als unbedeutsam ansehen (Beagen & Goldberg, 2012). In einem Interview wurde die Aussage getätigt, dass die Pflege einer Frau sich bei unterschiedlicher sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität nicht unterscheidet (Beagen & Goldberg, 2012). Nach Beagen und Goldberg (2012) ist dies Blindheit vor Unterschieden, also das Herabsetzen der Bedeutung von

³ Kommunikation ist dann gestört, wenn das Ziel von Kommunikation und die beabsichtigte Wirkung nicht erreicht werden. (Lubienetzki und Schüler-Lubienetzki (2020))

sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität, obwohl dies grundlegend das Leben von Menschen beeinflussen und formen.

Bei einer Online-Umfrage mit 95 Pflegekräften, welche in Anlaufstellen für vergewaltigte Patient*innen arbeiten, wurde in einem ersten Schritt die Grundkompetenzen in der Interaktion mit trans* Patient*innen erhoben (siehe Anhang 3) (Du Mont et al., 2019). 84 der Pflegekräfte (88%) gaben an, sie wissen, dass sie trans* Patient*innen mit den bevorzugten Pronomen und Namen ansprechen, auch wenn sie mit anderen Personen über diese sprechen. Wenn sie unsicher sind, fragen sie nach. Obwohl 84 Pflegekräfte angaben, dass sie diese Kompetenz haben, wurde dennoch von 71 Pflegekräfte (75%) angegeben, dass sie von einem zusätzlichen Training profitieren würden. 85 der Pflegekräfte (89,5%) gaben an die Kompetenz zu haben, dass sie verstehen, wenn trans* Patient*innen sich als *non-binär* identifizieren und dass das bedeutet, dass diese sich nicht exklusiv als Mann oder Frau und/oder als maskulin oder feminin bezeichnen. 74 von ihnen (78%) würden trotzdem von einem zusätzlichen Training profitieren. Bei der nächsten Frage wurde gefragt, ob die Pflegekräfte den Unterschied zwischen trans* Identitäten und der intersexuellen Verfassung kennen. 83 meinen (87%), dass sie diese Kompetenzen haben, 67 (71%) würden aber durch ein zusätzliches Training profitieren. Für die Aussage, dass die Pflegekräfte wissen, wie sie Informationen dokumentieren, wenn das Geschlecht und der Name sich von dem auf Dokumenten unterscheiden, haben 83 (87%) Kompetenzen angegeben. 75 (79%) würden hier auch von einem zusätzlichen Training profitieren. Zudem wurden die Pflegekräfte zu ihrem Selbstvertrauen befragt, wenn sie erfahren, dass Patient*innen trans* sind. Dazu zählt, dass sie nicht überrascht, schockiert reagieren und nicht bestürzt oder beunruhigt sind. 84 (88%) meinten sie hätten diese Kompetenz, 72 (76%) würden aber ein zusätzliches Training als bereichernd empfinden. Dem Statement, dass trans* Patient*innen Angst vor Belästigung oder Verharmlosung als Reaktion von Gesundheitspersonal auf die geschlechtliche Identität und deren Äußerung haben, verstehen 79 (83%) Pflegekräfte, 71 (75%) würden von einem zusätzlichen Training profitieren. Als letzte Aussage wurde angeführt, dass den Pflegekräften bewusst ist, dass die Zu- und Angehörigen der trans* Patient*innen nicht unbedingt von der geschlechtlichen Identität der Patient*innen wissen. 84 (88%) Pflegekräfte gaben an, dieses Bewusstsein zu haben, 72 (76%) würden von weiterem Input profitieren

(Du Mont et al., 2019). Es wird deutlich, dass der Bedarf nach Weiterbildungsmaßnahmen gegeben ist.

Neben den praktizierenden Pflegekräften sind auch die Pflegestudierenden und Auszubildenden eine weitere Gruppe, die untersucht werden kann. Bei einer Interventionsstudie wurden vor der Intervention zum Thema *Pflege von LGBTQIA+ Patient*innen* 112 Studierende zu trans*spezifischen Aspekten befragt (siehe Anhang 3). Fast 40% gaben an, dass sie sich nicht vorbereitet fühlen LGBTQIA+-Patient*innen zu pflegen. Darüber hinaus gaben mehr als 10 Studierende an, dass sie aufgrund von religiösen Werten eine beeinträchtigte Pflege leisten würden (Carabez et al., 2015). Wie in der oben genannten Fallstudie beschrieben, ist der Gebrauch der richtigen Pronomen und Namen bedeutsam für trans* Patient*innen. In der Interventionsstudie wurde auch erhoben, wie sicher und wohl sich die Pflegestudierenden bei dem Gebrauch der bevorzugten Pronomen der trans* Patient*innen fühlen. 5% der Studierenden gaben an, dass sie sich gar nicht sicher fühlen, 18% fühlen sich etwas sicher und 70% fühlen sich sicher. Die Studierenden sollten auch angeben, wie viel ihrer Meinung nach die geschlechtliche Identität und die sexuelle Orientierung für die Patient*innen und deren Angehörigen bedeutet. 13% gaben an, dass dies nicht von Bedeutung ist, 16% waren der Meinung, dass dies sehr wenig bedeutet und 42% sagten, dass dies nur manchmal von Bedeutung ist. Nur 28% meinten, dass dies von hoher Wichtigkeit ist. Im Prätest vor der Intervention gaben 62% der Studierende an, dass sie Wissen haben, wie man mit LGBTQIA+-Patient*innen arbeitet, dennoch haben 85% dieser Studierende dieses nicht durch die Lehre erworben. Nach dem Kurs war das Bewusstsein von LGBTQIA+-Themen mit 74% erhöht und die Kenntnisse über geschlechtliche Identitäten haben sich verbessert ($p < 0,0001$) (Carabez et al., 2015). In diesem Zusammenhang formulierte ein*e Student*in im Interview:

*„The LGBT articles...taught me about the nursing silence of LGBT issues in the workplace. This nursing silence was evident in one of my key informant interviews, and since I had read the articles before conducting the interviews, I could give it a name—‘**nursing silence**’.” (Carabez et al., 2015, S. 52; Hervorhebung durch den Autor)*

Diskriminierung bezieht sich auf Vorurteile, beziehungsweise auf herabsetzenden Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen (Geschke, 2012). Die herabsetzende

Einstellung gegenüber trans* Personen spiegelt die Kombination aus persönlichen und kognitiven Faktoren, sowie aus der allgemeinen Einstellung, wider. Geringe Anti-Trans* Vorurteile hängen mit einem hohen Level an Offenheit gegenüber Erfahrungen, empathischer Teilnahme, Perspektivenwechsel, affektiver transkultureller Selbstwirksamkeit und der Überzeugung, dass trans*-Sein biologisch bedingt beziehungsweise auf die Genetik zurückzuführen ist, zusammen (Brown et al., 2017). Die Inklusion von Thematiken, wie geschlechtliche Identität und Möglichkeiten, wie Pflegestudierende mit trans* Patient*innen interagieren können, beeinflusst die vorher genannten Aspekte zur Reduzierung von Vorurteilen gegenüber trans* Personen (Brown et al., 2017). Diese Inklusion weist allerdings noch Lücken auf, denn in der Pflegebildung ist ein Rückstand zu betrachten. 72% der Pflegepädagog*innen sollen nicht vorbereitet sein LGBTQIA+-Themen zu unterrichten (siehe Anhang 3). Dem steht gegenüber, dass die Lehre von LGBTQIA+-Themen einer der Schlüsselpunkte ist, um das Wissensdefizit zu verringern und die Fähigkeiten der besonderen Pflege bei LGBTQIA+-Patient*innen zu steigern (Carabez et al., 2015). Bei einer Untersuchung von 150 Medizinstudiengänge in den USA und Kanada von Mai 2009 bis Mai 2010 wurde festgestellt, dass der Median von LGBTQIA+-Themen im gesamten Curriculum bei fünf Stunden Unterrichtszeit liegt (Obedin-Maliver et al., 2011). Bei einer weiteren US-amerikanischen Untersuchung wurde herausgefunden, dass Pflegecurricula durchschnittlich 2,12 Stunden für LGBTQIA+-Thematiken vorsehen (Anhang 3) (Sherman et al., 2021). Ob und wie viel davon spezifisch zu trans* Themen unterrichtet wird, ist unbekannt. In Bezug darauf, kann das aktuelle Pflegeberufegesetz betrachtet werden. Unter den Anlagen zwei bis fünf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) werden die Kompetenzen der jeweiligen Abschlüsse aufgeführt. Anlage zwei, drei und vier beschreiben die Kompetenzen der verschiedenen Ausbildungsabschlüsse, also Pflegefachkraft, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege. Alle Absolvent*innen haben für ihren Bereich die Kompetenz als Ziel, dass sie sich

„...eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen, Hintergründen bewusst [sind] und reflektieren“ (Anlage 2, II, Nr 1 a., PflAPrV).

In Anlage fünf der PflAPrV, werden die Kompetenzen der hochschulischen Pflegeausbildung beschrieben. Hier wird festgelegt, dass die Absolvent*innen „ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen in hochkomplexen Kommunikations-, Interaktions- und Beratungssituationen“ (Anlage 5, II, Nr 1, PflAPrV) nutzen. Das bedeutet, dass die Absolvent*innen auch in der Interaktion mit trans* Patient*innen die kulturellen und sozialen Hintergründe kennen und reflektieren. Dem steht entgegen, dass es in dem Pflegeberufegesetz keine Verpflichtungen und Vorgaben existieren, um sich mit dem Thema trans*, LGBTQIA+ oder Diversität zu beschäftigen. Als weiterer Aspekt ist zu erwähnen, dass das neue Pflegeberufegesetz nicht geändert wurde und dadurch erneut ein binäres Geschlechtersystem suggeriert wird.

4. Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, wie eine nichtdiskriminierende Interaktion Pflegender mit zu pflegenden trans* Patient*innen gefördert werden kann, wird ein Scoping-Review durchgeführt. Das Scoping-Review gibt einen Überblick zu bisherigen Ergebnissen und verdeutlicht Schwerpunkte. Über das Scoping-Review wurden systematisch Texte unterschiedlicher Art gefunden. Ziel des Scoping-Reviews war es Ergebnisse der unterschiedlichen Quellen zu sichten, die thematisch aufzeigen, wie die Interaktion mit trans* Patient*innen diskriminierungsfreier gestaltet werden kann. Es erfolgte eine Literaturrecherche mit Schlagwörtern/Suchbegriffen. Dabei wurde in der Datenbank mit definierten Begriffen recherchiert. Die verwendeten Datenbanken sind *PubMed* und *beluga*. Bei der Recherche nach grauer Literatur wurde bei verschiedenen Institutionen direkt nach dem Thema trans* recherchiert. Des Weiteren wurde mit dem Schneeballsystem gearbeitet, um weitere hilfreiche Literatur zu identifizieren. Folgende Suchbegriffe wurden mittels Mesh Terms in der Datenbank für die Literaturrecherche benutzt:

- *Trans**, *Transgender*, *Transsexuell* und *Nursing*

Für die Recherche werden die genannten Suchbegriffe mit den Bool'schen Operatoren (AND, OR, NOT) verbunden. Diskriminierung wird als Suchbegriff nicht mit aufgenommen, da davon ausgegangen werden kann, dass jeder wissenschaftliche beschriebene und ermittelte Umgang mit trans* Personen darauf basiert diese Menschen nicht zu diskriminieren. Anschließend soll die gefundene Literatur hinsichtlich ihrer Relevanz zur Beantwortung der Fragestellungen beurteilt und ausgewählte Studien anhand der Evidence-based Nursing (EBN) Methode überprüft werden. Diese Methode wurde ausgewählt, da diese Methode die pflegerischen Entscheidungen auf wissenschaftliche geprüfte Erfahrungen Dritter (externe Evidenz) und die individuellen Bedürfnisse und Erfahrungen der Pflegebedürftigen und Pflegenden (interne Evidenz) stützt (Behrens & Langer, 2010). Diese Arbeit zeigt Maßnahmen aus den individuellen Bedürfnissen und (Diskriminierungs-)Erfahrungen von trans* Personen und der Literatur auf, um eine

diskriminierungsfreie Interaktion zu fördern. Da ausdrücklich nicht nur Meta-Analysen für die Beantwortung der Frage genutzt werden sollen, sondern auch andere Quellen um die Frage rund um zu beleuchten, ist zu erwähnen, dass die EBN-Methode limitiert ist. Für die Bewertung der Quellen werden deshalb auch andere Checklisten genutzt.

Einschlusskriterien: LGBTQIA+ wurde als Einschlusskriterium definiert. Das T in LGBTQIA+ steht für trans* und somit sollte auch der Inhalt valide für die Suche trans*-Themen sein. Eingeschlossen werden Studien die als Setting die Versorgung im Krankenhaus behandeln oder sich mit der Lehre von Pflegekräften, die zukünftig im Krankenhaus arbeiten auseinandersetzen. Alle Altersgruppen werden eingeschlossen.

Ausschlusskriterien: Studien der Hebammenswissenschaft oder mit dem thematischen Schwerpunkt von Schwangerschaften bei trans* Personen werden ausgeschlossen. Darüber hinaus werden Studien ausgeschlossen die die Themen Suizidalität, sexuelle Belästigung und/oder Vergewaltigung behandeln. Diese Situationen setzen mehr als die grundsätzliche Fähigkeit mit trans* Personen interagieren zu können voraus. Außerdem benötigen sie weitere besondere und situative Kompetenzen und das entsprechende Fachwissen. Auch HIV und AIDS wurden als Ausschlusskriterien definiert, da hier der Fokus auf der Krankheit und nicht auf der Interaktion mit dem Menschen liegt. Weitere Ausschlusskriterien sind Studien die sich mit den sogenannten ‚school nurses‘ und mit trans* Pflegekräften beschäftigen. Als letzte Ausschlusskriterien sind die Sprachen definiert, die nicht Deutsch oder Englisch sind.

Das Scoping-Review hat ergeben, dass es wenig Quellen zur Interaktion mit trans* Patient*innen gibt. Die vorhandenen Quellen betrachten die Ausbildung von Pflegenden, in ihrer Gesamtheit. Da nicht nur interessant ist, dass durch Ausbildung eine nichtdiskriminierende Interaktion gefördert werden kann, sondern auch was die Inhalte dieser Ausbildung sind, werden in einem weiteren Schritt zwei Maßnahmen exemplarisch dargestellt. Die Maßnahmen des *Transgender Curriculum Integration Project* und das *Simulation Design: Addressing Care of a Transgender Patient* beschäftigen sich explizit mit trans* Patient*innen und mit Pflegestudierenden. Keine weiteren Professionen wurden untersucht. Durch die genaue Beschreibung können Hinweise gegeben werden, wie die Ausbildung Pflegender weiterentwickelt

werden könnten. Dabei werden sie auf ihre Effektivität und ihre Umsetzbarkeit hin untersucht.

5. „Break the silence“

Wie aus dem PRISMA Flow Diagram (siehe Anhang 7) zu entnehmen ist, wurden nach einer Literaturrecherche 78 Ergebnisse gefunden. Davon wurden 53 nach Sichtung des Titels aussortiert. Gründe dafür waren, dass die Titel besondere Situationen beschrieben haben, die nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage beigetragen haben. Beispiele hierfür sind die Titel „Suicide prevention in transgender youth and adolescents: A poststructural nursing perspective“ (Chang, 2019) und „Exploring substance use and mental health for minority transgender youth: Implications for advanced practice nurses“ (Raynor et al., 2020). Anschließend wurden von den übrigen Titel die Abstracts gesichtet. Hier wurden 13 Quellen ausgeschlossen, da sie keinen Fokus auf Diskriminierung in der pflegerischen Interaktion gelegt oder einen Fokus auf sexuelle und reproduktive Gesundheitsvorsorge haben. Beispielhaft hierfür ist folgender Ausschnitt eines Abstracts: „The present article discusses aspects of the profession's record on issues related to LGBT health and equality in the United States, focusing on civil rights, military discrimination, and human immunodeficiency virus/AIDS“ (Keepnews, 2011, S. 163). Anschließend wurde nach der Volltextsichtung eine weitere Quelle ohne Lösungsvorschlag ausgeschlossen. Das bedeutet: Die Frage, wie eine nichtdiskriminierende Interaktion gefördert werden kann, wird nicht beantwortet. Abschließend sind 11 Quellen übriggeblieben. Vier davon mit einem qualitativen Studiendesign, sieben davon mit einem quantitativen Studiendesign. Die Ergebnisse dieser Studien werden nun im Folgenden vorgestellt.

Die begrenzte Studienlage zeigt bereits die geringe Auseinandersetzung der Forschung mit dem Thema trans*. In einem Interview wird diese ‚*nursing silence*‘ als einer der Gründe für die Diskriminierung von trans* Patient*innen genannt mit dem Aufruf „break the silence“ (Carabez et al., 2015, S. 52). Die ‚*nursing silence*‘ zeigt allerdings die Notwendigkeit und die Möglichkeit, Pflegekräfte mehr mit LGBTQIA+-Themen und auch Schwerpunkte nur auf dem Thema Trans* in der praktischen und theoretischen Ausbildung in Kontakt zu bringen. Als effektive Maßnahmen werden die beschrieben, welche die Kenntnisse über die Bedürfnisse

von LGBTQIA+-Personen erhöhen. Dadurch wird auch eine positivere Einstellung gegenüber LGBTQIA+-Personen erreicht, sowie mehr Sicherheit mit ihnen zu arbeiten (Morris et al., 2019). Gesundheitssysteme scheitern oft daran das grundlegende Ziel einer patientenzentrierten Pflege bei trans* Patient*innen zu erreichen, denn die Diskriminierung von trans* Patient*innen sollte nicht aus Missverständnis oder Voreingenommenheit gegenüber geschlechtlicher Identitäten und deren Ausdruck, entstehen. Pflegekräfte sind in der Lage diese Situation zu ändern und gerechte und angemessene Pflege zu leisten (Cicero & Perry Black, 2016). Cicero & Perry Black stellen dafür in ihrer Studie vier Webseiten für Pflegekräfte zur eigenen Fortbildung vor, wenn sie diese angemessene und gerechte Pflege leisten möchten. Um diese Problematiken allerdings nachhaltig zu lösen, sind grundlegende Veränderung in der Pflegeausbildung und dem Pflegestudium notwendig (Brown et al., 2017; Carabez et al., 2015). Denn es wird aufgezeigt, dass Pflegestudierende Wissensdefizite in Sprache, Kenntnisse und Fähigkeiten aufweisen, um kultursensible Pflege leisten zu können. Um diese Defizite auszugleichen, wurden LGBTQIA+-Themen in Pflegestudiengängen inkludiert. Inhalte eines Kurses waren dabei drei Komponenten: *Grundlegendes Wissen über LGBTQIA+-Gesundheit, Selbstreflexion der Einstellung gegenüber LGBTQIA+-Patient*innen, sowie Fähigkeiten über Tabuthemen zu sprechen und Patient*innen darüber zu interviewen*. Pflegestudierende zeigten nach diesem Kurs ein gesteigertes Bewusstsein für soziale Gerechtigkeitsfragen bei LGBTQIA+-Personen und eine verbesserte Fähigkeit eine kulturelle Gesundheitsversorgung anzubieten (Carabez et al., 2015). Eine weitere Studie *Transgender Curriculum Integration Project*, stellt eine Maßnahme vor, die explizit trans* Themen in Pflege Curricula integriert (Sherman et al., 2021). Auf dieses Projekt wird in Kapitel 5.1. dieser Arbeit genauer eingegangen. Die Integration von LGBTQIA+-Themen in Curricula ist ein erster wichtiger Schritt zur geschlechtlichen Inklusion und Entwicklung einer sensitiven Bildung. Dafür sind evidenzbasierte Curricula, explizite Maßnahmen, Partnerschaften mit Personen aus der LGBTQIA+-Community und politische Entscheidung in den Institutionen und Forschungsgebieten wichtig (Lim & Bernstein, 2012).

Die Inklusion von trans* Themen muss aber nicht zwangsläufig einen positiven Effekt auf die praktische Arbeit mit trans* Personen haben. Eine strukturelle

Veränderung in der Kommunikation und Interaktion im Unterricht, um die praktische Arbeit mit trans* Personen zu verbessern, kann mit der Inklusion verbunden werden (Kellett & Fitton, 2017). Kellett und Fitton führen in diesem Zusammenhang das Konzept *cultural safety* an. Dieses Konzept fordert Pflegekräfte zur Reflektion auf, indem sie sich der sozialen Ungleichheiten und der beeinflussenden Historik der trans* Patient*innen und darüber hinaus auch ihren eigenen Annahmen bewusstwerden. Auch die eigene Voreingenommenheit und das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Pflegekraft und trans* Patient*in soll reflektiert werden (Aboriginal Nurses Association of Canada, 2009). Darüber hinaus empfiehlt eine systematische Übersichtsarbeit von Morris et al. (2019) bei Übungsprogrammen/Trainingsprogrammen die Einstellungen der Studierenden mehr in den Fokus zu nehmen. Außerdem soll praktisches Lernen der relevanten Fähigkeiten eine Strategie sein, um die Sicherheit in der Interaktion mit trans* Patient*innen zu erhöhen (Morris et al., 2019). Für praktisches Lernen kann vor allem die *Simulation* genutzt werden. In einer Simulation sollten Pflegestudierende im interdisziplinären Team mit trans* Patient*innen interagieren. Dies findet in einer risikoarmen Umgebung statt, in der die Studierenden ihre eigenen Mängel an Kenntnissen und Fähigkeiten in der Interaktion erkennen und potenziell überwinden können. Dabei wurde als sehr hilfreich empfunden, wenn trans* Personen aus der LGBTQIA+-Community teilgenommen haben (McCave et al., 2019). Eine weitere Simulation behandelt das Hauptproblem der psychischen Gesundheit von trans* Personen. Dabei sollen Pflegestudierende in der Simulation mit einer trans* Puppe therapeutische Kommunikation trainieren (Díaz et al., 2017). Auf diese Simulation wird in Kapitel 5.2. dieser Arbeit genauer eingegangen.

Zweck einer gezielten Wissensvermittlung ist es, dass die Studierenden relevante Kenntnisse und Fähigkeiten entwickeln, um im beruflichen Umfeld kompetente und unterstützende Pflege zu leisten. Eine diskriminierungsfreie und niedrighschwellige Gesundheitsversorgung bezieht deshalb die sexuelle Orientierung und-/ oder geschlechtliche Identität als valide mit ein (Sherman et al., 2021), um somit eine diskriminierungsfreie Pflegebeziehung zu ermöglichen. Pflegekräfte sollten darauf bedacht sein, dass sie ihre LGBTQIA+ Patient*innen nicht verletzen, indem sie etwas *falsch* machen. Dies ist ein weiterer Grund, zukünftigen Pflegekräften theoretisches und praktisches Lernen anzubieten, damit Strukturen der Hetero- und

Cisnormativität und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung von LGBTQIA+-Patient*innen erkannt werden (Beagen & Goldberg, 2012). Des Weiteren wird durch theoretisches und praktisches Lernen die Selbstwirksamkeit bei der Versorgung von validierender Pflege erhöht und die Vorurteile gegenüber trans* Personen dadurch reduziert (Brown et al., 2017). Folglich ergibt sich, dass Pflegestudiengänge ermutigt werden, ihren Pflegestudierenden eine Grundlage anzubieten, um die Komplexitäten verschiedener geschlechtlicher Identitäten zu verstehen. Das bedeutet, eine Maßnahme anzubieten, damit Pflegestudierende eine validierende, nichtverurteilende und nichtdiskriminierende Versorgung durchführen können. Dies sollte größtmögliche Beachtung erhalten (Brown et al., 2017).

In Morris et al. (2019) systematischer Übersichtsarbeit werden drei verschiedene Arten von Bildung identifiziert, die Mitarbeitende des Gesundheitssystems mit LGBTQIA+-Themen in Verbindung bringen:

1. Bildungsprogramme erhöhen Kenntnisse und Wissen über die LGBTQIA+-Community und LGBTQIA+-Gesundheit bei Studierenden.
2. Experimentelles/Praktisches Lernen erhöht die Sicherheit von Gesundheitspersonal hinsichtlich der Versorgung von LGBTQIA+-Patient*innen.
3. Gruppenarbeiten fördern eine tolerantere Einstellung gegenüber LGBTQIA+-Patient*innen

Mithilfe des Scoping-Reviews konnten zwei edukative Maßnahmen herausgearbeitet werden, die sich explizit der Verknüpfung trans*Patient*innen und Pflegestudierenden widmen. Im Fokus stehen die Veränderung von Vorwissen (Kenntnissen), Einstellungen und Zugang der Pflegestudierenden zu trans*Patient*innen. Im Folgenden wird das *Transgender Health Curriculum Integration Project* und eine *Trans* Simulation* vorgestellt. Diese Maßnahmen wurden im folgenden ausführlich beschrieben, damit aufgezeigt werden kann, wie eine nichtdiskriminierende Interaktion Pflegenden mit zu pflegenden trans* Patient*innen gefördert werden kann.

5.1. Trans* Sensibilität in Pflegecurricula

Das *Transgender Health Curriculum Integration Project (TCIP)* wurde exemplarisch gewählt, da es nicht nur das Curriculum evidenzbasiert bearbeitet, sondern anschließend auch dessen Auswirkungen nach der Implementierung erhoben wurden. Sherman et al. (2021) haben die Durchführbarkeit und Wirksamkeit des TCIP an der Johns Hopkins School of Nursing untersucht. Das Erkenntnisinteresse der Autor*innen bestand darin, wie sich die Kenntnisse und Einstellungen von Pflegestudierenden zu trans* Personen positiv verändern können. Durch das TCIP wurden trans* Themen zu fünf Kursen über drei Semester hinweg zu dem bestehenden Curriculum hinzugefügt. Die fünf Kurse können in drei Einführungskurse und zwei Spezialisierungskurse unterteilt werden. Die Einführungskurse sind: *Entwicklung der professionellen Rolle der Pflege* (Professional Role Development in Nursing), *Gesundheitliche Einschätzung* (Health Assessment) und *Pharmakologie*. Die Spezialisierungskurse sind: *Psychiatrische Pflege* (Psychiatric-Mental Health Nursing) und *Geburtshilfe* (Nursing in the Childbearing Family) (McDowell & Bower, 2016). Kritisch anzumerken bleibt, dass keine Inhalte im Zusammenhang eines Kommunikationsmodules angeboten werden, da eine Mehrheit explizite Diskriminierungserfahrungen macht, die durch falsches Ansprechen (sogenannte Misgendering) sowie unangebrachte Sprache hervorgerufen werden. (Cicero & Perry Black, 2016)

In diesen fünf Kursen wurden unter anderem folgende Inhalte integriert:

Gesundheitliche Ungerechtigkeiten, gender-affirming⁴ Sprache und best practices⁵ und gender-affirming Interventionen. Dabei sind die inhaltlichen Schlüsselpunkte die Diskriminierungsrate in den verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung, einführende Terminologien, Fähigkeiten nach bevorzugten Namen und Pronomen zu fragen, ein optimales Verfahren bei einer körperlichen Untersuchung und ein Überblick über geschlechtliche Hormone, sowie die hormonelle Transition. Darüber hinaus wird auch die Prävention im Kontext sexueller Vorgeschichten und Krebsvorsorge thematisiert. Im Bereich der

⁴ Es gibt keine direkte Übersetzung, aber im Rahmen dieser Arbeit ist unter gender-affirming zu verstehen, dass durch Verhalten und Interventionen die geschlechtliche Identität bestätigt wird und es kein Versuch ist diese zu ‚reparieren‘ (American Psychiatric Association (2021))

⁵ Best practice ist ein Pflegekonzept, in dem es um den höchstmöglichen Standard and Pflege und Versorgung geht. (Nelson (2014))

psychischen Gesundheit werden die Themen Stigma, Suizid und Geschlechtsidentitätsstörung vermittelt. Zudem wird das Themengebiet der Geburtshilfe bei gebährenden trans* Patient*innen thematisiert. (McDowell & Bower, 2016)

In einer weiterführenden Studie wird untersucht, welche Auswirkungen diese Implementierung auf die Kenntnisse und Einstellung von Pflegestudierenden auf trans* Patient*innen hat (Sherman et al., 2021). Dazu wurden die Kenntnisse und Einstellung bei Studierenden (n=160) an drei verschiedenen Zeitpunkten durch eine Onlinebefragung mit acht Fragen untersucht. Die Zeitpunkte waren beim Start des TCIP (T1), nach dem Einführungs Webinar im ersten Semester (T2) und nach Abschluss der Zulassung (T3). Anschließend wurden prä- und post-Test-Daten anhand des Kruskal-Wallis H-Test⁶ evaluiert. Bei einem Signifikanzniveau α von 5%, sind bei einem Signifikanzwert $p < 0,05$ die erhobenen Daten signifikant (Sherman et al., 2021). Die Fragen und Ergebnisse zu den jeweiligen Messpunkten sind unter Anhang 4 zu finden.

Durch das TCIP konnten in drei Items signifikante Ergebnisse erhoben werden. Eine signifikante Veränderung war die Einstellung gegenüber der Wichtigkeit die geschlechtliche Identität der eigenen Patient*innen zu kennen. Eine signifikante Veränderung zeigte sich außerdem in der Annahme die Fähigkeiten zu haben, während den praktischen Einsätzen eine respektvolle Pflege zu leisten, um den Bedürfnissen von trans* Patient*innen gerecht zu werden. Die letzte signifikante Veränderung ist das Bewusstsein von Ressourcen, bei denen mehr Information und Orte zu finden sind, an die trans* Patient*innen vermittelt werden können. Das ist der Fall, wenn Bedürfnissen nicht adäquat oder nur im Zusammenhang mit weiteren Anlaufstellen gerecht begegnet werden kann. (Sherman et al., 2021)

Zu allen drei Zeitpunkten gab es die Möglichkeit Freitextkommentare abzugeben. Insgesamt gab es 25 Antworten. Davon haben zwölf zusätzliche Inhalte zu trans* Themen gewünscht. Von diesen zwölf haben drei explizit mehr Fallbeispiele und praktisches Training gefordert um ihre Fähigkeiten in Bezug auf trans* Gesundheit zu verbessern. Ein*e Studierende*r äußerte dazu: „[I] feel comfortable caring for a transgender patient in terms of respectful, nonjudgmental behavior, but I am lacking

⁶ Bei dem Kruskal-Wallis Test wird festgehalten, ob es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Medianwerten von drei oder mehr unabhängigen Werten gibt. (Fabian (2020)

clinical training in special trans health issues.” (Sherman et al., 2021, S. 3) Sieben der Antworten zeigten allgemeine Wertschätzung für die Durchführen des TCIP. Weitere vier Antworten betonten die Wichtigkeit dieser Inhalte und empfahlen, dass dies Pflichtinhalte in Pflege Curricula werden. (Sherman et al., 2021)

Eine der Limitationen dieser Studie ist die unmögliche Nachverfolgung der individuellen Lernprozesse der Studierenden, aufgrund des Onlineumfragedesign. Dazu kommt, dass eventuell einige Studierende durch Krankheit, Abwesenheit et cetera Kursinhalte verpasst haben. Zudem verstärkt sich die niedrige Antwortrate, bei geringer Anzahl befragter Menschen die Repräsentativität. Eine Wiederholung der Studie mit einem stärkeren Fokus auf die Erhaltung der Studierende könnte aufschlussreicher sein. Eine weitere Limitation ist, dass die Veränderung der Kenntnisse und Einstellung zu trans* Personen nicht eindeutig auf das TCIP zurückzuführen ist, sondern möglicherweise durch andere Interventionen, Veranstaltungen oder Begegnungen mit trans* Thematiken verursacht wurde. Obwohl TCIP einen teils positiven Effekt auf die Kenntnisse und Einstellung der Studierenden gezeigt hat, könnten zukünftige Interventionen auf diesem Modell aufbauen, denn durch die Rückmeldung der Studierenden ergaben sich weitere Perspektiven, durch die Kenntnisse und Einstellungen weiter gefördert werden könnten. Die Anmerkungen sind meist gezielte Nachfragen und Forderungen nach mehr Informationen und Themen zu Trans* Gesundheitsinformationen, Wertschätzung der trans* Gesundheit sowie diese als Pflichtinhalte in den Curricula zu übernehmen. (Sherman et al., 2021)

Am TCIP ist zu kritisieren, dass obwohl in zwei Kursen gender-affirming Sprache als Inhalt angegeben wird, in dem Fragebogen für Pflegestudierende die Kommunikationsfähigkeiten nur indirekt bzw. nicht direkt abgefragt werden. Auch bleibt zu kritisieren, ob die Vermittlung von Kommunikationskompetenzen durch Onlinemodulen den Erwerb hierfür nötiger Kompetenzen ermöglicht. Zudem werden lediglich Formen der hormonellen Transition thematisiert. Weitere Möglichkeiten werden nicht besprochen. Zudem bleiben Inhalte in Bezug auf Depressionen und Angststörungen unbehandelt.

5.2. Trans* Simulation

Nach dem *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design* wurde eine komplette und kongruente trans* Simulation geplant. Das Ziel dieser Simulation war die Sicherung der Effektivität von Lernerfahrungen sowie die Optimierung der Lernresultate durch das Design (Díaz et al., 2017). Das standardisierte Simulationsdesign fasst *best practice Erfahrungen* aus der Erwachsenenbildung, allgemeinen Bildung, Instruktionsdesign, klinischen Pflegestandards, Evaluationen und Simulationspädagogik zusammen. Daraus wurden elf Kriterien (siehe Anhang 5) formuliert, die ein Simulationsdesign erfüllen muss, um den *Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design* zu entsprechen (INACSL Standards Committee, 2016). Im Zusammenhang dieser Kriterien wird im Folgenden die Trans* Simulation vorgestellt. Es bleibt anzumerken, dass best practice kein fest definierter Begriff ist, weshalb die Nutzung bzw. Anwendung stets die Notwendigkeit einer kritischen Reflektion erfordert. In einer Konzept-Analyse-Methode wurden zwischen 1993 und 2013 Anwendungsformen des Begriffs in diversen Pflegequellen untersucht, um die definierenden Charakteristika, die Anwendbarkeit und Nützlichkeit von best practice zu explizieren (Nelson, 2014). Teile der Ergebnisse sind, dass best practice ein vorangehendes Ereignis hat, also ein speziell identifiziertes Bedürfnis oder Problem, worauf *best practice* eine Antwort ist. Daraus folgt, dass ein nachfolgendes Ereignis existiert, welches eine direkte Konsequenz hierauf ist und einen besseren Outcome generiert. Als Synonym für „best practice“ werden in der wissenschaftlichen Literatur auch *Optimum/optimal care* und *Evidence-based guidelines* genutzt. Zudem gibt es Konzepte, die mit *best practice* in Verbindung stehen. Beispiele sind hierfür das *Evidence-based practice*, *Practice development* und *Standard of care* (Nelson, 2014). Durch die konzeptuelle Schärfung des Begriffs, kann nun das *Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design* anhand der elf Kriterien verglichen und überprüft werden. Eine Bedarfsanalyse (Kriterium 1) überprüft die Evidenz und ermöglicht das Definieren messbarer Ziele (Kriterium 2). Diese können als das vorangehende Ereignis verstanden werden. Durch eine Vor- und Nachbesprechung (Kriterium 7 und 8) kann das nachfolgende Ergebnis, also der Outcome erhoben werden. Die Simulationsstandards fußen auf notwendigen Simulationstheorien (Kriterium 3)

(INACSL Standards Committee, 2016). Die Trans* Simulation, die in dieser Arbeit vorgestellt wird, basiert auf der NLN Jeffries Simulationstheorie (Díaz et al., 2017). Schwerpunkt der Simulationstheorie ist die Entwicklung oder Auswahl von Aktivitäten und Szenarien mit angemessenem Inhalt und Problemlösungskomplexität. Die dadurch erreichten Ergebnisse werden in drei Kategorien eingeordnet: Teilnehmer*innen, Patient*innen und Systemresultate. Anzumerken ist ein Fokus auf die Ergebnisse der Teilnehmer*innen. Explizit genannt werden die Reaktionen (Zufriedenheit, Selbstvertrauen), das Lernen (Veränderung in Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen), sowie das Verhalten (wie sich das Gelernte auf die klinische Umgebung übersetzen lässt) (Jeffries et al., 2015). Dies entspricht dem *best practice* ähnlichen Konzept *Practice development*, das eine Veränderung der Arbeit in der klinischen Praxis und der Leistungserbringungen beschreibt (Nelson, 2014). Darüber hinaus haben die Forscher*innen der Simulation mit Expert*innen zusammengearbeitet um die aktuelle *Evidence-based practice* zu gewährleisten, welches nach Nelson (2014) auch ein *best practice* ähnliches Konzept ist. Im Folgenden wird die Trans* Simulation, als *best practice* Möglichkeit um experimentelles Lernen im Pflegestudium zu gewährleisten und somit die *nursing silence* zu (durch-)brechen, spezifischer erläutert.

Anhand elf Kriterien werden Voraussetzungen, Durchführung und Organisation der Trans* Simulation beschrieben. Trans*spezifisch verdeutlicht eine Bedarfsanalyse, dass die psychische Gesundheit ein relevanter Aspekt bei der Versorgung von Trans* Personen ist. Als Bewertungsmaßstab der Simulation werden drei Ziele genannt: 1. Anzeichen und Symptome von Angst zu erkennen, 2. Eine sichere Interaktion mit Patient*innen die eskalierende Ängste erleben, zu führen 3. Therapeutisch kommunizieren und dabei kultursensibel im Kontakt mit trans* Patient*innen sein. Die Studierenden absolvieren im Voraus einen Kurs zu Themen psychischer Gesundheit bei trans* Personen. Die anschließende Simulation beinhaltet ein Vorgespräch, die Durchführung und eine Nachbesprechung. Bei der Vorbesprechung werden die Informationen des medizinischen Patienten Herrn Hermes (siehe Anhang 6) mit potenziellen psychischen Problemen und der Fallgeschichte vermittelt. Bei der Durchführung nehmen Pflegestudierende sowohl die Rolle des Beobachtenden eingenommen als auch die Rolle der Pflegekraft. Das

Fallbeispiel von Herrn Hermes bildete den Rahmen der Simulation im Skills Lab. Die Studierenden konnten auch während der Simulation Laborwerte und/oder Hilfestellung bekommen. Wenn die Moderator*innen Hilfestellung leisteten, hat das eine verstärkte herausfordernde Situation zur Folge. Das Verhalten von Herrn Hermes wurde reizbarer und wütender gestaltet und seine Gedanken zunehmend verwirrter. Insgesamt wird die Simulation auf die individuellen Fortschritte der Studierenden angepasst. In der Nachbesprechung sollen die Studierenden durch kritisches Denken die erworbenen Informationen und Erfahrungen verarbeiten und auf verschiedene Situationen anwenden. Dies wird von den Moderator*innen gefördert, die in *debriefing for meaningful learning*⁷ geschult sind. Die Genauigkeit oder Realistik kann in *physischer*, *psychischer* und *konzeptuelle* Genauigkeit aufgeteilt werden. Die physische Genauigkeit beinhaltet die Vorbereitung der Puppe auf das Fallbeispiel. Psychische Genauigkeit wurde dadurch erreicht, dass die Moderator*innen extern das Mikrofon der Puppe mit einem Stimmverzerrer bedient haben, damit die Studierenden sich mehr in eine echte Situation hineinversetzen können. Dabei wurde anhand eines Skriptes kommuniziert. Konzeptuelle Genauigkeit wird durch konsistente Vitalzeichen und durch gleiche Sprachmuster in den verschiedenen Angstzuständen erreicht. Bei Studierenden die bewusst therapeutische Kommunikation anwenden, wird die Angst des simulierenden Patienten gemildert, Vitalzeichen gehen in den Normbereich, die Sprache wird kohärenter. Bei Studierenden, die das nicht tun, ist die Entwicklung gegensätzlich. (Díaz et al., 2017)

Die Ergebnisse der teilnehmenden Studierenden verdeutlichen, dass die Simulation als hilfreich und effektiv empfunden wird, da Themen in einem geschützten Bereich erlernt, bearbeitet und Fähigkeiten ausprobiert werden können. Zudem teilten die Studierenden mit, dass sie durch die Simulation eine erhöhte Leichtigkeit bei der Pflege von trans*Personen erworben haben. Die Notwendigkeit Pflege in Zusammenhang eines kultursensiblen Ansatzes zu stellen, wurde von den Studierenden erkannt. Abschließend wurde mitgeteilt, dass genügend Informationen vermittelt werden sollen, um die Beurteilungsaspekte der Simulation erfüllen zu können. Es wird aber auch der Bedarf nach mehr Arbeit mit Simulationen

⁷ Debriefing for Meaningful Learning ist eine Debriefing Methode, die sich auf die Entwicklung des klinischen Denkens konzentriert, indem Denken, Handlungen und Patientenreaktionen in Beziehung setzt. Dreifuerst et al. (2020)

geäußert, vor allem mit LGBTQIA+ Patient*innen und psychischer Gesundheit (Díaz et al., 2017). Weitere Outcomes wurden nicht beschrieben.

6. Diskussion

Im Laufe dieser Arbeit wurden die Diskriminierungserfahrungen von trans* Personen und die aktuelle Situation von Pflegekräften in der Interaktion mit trans* Patient*innen dargestellt. Die Vereinten Nationen haben das Ziel formuliert, dass bis 2030 allen Menschen ein gerechter und universeller Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie sozialen Schutz zusteht, in welchem physisches und soziales Wohlbefinden gesichert ist (United Nations, 2017). Die Erkenntnisse aus Kapitel 3 und 5 verdeutlichen, dass, um dieses Ziel zu erreichen noch Handlungsbedarf besteht. Die verschiedenen Studien verdeutlichen jedoch einen positiven Trend in Europa. So erlebten Trans*Personen bei ihrer Transition vor mehr als zehn Jahren häufiger Diskriminierung als Personen, deren Transition zeitlich kürzer zurück liegt. Relational betrachtet bleiben die Diskriminierungserfahrungen weiterhin auf hohem Niveau. So erlebten diejenigen, deren Transition in den letzten 5 Jahren durchgeführt wurde, immer noch zu 34% Verweigerungen von Gesundheitsleistungen durch das Gesundheitspersonal (Whittle et al., 2008). Trans* Menschen haben eine hohe Wahrscheinlichkeit psychische Beschwerden zu haben. Fast jede zweite trans* Person zeigt Symptomaten, (Budge et al., 2013) vor allem im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist die Prävalenz für depressive Symptomaten fünf Mal höher bei trans* Personen und bei Angststörungen ist die Prävalenz sechs bis sieben Mal höher (Budge et al., 2013; Foglia & Fredriksen-Goldsen, 2014; Robert Koch-Institut, 2019). Neben den beforschten Konsequenzen bzw. Defiziten bei Gesundheit und Versorgung von trans*Personen ist jedoch davon auszugehen, dass eine hohe Dunkelziffer existiert. Bei trans* Personen kann dies auch schnell drastische Folgen haben, denn bis zu 50% aller trans* Personen haben bereits ein Suizidversuch durchgeführt (Virupaksha et al., 2016). Das bedeutet, dass trans* Patient*innen, auch in anderen Settings als die der psychiatrischen Versorgung, mit hoher Wahrscheinlichkeit psychische Beschwerden haben. Im Zusammenhang der in 5.1 und 5.2 dargestellten Maßnahmen verdeutlicht sich, dass Pflegekräfte fachbereichsübergreifende Kompetenzen in der Versorgung von

psychischen Beschwerden und in der Versorgung von trans* Patient*innen haben müssen. Um dies zu tun, ist es wichtig, dass Pflegekräfte über die besonderen Bedingungen die entsprechenden Kenntnisse haben und wissen, welchen Herausforderungen trans* Personen gegenüberstehen. Die Ergebnisse verschiedener Umfrage veranschaulichen, dass die Diskriminierung von trans* Personen ein akutes weltweites Problem zu sein scheint (Beagen & Goldberg, 2012; Du Mont et al., 2019; FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014; Virupaksha et al., 2016). Besonders vorherrschende hetero- und cisnormative Gesellschaftsbilder und -strukturen begünstigen diese trans*spezifische Diskriminierung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in intimen Situationen, wie bei Gesundheit, Pflegekräfte ein hohes Reflexionsvermögen bezüglich gesellschaftlichen Denkens, Sprechens und Fühlens besitzen müssen. Dieses Verständnis von Gesellschaft, wie es dem AEDL „Sich als Mann und Frau Fühlen“ auch zugrunde liegt, führt bei der Versorgung von trans* Patient*innen grundsätzlich zu strukturellen Diskriminierungen, da trans* Personen durch die cisgeschlechtlichen gesellschaftlichen Limitierungen ihre Identität im Gesundheitssystem nicht entfalten können. Dieser grundsätzliche struktureller diskriminierender Aspekt äußert sich unter anderem in der Verwendung der falschen Pronomen und Namen, also das Misgendering. (Beagen & Goldberg, 2012; Carabez et al., 2015; Cicero & Perry Black, 2016; Du Mont et al., 2019). Allerdings könnte durch diesen vorherrschenden strukturell-diskriminierenden Aspekt die möglichen positiven Auswirkungen der vorgestellten Maßnahmen und anderen Maßnahmen gehemmt sein. Die von Kellet & Finton (2017) angeführte Forderung zur Einführung eines Konzepts zur strukturellen Veränderung der Lehre kann dem entgegenwirken, denn eine alleinstehende Maßnahme kann möglicherweise nicht das gesellschaftliche Denken, Sprechen und Fühlen grundlegend verändern und verbessern. Ein offenes und liberales Umfeld während der Pflegeausbildung kann begünstigend darauf Einfluss nehmen, dass Hürden und Diskriminierung im Gesundheitssystem für trans*Personen abgebaut werden. Die Aussage, dass die Pflege einer Frau bei unterschiedlichen geschlechtlichen Identitäten sich nicht unterscheidet (Beagen & Goldberg, 2012), sowie wie die Erhebung bei Pflegestudierenden, dass nur 28% der Meinung sind, dass die geschlechtliche Identität für die betreffende Personen eine hohe Bedeutung hat (Carabez et al., 2015), ist kritisch zu betrachten. Diese Aussagen sind im Kontext mit den in Kapitel

3 dargestellten Diskriminierungserfahrungen als Aufforderung das Selbstverständnis der Pflege weiterzuentwickeln, zu verstehen. Das heißt, dass Pflegenden die Relevanz der geschlechtlichen Identität der Patient*innen erkennen müssen und diese auch in der Pflegeerhebung und der Versorgung widergespiegelt werden muss. Hieraus und durch die Darstellung der Erfahrungen mit und der Auswirkung von Diskriminierung auf trans* Personen, sowie der fehlende kultursensible Ansatz hat zur Konsequenz, dass die psychische Gesundheit von trans* Patient*innen häufig unerkannt und unbehandelt bleibt. Obedin-Maliver (2011) und Sherman (2021) verweisen bei den Defiziten in der Versorgung auf das fehlende Lehren trans*spezifischer Inhalte. Zudem sind eine Vielzahl an Pflegekräften nicht adäquat vorbereitet, um LGBTQIA+-Themen zu unterrichten (Carabez et al., 2015). Das Scoping-Review verdeutlicht zudem, dass LGBTQIA+-Themen häufig Belange und Stigmatisierungen sexueller jedoch nicht geschlechtlicher Minderheiten, wie trans*, thematisieren. Besonders im pflegerischen Kontext muss diesbezüglich unterschieden werden. Die Bedürfnisse zwischen cis-geschlechtlich lesbischen und trans*geschlechtlichen Frauen können sich unterscheiden.

Es wird notwendig werden explizit trans* Themen in das Studium und die Ausbildung einzuarbeiten, um einerseits diesen hohen Diskriminierungserfahrungen und deren Folgen entgegenzuwirken und andererseits den pflegetheoretischen Ansprüchen der ganzheitlichen Versorgung gerecht zu werden. Im Zusammenhang der gestellten Forschungsfrage, wie eine nichtdiskriminierende Interaktion von Pflegenden mit zu pflegenden trans* Patient*innen im Krankenhaus gefördert werden kann, kommt dem Pflegeberufegesetz eine relevante Position zu, da Diversität in der Pflege nicht bzw. nicht ausreichend formuliert werden. Hier bietet sich deshalb ein Ansatz für Verbesserung, indem das Pflegeberufegesetz ergänzt wird mit der Verpflichtung ‚Diversität in der Pflege‘ in das Curriculum aufzunehmen und auch der Zusatz, dass Trans* ein eigenständiger Themenbereich wird. So kann nicht nur Diskriminierung und Stigmatisierung bei trans* Patient*innen verringert werden, sondern auch bei allen Menschen der LGBTQIA+ Community. Weiterführend ergibt sich diese Möglichkeit nicht nur bei sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten, sondern auch bei verschiedenen ethnischen Minderheiten, die Diskriminierung im

Gesundheitssystem erfahren. Der Bedarf nach mehr Lerninhalten wird deutlich. Dieser Bedarf verdeutlichen auch praktizierende Pflegekräfte, da zu den bisherigen Kompetenzen weitere Weiterbildungsmaßnahmen als gewinnbringend wahrgenommen werden (Brown et al., 2017; Carabez et al., 2015; Du Mont et al., 2019). Gerade in der Kommunikation mit trans* Patient*innen äußerten Pflegekräfte den Bedarf an Weiterbildungsmaßnahmen (Du Mont et al., 2019). Der in Kapitel 3.2 aufgezeigte Forschungsstand verdeutlicht, dass besonders eine unsensible Kommunikation und Interaktion die Diskriminierungserfahrungen bei trans*Personen verursachen. Im folgenden werden die in Kapitel 5.1 und 5.2 explizit umrissenen Maßnahmen diskutiert.

Das TCIP sollte aufzeigen, wie positiv sich die Kenntnisse und Einstellungen der Pflegestudierenden zu trans* Themen verändern. Dabei wurde in fünf Kursen, über drei Semester, trans* Themen inkludiert (McDowell & Bower, 2016). Es wird nicht erörtert, warum genau diese fünf Kurse gewählt wurden. Es wird außerdem kein Kommunikationsmodul mit trans* Themen ausgebaut. Kritisch zu betrachten bleibt das Fehlen eines reinen Kommunikationsmoduls. Inwiefern eine gender-affirming-Sprache diese Inhalte lehrt, bleibt unbekannt. Zudem stellt sich die Frage, ob ein Online-Design ausreichende Lerneffekte ermöglicht oder ob innerhalb praxisnaher Einheiten diese Themen besser vermittelt werden. Bezüglich der Ergebniserhebung stellt sich die Frage, ob bei einem einmaligen thematisieren Studierenden (n=160) eine aussagekräftige Repräsentativität für die Inhaltsvermittlung in weiteren Klassen gegeben ist. Eine Wiederholung und wissenschaftliche Begleitung wäre durchaus sinnvoll, um die Lehr- und Lernergebnisse zu validieren. Bei der Trans* Simulation hingegen wurde hauptsächlich die Kommunikation betrachtet und beurteilt (Díaz et al., 2017) und somit auch die Interaktion mit trans* Patient*innen erprobt. Auffällig sind zudem die unterschiedlichen Lehrdesigns. Während der Trans* Simulation theoretische Inhalte vorangesetzt sind, werden beim TCIP die Inhalte in bestehende Unterrichtseinheiten eingebaut. Darüber hinaus unterscheiden sich die Lehrdesigns in den Methoden. Während die Trans* Simulation im Kontext des *best practice* methodenpraktisch arbeitet, bleiben erlernte Kompetenzen bis zur Praxis unerprobt. Eine diskriminierungsfreie Pflege von trans*Personen im Krankenhaus kann durchaus von einer Kombination beider Lehrmethoden profitieren, da Wissen und Kompetenzen einerseits geschult und andererseits in einem geschützten Umfeld

erprobt werden können. Bei TCIP inkludiert jeder Kurs durch ein anderes methodisches Vorgehen die Inhalte und vermittelt sie den Studierenden. Dadurch ist es schwer bis nicht nachvollziehbar, welche Methodik die signifikanten Ergebnisse hervorgebracht hat. Außerdem haben die Teilnehmenden schon von Beginn an eine hohe trans* Sensibilität aufgewiesen. Die Effektivität könnte bei Pflegestudierenden mit geringer bis keiner trans* Sensibilität möglicherweise deutlich signifikanter ausfallen. Da die Trans* Simulation eine eigenständige Lerneinheit ist, ist es wahrscheinlicher, dass die Lerneffekte mit der Simulation korrelieren

In beiden Lehrdesigns werden die Vielfältigkeit der Transitionsformen nicht thematisiert. Dies ist jedoch wichtig, da trans* Personen, in ihren Transitionen nach Alter, sozioökonomischen Status oder auch nach soziokulturellem Umfeld unterscheiden (können). Auch bleibt unbeantwortet, inwiefern eine Entpathologisierung stattfindet bei der Interaktion mit pflegebedürftigen trans* Personen. Dies ist ein wichtiger Aspekt, um zu vermitteln und zu verstehen, dass trans*-Sein keine Krankheit ist. Beide Maßnahmen verdeutlichen, dass Diversität zu geschlechtlichen Minderheiten besonders in der Pflege verankert werden muss. Neben dem Angebot einzelner Kurse, wären somit auch das feste Integrieren dieser Themen in das Curriculum ein denkbarer Schritt, um eine diskriminierungsfreie Pflege zu gewährleisten.

Die Ergebnisse des TCIP werden durch anonymisierte Onlinebefragungen erhoben. Dadurch gibt es keine Möglichkeit die individuellen Lernfortschritte der Studierenden nachzuvollziehen. Gerade bei einem sensiblen Thema wie der Interaktion mit trans* Personen und Diskriminierung von trans* Personen könnte eine persönliche Rückmeldung von Vorteil sein. Bei der Trans* Simulation hingegen, wird auf die persönlichen und individuellen Lernfortschritte der Studierenden reagiert. Auch die Lernatmosphäre wird so konstruiert, dass Studierende aufgefangen werden konnten, falls es zu belastenden Situationen kam. Auch die in *debriefing of meaningful learning* ausgebildeten Moderator*innen können mit den Studierenden gemeinsam die Simulation reflektieren, so dass individuelle Erkenntnisse und Ergebnisse formuliert werden können (Díaz et al., 2017). Fraglich ist jedoch inwieweit persönliche Probleme, wie beispielsweise das Misgendering, an einer Puppe erprobt werden können. Das Einladen einer trans*

Schauspieler*in mit nötigem Wissen zu Missständen in der Pflege könnte durch Authentizität einen positiven Effekt erwirken (Brown et al., 2017; McCave et al., 2019). Zudem kann in der Reflexion ein moderierter Peer-to-peer Ansatz gewählt werden. Dieser bietet die Möglichkeit Fragen direkt an Personen zu stellen. Durch den Kontakt und Austausch im Schulungskontext kann die Sensibilität gesteigert werden. Es muss also abgewogen werden, ob die Authentizität und somit ein höherer Lerneffekt wichtiger ist oder die Vergleichbarkeit der Studierenden, vor allem in Prüfungssituationen. Durch eine unbenotete Studienleistung könnte dieses Dilemma überwunden und die Authentizität und Effektivität in den Fokus gestellt werden. Dadurch würde eine nichtdiskriminierende Interaktion stärker gefördert.

Die Umsetzbarkeit von TCIP explizit im deutschen Ausbildungs- und Hochschulsystem ist realisierbar. Veränderungen und Ergänzungen von Curricula sollten möglich sein, um Pflegestudierenden das Durchführen einer diskriminierungsfreien Interaktion beizubringen. Die Trans* Simulation ist im Vergleich zu anderen beschriebenen Simulation, wie von McCave et al. (2019) in Deutschland deutlich besser umsetzbar. Die Simulation von McCave sieht eine interdisziplinäre Simulation mit mehreren Professionen vor. In Deutschland ist eine interdisziplinäre Bildung kaum bis nicht vorhanden. So haben beispielsweise Pflegestudierende und Medizinstudierende keine gemeinsamen Kurse, obwohl überschneidende Inhalte vorhanden sind. Dies könnte aber auch als Anreiz gesehen werden auch die interdisziplinäre Ausbildung und spätere interdisziplinären Arbeit zu fördern. Denkbar wäre eine Integration der Trans* Simulation in Kommunikationsmodule, in denen verschiedene Fallbeschreibungen erprobt und ausprobiert werden. Ansätze des TCIP sind ebenfalls übertrag- und in das modulare Ausbildungssystem an Schulen und Hochschulen integrierbar. Deutlich wird auch, dass beide Maßnahmen schwer voneinander trennbar sind. Als Studierender die Trans* Simulation ohne vorherige Auseinandersetzung und theoretischen Input zu absolvieren ist schwierig, aber nur die alleinige Vermittlung von trans* Themen ohne praktische Durchführung ist bei einem solch sensiblem Thema unzureichend. Diese Arbeit kann auch als Anreiz gesehen werden, in dem eigenen Studiengang der HAW Hamburg mehr trans*-spezifische Themen zu verorten.

Die vorgestellten Maßnahmen fördern eine diskriminierungsfreie Interaktion und wirken gleichsam präventiv, da durch den Abbau von Diskriminierung im Pflegesystem die Stressoren für trans* Personen bei intimen Themen abnehmen. Psychischen Krankheiten kann vorgebeugt und somit das allgemeine Wohlbefinden von trans* Personen langfristig gesteigert werden. Auch die Angst vor Diskriminierung und somit die Hemmschwelle Hilfe im Gesundheitssystem zu suchen kann sinken. Dadurch könnten Therapien früher begonnen werden.

Beide Maßnahmen tragen unweigerlich dazu bei, die *nursing silence* zu beenden. Sie tragen unter anderem dazu bei, die trans* Sensibilität unter Pflegestudierenden zu erhöhen und zu fördern. Dabei setzen sie auf verschiedene Methodiken und verschiedene Inhalte. Da das Thema trans* in der Gesellschaft und in der Forschung gegenüber anderen Peergroups vergleichsweise neu ist, sind die Maßnahmen begrenzt. Die vorgestellten Maßnahmen gehören zu dem aktuellen Wissensstand der Forschung. Dennoch wurde im Vorherigen deutlich, dass diese noch deutliche Lücken aufweisen. Die Maßnahmen finden ausschließlich in der Ausbildung/Studium Anwendung und erreichen somit bereits praktizierende und examinierten Pflegekräfte primär nicht. Das könnte bedeuten, dass eine merkbare Veränderung für trans* Patient*innen in naher Zukunft nicht in Aussicht steht, da die Mehrheit der Pflegekräfte in der Praxis diese Inhalte nicht vermittelt bekommt. Für die praktizierenden Pflegekräfte müssen weitergehende Maßnahmen erstellt werden, wie Schulungen oder andere Weiterbildungen. Hier ist ein weiterer Forschungsbedarf erkennbar. Eine Möglichkeit, um praktizierende Pflegekräfte zu erreichen ist es, die Auszubildenden/Studierenden darauf vorzubereiten, als Multiplikator*innen in der pflegerischen Praxis zu wirken. Das bedeutet, dass auch Inhalte in den Maßnahmen enthalten sein müssen, wie diese Thematik an Kolleg*innen vermitteln werden können.

Die vorliegende Arbeit limitiert sich insofern, dass der Autor ein cis Mann ist und über die Bedarfe und Bedürfnisse von trans* Personen geschrieben hat. Dazu kommt, dass keine eigenen Primärdaten erhoben wurden und dadurch keine trans* Personen zu Wort kommen. Zudem beschränkt sich die Arbeit auf das Vergleichen und Analysieren wissenschaftlicher Erkenntnisse und Ergebnisse. Neben den exemplarisch genannten edukativen Maßnahmen gibt es weitere, die eine angemessene und somit diskriminierungsfreie Interaktion zu fördern. Darunter die

von Carabez et al., 2015 beschriebene Aufgaben für Pflegestudierenden. Diese setzen allerdings erneut LGBTQIA+ in den Fokus und spezialisiert sich nicht auf die trans* Peergroup. Dazu kommt, dass das Forschungsfeld im Bereich trans* nicht ausreichend erforscht ist, um der Komplexität des Themas gerecht zu werden. In der Literatur wird häufiger über schwangere trans* Patient*innen berichtet oder über Abhängigkeiten in der trans*-Peergroup. Der aktuelle Forschungsstand ist auch deshalb nicht ausreichend, da wenig Quellen explizit trans* in den Fokus stellen. Darüber hinaus ist teilweise die Qualität der vorhandenen Quellen unzureichend. Bei den Maßnahmen gab beispielsweise keine Untersuchungsgruppe und keine Randomisierung. Häufig wird die ganze LGBTQIA+-Community untersucht. Wie bereits erwähnt, gibt es viele Unterschiede innerhalb der LGBTQIA+-Community, wodurch Ergebnisse möglicherweise nicht direkt auf trans* Personen zurückbezogen werden können. Demnach ist der Bedarf nach trans*-zentrierter Forschung immer noch hoch und die Notwendigkeit die *nursing silence* in der Forschung zu brechen immer noch gegeben.

Abschließend bleibt kritisch anzumerken, dass der Terminus „eine nichtdiskriminierende Interaktion“ zu diskutieren bleibt, da Menschen als gesellschaftlich-sozialisierte Wesen normgeprägt sind. Aufgrund der sowohl rechtlichen als auch sozialen Diskriminierung von trans*Personen – explizit im deutschen Gesundheitssystem – habe ich mich als Autor gezielt für eine Verwendung dieses Terminus in der Fragestellung entschieden.

Formulierungen, wie „diskriminierungsarme Interaktion“ werden vor allem dem von den Vereinten Nationen gesetzten Ziels, bis 2030 einen gerechten und universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen und sozialen Schutz für alle Personen zu gewährleisten, in welchem physisches, mentales und soziales Wohlbefinden gesichert ist, nicht gerecht (United Nations, 2017). Besonders trans*Themen fallen hierunter.

7. Fazit

Diese Arbeit zeigt, dass es nicht nur öffentliche Diskussionen zu geschlechterneutralen Toiletten benötigt, sondern auch eine Auseinandersetzung mit Diskriminierung von trans* Personen in kritischen und relevanten Bereichen, wie dem Gesundheitssektor. Besonders bei der Betrachtung pflegetheoretischer Ansätze verdeutlicht sich: Trans* Patient*innen werden nicht mitgedacht. Vielmehr werden sie versorgt ohne Sensibilität für die spezifischen und individuellen Bedarfe und Bedürfnisse, die vor allem in der Pflege relevant sind. Die diskriminierungsanfälligen Interaktionen zwischen trans* Patient*innen und Pflegenden geschehen hierbei nicht zwangsläufig bewusst. Vielmehr existieren grundlegende Wissenslücken und Unsicherheiten. Konsequenzen hieraus sind hohe Prävalenzen für depressive Symptomatiken und Angststörungen (Budge et al., 2013; Foglia & Fredriksen-Goldsen, 2014). Zudem nehmen trans* Personen aufgrund der Hindernisse und Hürden in der Konsequenz seltener und teils notwendige Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch (Cicero & Perry Black, 2016; FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014; James et al., 2016; UNAIDS, 2016; Whittle et al., 2008). Es leitet sich die Frage ab, inwiefern eine nichtdiskriminierende Interaktion von Pflegenden mit zu pflegenden trans* Patient*innen im Krankenhaus gefördert werden kann? Das noch wenig beforschte Themenfeld ist besonders bei praxisbezogenen Alltagsdaten wenig ergiebig. Edukative Maßnahmen hingegen sind bekannt. Das Implementieren solcher Lehr- und Lernmaßnahmen sensibilisiert Auszubildende und Studierende signifikant (McDowell & Bower, 2016; Sherman et al., 2021). Mit dem Transgender Curriculum Integration Project und der Trans*Simulation wurden zwei Maßnahmen vorgestellt, die sich unterschiedlicher Methoden bedienen. Durch den Einsatz von unterschiedlichsten Methodiken ist es nicht nachvollziehbar, welche Methodik in welchem der fünf Kurse einen signifikanten Einfluss mit sich bringt. Als praktisch/experimentelles Lernen wurde eine Trans* Simulation vorgestellt. Die Simulation baut auf einen vorhergehenden inhaltlichen Input auf und wird in einer Art SkillsLab durchgeführt. Dabei interagieren Pflegestudierende mit einer Puppe, welche von Moderator*innen außerhalb des Raumes gesteuert wird. Die Moderator*innen kommunizieren über die Puppe und äußern Angstzustände auf die

eingegangen werden muss. Beide Maßnahmen zeigen einen positiven Effekt, weisen aber auch Lücken auf.

Perspektivisch ist das Forschungsgebiet bezüglich trans* noch wenig erschlossen. Dementsprechend ist noch viel Bedarf an Forschung vorhanden. Der Druck Forschungslücken zu schließen ist gegeben, denn nicht diejenigen, die diskriminiert werden, müssen sich ändern, sondern diejenigen, die diskriminieren. Um die Bedürfnisse und Bedarfe zu erkennen, bedarf es neben der emanzipatorischen Bewegung vor allem Veränderungen in der Mehrheitsgesellschaft. Pflegespezifisch können weiterführend diese Fragen als Forschungsintentionen formuliert werden: Wie können die vorgestellten edukativen Maßnahmen die pflegerische Praxis tatsächlich beeinflussen bzw. diese erreichen? Wo sind die Limitationen von Pflegekräften, um nichtdiskriminierende Interaktion zu fördern und Diskriminierungserfahrungen zu reduzieren? Wie können trans* Themen in die pflegerische Praxis integriert werden?

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2019). *Die Individuen in ihrer Gesellschaft* (5. Aufl.). *Studientexte zur Soziologie: Band 2*. Springer VS. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-22476-9.pdf>
- Aboriginal Nurses Association of Canada. (2009). *Cultural Competence and Cultural Safety in Nursing Education: A Framework for First Nations, Inuit and Métis Nursing*. https://www.cna-aaic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/first_nations_framework_e.pdf
- American Psychiatric Association. (2021). *Gender-Affirming Therapy*. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-affirming-therapy>. Zuletzt geprüft am:20-05-2021.
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (12. September 2017). *LSBTTIQ*: Vielfalt als Stärke – Vielfalt als Herausforderung!* Berlin. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Dokumentationen/lstbtqi_vielfalt_als_staerke_vielfalt_als_herausforderung_20171211.pdf?__blob=publicationFile&v=7
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2021a). *Antidiskriminierungsstelle - Trans* <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ThemenUndForschung/Geschlecht/trans/trans.html>. Zuletzt geprüft am:20-05-2021.
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). (6. März 2021b). *Antidiskriminierungsstelle - Trans* https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ThemenUndForschung/Geschlecht/trans/trans_node.html. Zuletzt geprüft am:06-03-2021.
- Beagen, B. & Goldberg, L. (2012). Nurses' Work With LGBTQ Patients: "They're Just Like Everybody Else, So What's the Differen.... *The Canadian journal of nursing research*, 44(3), 44–63.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Aufl.). *Pflegeforschung, Pflegepraxis*. Huber. http://haw-hamburg.ciando.com/shop/book/index.cfm/fuseaction/show_book/bok_id/67574
- Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D. & Otto, M. (2017). *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung*. Baden-Baden. Nomos.
- Brown, C., Keller, C. J., Brownfield, J. M. & Lee, R. (2017). Predicting Trans-Inclusive Attitudes of Undergraduate Nursing Students. *The Journal of nursing education*, 56(11), 660–669. <https://doi.org/10.3928/01484834-20171020-05>
- Budge, S. L., Adelson, J. L. & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>
- Bundesamt für Justiz, Referat III 3 (2020). *Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2019*.
- Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M. J. & Dariotis, W. M. (2015). Nursing students' perceptions of their knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: effectiveness of a multi-purpose assignment in a public health nursing class. *The Journal of nursing education*, 54(1), 50–53. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141228-03>
- Chang, B. (2019). Suicide prevention in transgender youth and adolescents: A poststructural nursing perspective. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 32(2), 45–46. <https://doi.org/10.1111/jcap.12236>

- Cicero, E. C. & Perry Black, B. (2016). "I Was a Spectacle... A Freak Show at the Circus": A Transgender Person's ED Experience and Implications for Nursing Practice. *Journal of emergency nursing*, 42(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.012>
- Deutsche Aidshilfe. (2020). *Studie: Diskriminierung macht vielen Menschen mit HIV das Leben schwer*. <https://www.aidshilfe.de/meldung/studie-diskriminierung-macht-vielen-menschen-hiv-leben-schwer>. Zuletzt geprüft am:09-04-2021.
- Deveaux, F. (2016). *Counting the LGBT population: 6% of Europeans identify as LGBT - Dalia Research*. <https://daliaresearch.com/blog/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>. Zuletzt geprüft am:13-05-2021.
- Díaz, D. A., Maruca, A. T., Gonzalez, L., Stockmann, C., Hoyt, E. & Blackwell, C. W. (2017). Simulation Design: Addressing Care of a Transgender Patient. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(9), 452–459. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.05.006>
- Dovidio, J. F., Hewstone, M., Glick, P. & Esses, V. M. (2013). *Prejudice, Stereotyping and Discrimination: Theoretical and Empirical Overview*. Los Angeles.
- Dreifuerst, K. T., Bradley, C. S. & Johnson, B. K. (2020). Using Debriefing for Meaningful Learning With Screen-Based Simulation. *Nurse educator*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000930>
- Du Mont, J., Kosa, S. D., Solomon, S. & Macdonald, S. (2019). Assessment of nurses' competence to care for sexually assaulted trans persons: a survey of Ontario's Sexual Assault/Domestic Violence Treatment Centres. *BMJ open*, 9(5), e023880. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023880>
- Fabian (21. August 2020). Kruskal-Wallis-Test: Definition, Formel und Beispiel. *Statologie*. <https://statologie.de/kruskal-wallis-test/>
- Fiedler, C., Köhrmann, M. & Kollmar, R. (2013). *Pflegewissen Stroke Unit*. Springer Medizin.
- Foglia, M. B. & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2014). Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Nonconscious Bias. *The Hastings Center report*, 44 Suppl 4, S40-4. <https://doi.org/10.1002/hast.369>
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT survey data. Equality*. Publ. Office of the Europ. Union. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative_en.pdf
- Freie Universität Berlin. (27. Mai 2021). *Misgendern von TIN* Personen an der Freien Universität*. <https://www.fu-berlin.de/universitaet/profil/diversity/tin/misgendern/index.html>. Zuletzt geprüft am:27-05-2021.
- Geschke, D. (16. April 2012). Vorurteile, Differenzierung und Diskriminierung - sozialpsychologische Erklärungsansätze | APuZ. *Bundeszentrale für politische Bildung*. <https://www.bpb.de/apuz/130413/vorurteile-differenzierung-und-diskriminierung-sozialpsychologische-erklaerungsansaezte>
- ICD-code.de. (2. April 2021). *ICD-10-GM-2021 F64.- Störungen der Geschlechtsidentität - ICD10*. <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F64.-.html?sp=SF64>. Zuletzt geprüft am:02-04-2021.
- INACSL Standards Committee (2016). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>
- ipp Bremen. (2021). *NaKomm*. <http://nakomm.ipp.uni-bremen.de/>. Zuletzt geprüft am:10-02-2021.

- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. & Anafi, M. (2016). *U.S. Transgender Survey 2015*. <https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF>
- Jeffries, P. R., Rodgers, B. & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nursing education perspectives*, 36(5), 292–293. <https://doi.org/10.1097/00024776-201509000-00004>
- Jung, M. (14. Juni 2019). Brauchen Unternehmen neue Toiletten? *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. <https://www.faz.net/aktuell/karriere-hochschule/buero-co/drittes-geschlecht-im-betrieb-brauchen-unternehmen-neue-toiletten-16228393.html>
- Keepnews, D. M. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues and nursing: moving toward an agenda. *ANS. Advances in nursing science*, 34(2), 163–170. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31821cd61c>
- Kellett, P. & Fitton, C. (2017). Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nursing inquiry*, 24(1). <https://doi.org/10.1111/nin.12146>
- Kessler. (2011). *Häufigkeit von Angststörungen in der Gesamtbevölkerung | Statista*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/182616/umfrage/haeufigkeit-von-angststoerungen/>. Zuletzt geprüft am:05-04-2021.
- Lampert, T. & Le Kroll. (2010). *Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Armut und Gesundheit*. GBE kompakt. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3090/29wYJ9AaKy3gU.pdf?sequence=1>
- Lim, F. A. & Bernstein, I. (2012). Promoting awareness of LGBT issues in aging in a baccalaureate nursing program. *Nursing education perspectives*, 33(3), 170–175. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.3.170>
- Lubienetzki, U. & Schüler-Lubienetzki, H. (2020). *Was wir uns wie sagen und zeigen: Psychologie der menschlichen Kommunikation*. SPRINGER. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61827-1.pdf>
- McCave, E. L., Aptaker, D., Hartmann, K. D. & Zucconi, R. (2019). Promoting Affirmative Transgender Health Care Practice Within Hospitals: An IPE Standardized Patient Simulation for Graduate Health Care Learners. *MedEdPORTAL : the journal of teaching and learning resources*, 15, 10861. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10861
- McDowell, A. & Bower, K. M. (2016). Transgender Health Care for Nurses: An Innovative Approach to Diversifying Nursing Curricula to Address Health Inequities. *The Journal of nursing education*, 55(8), 476–479. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-11>
- Messingschlager, M. (2012). *Fehlende Werte in den Sozialwissenschaften: Analyse und Korrektur mit Beispielen aus dem ALLBUS*. Zugl.: Bamberg, Univ., Diss., 2012. *Schriften aus der Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg: Bd. 7*. Univ. of Bamberg Press.
- Morris, M., Cooper, R. L., Ramesh, A., Tabatabai, M., Arcury, T. A., Shinn, M., Im, W., Juarez, P. & Matthews-Juarez, P. (2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Medical Education*, 19(1), 325. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1727-3>
- Nelson, A. M. (2014). Best practice in nursing: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 51(11), 1507–1516. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.003>

- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., Wells, M., Fetterman, D. M., Garcia, G. & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*, 306(9), 971–977.
<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- Raynor, P. A., Nation, A. & Outlaw, F. (2020). Exploring substance use and mental health for minority transgender youth: Implications for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(3), 229–243.
<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000316>
- Robert Koch-Institut. (2019). *Wie geht es Deutschland in Europa? Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2*.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_04_2019_EHIS_2_Deutschland_in_Europa.pdf?__blob=publicationFile
<https://doi.org/10.25646/6217>
- Schünemann, M. (2020). *ABEDL 10 (sich als Mann oder Frau fühlen) – Gender: the next Level. Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. <https://mypflegephilosophie.com/2020/01/06/abedl-10-sich-als-mann-oder-frau-fuehlen-gender-the-next-level-aufgaben-probleme-perspektiven/>.
 Zuletzt geprüft am:24-05-2021.
- Sherman, A. D. F., McDowell, A., Clark, K. D., Balthazar, M., Klepper, M. & Bower, K. (2021). Transgender and gender diverse health education for future nurses: Students' knowledge and attitudes. *Nurse education today*, 97, 104690. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104690>
- Sigusch, V. (2013). *Sexualitäten: Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten* (1. Aufl.). *Sozialwissenschaften 2013*. Campus Verlag.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=844535>
- Thomas, R., Pega, F., Khosla, R., Verster, A., Hana, T. & Say, L. (2017). Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 154–156. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.183913>
- UNAIDS (Hrsg.). (2016). *prevention gap report*. Genf.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
- United Nations (Hrsg.). (2017). *TRANSFORMING OUR WORLD: THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT*.
<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- University of Cambridge. (2021). *What is gender reassignment | Equality & Diversity*.
<https://www.equality.admin.cam.ac.uk/training/equalities-law/protected-characteristics/gender-reassignment/guidance-gender-reassignment-0>. Zuletzt geprüft am:20-05-2021.
- Urhahne, D., Dresel, M. & Fischer, F. (Hrsg.). (2019). *Psychologie für den Lehrberuf + eference*. SPRINGER. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-55754-9.pdf>
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-55754-9>
- Virupaksha, H. G., Muralidhar, D. & Ramakrishna, J. (2016, November). Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian J Psychol Med.*, 38(6), 505–509.
- Warnecke, T. (22. Mai 2021). Vorschläge abgelehnt: Selbstbestimmungsgesetz für trans Menschen gescheitert. *Der Tagesspiegel*.

<https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/queerspiegel/vorschlaege-abgelehnt-selbstbestimmungsgesetz-fuer-trans-menschen-gescheitert/27206584.html>

Whittle, S. O., Turner, L., Combs, R. & Rhodes, S. (April 2008). *Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. Brüssel.

WHO (Hrsg.). (2021). *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>. Zuletzt geprüft am:17-05-2021.

Anhangsverzeichnis

| | |
|--|------|
| Anhang 1 – Allgemeine Lebensumstände | i |
| Anhang 2 – Diskriminierung im Gesundheitssystem | ii |
| Anhang 3 – Pflegekräfte und trans* Patient*innen | iv |
| Anhang 4 – Auswirkung Implementierung TCIP | vi |
| Anhang 5 – 11 Kriterien: INACSL Standards of Best Practice: Simulation SM | |
| Simulation Design | viii |
| Anhang 6 – Fallbeispiel Trans* Simulation | ix |
| Anhang 7 – PRISMA Flow Diagram | x |
| Studienbewertung Checklisten..... | xi |

Anhang 1 – Allgemeine Lebensumstände

| | |
|--|--|
| Anteil an LGBTQIA+ an der Gesamtbevölkerung. EU / Deutschland (Deveaux, 2016) | 5,9% / 7,4% |
| Trans* Personen in Deutschland mit Verfahren nach dem TSG (Bundesamt für Justiz, Referat III 3, 2020) | 28.095 |
| Prävalenz depressive Symptomatik bei trans* Personen (Foglia & Fredriksen-Goldsen, 2014) | Trans* Frauen 51,4% Trans* Männer 48,3 |
| Prävalenz Angststörung bei trans* Personen (Budge et al., 2013) | Trans* Frauen 40,4% Trans* Männer 47,5% |
| Prävalenz depressive Symptomatik Bevölkerung in Deutschland/ in der EU (Robert Koch-Institut, 2019) | Allgemein 9,2% / 6,6% Frauen 10,8% / 7,9% Männer 7,6% / 5,2% |
| Prävalenz Angststörung Bevölkerung Deutschland (Kessler, 2011) | Allgemein 25% |
| Prävalenz Opfer von Gewalt zu sein bei trans* Personen (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) | 5 Jahre vor Umfrage 34% 12 Monate vor Umfrage 15% |
| Häufigkeit als trans* Person in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt zu werden (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) | Einmal 34% Zweimal 24% Dreimal 14% Viermal und mehr 28% |
| Suizidversuchsrate. (Virupaksha et al., 2016) | 32% bis 50% |

Tabelle 1 Lebensumstände von trans Personen; Eigene Darstellung in Anlehnung an (Budge et al., 2013; Deveaux, 2016; Foglia & Fredriksen-Goldsen, 2014; FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014; Kessler, 2011; Robert Koch-Institut, 2019; Virupaksha et al., 2016)*

Anhang 2 – Diskriminierung im Gesundheitssystem

| | | |
|--|--|-----------|
| Diskriminierungserfahrung von trans* Personen in der EU/Deutschland (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) | | 22% / 26% |
| Transition in den letzten fünf Jahren (Whittle et al., 2008) | Verweigerung gesundheitlicher Behandlung von Mitarbeitenden des Gesundheitssystems | 34% |
| | Das Gefühl, dass die trans* Identität den Zugang zu nicht trans*-spezifischen Gesundheitsversorgung beeinflusst hat (EU) | 17% |
| Transition vor mehr als zehn Jahren (Whittle et al., 2008) | Verweigerung gesundheitlicher Behandlung von Mitarbeitenden des Gesundheitssystems (EU) | 43% |
| | Das Gefühl, dass die trans* Identität den Zugang zu nicht trans*-spezifischen Gesundheitsversorgung beeinflusst hat (EU) | 23% |
| Das Gefühl, dass die trans* Identität den Zugang zu nicht trans*-spezifischen Gesundheitsversorgung beeinflusst hat. (EU) (Whittle et al., 2008) | Einkommen von weniger als 20.000€/ Jahr | 22% |
| | Einkommen über 50.000 €/ Jahr | 16% |
| | Ungelernte Arbeiter*innen | 20% |
| | Gelernte Arbeiter*innen | 15% |
| Schwierigkeiten Zugang zum Gesundheitssystem zu bekommen (EU) (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) | | 12% |
| Häufiger Therapeut*innen und Ärzt*innenwechsel, durch negative Erfahrungen (EU) (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) | | 12% |

| | |
|---|--------------|
| Nicht gleiche Behandlung von medizinischem Personal erhalten. (EU) (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) | 11% |
| Wahrscheinlichkeit an HIV zu erkranken, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Weltweit) (UNAIDS, 2016) | 49-mal höher |
| Diskriminierungserfahrung von HIV Patient*innen im deutschen Gesundheitssystem (Deutsche Aidshilfe, 2020) | 56% |
| Trans* Personen müssen das Gesundheitspersonal über trans* Gesundheitsthemen fortbilden (James et al., 2016) | 25% |

Tabelle 2 Diskriminierung im Gesundheitssystem; Eigene Darstellung in Anlehnung an (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014; James et al., 2016; UNAIDS, 2016; Whittle et al., 2008)

Anhang 3 – Pflegekräfte und trans* Patient*innen

| Grundkompetenz | Grundkompetenz vorhanden (X von 95 Pflegekräften) | Würden von zusätzlichem Training profitieren (X von 95 Pflegekräften) |
|---|---|---|
| Trans* Patient*innen mit den richtigen Pronomen und dem richtigen Namen ansprechen | 84 | 71 |
| Verständnis, dass trans* Patient*innen sich als <i>non-binär</i> identifizieren können | 85 | 74 |
| Kenntnis über Unterschied von trans* und intersexuell | 83 | 67 |
| Selbstvertrauen vorhanden nicht schockiert oder überrascht zu reagieren und nicht bestürzt oder beunruhigt zu sein, wenn man die trans* Identität erfährt | 84 | 72 |
| Verständnis, dass trans* Patient*innen Angst vor Belästigung oder Verharmlosung als Reaktion von Gesundheitspersonal auf die geschlechtliche Identität und deren Äußerung haben | 79 | 71 |
| Bewusstsein darüber, dass Zugehörige/Angehörige von trans* Patient*innen nicht die geschlechtliche Identität kennen | 84 | 72 |

Tabelle 3 Kompetenzen Pflegekräfte in der Interaktion mit trans* Patient*innen ; Eigene Darstellung in Anlehnung an (Du Mont et al., 2019)

| | | |
|--|------------------|-----|
| Pflegestudierende, die sich nicht bereit fühlen LGBTQIA+-Patient*innen zu versorgen (Carabez et al., 2015) | 40% | |
| Sicherheit unter Pflegestudierenden die bevorzugten Pronomen zu benutzen (Carabez et al., 2015) | Gar nicht sicher | 5% |
| | Etwas sicher | 18% |
| | Sicher | 70% |
| Meinung unter Pflegestudierenden, wie viel die geschlechtliche Identität | Keine Bedeutung | 13% |
| | Sehr wenig | 16% |

| | | | |
|--|---------------------------------|---|--|
| und sexuelle Orientierung für die Patient*innen und deren Angehörigen bedeutet (Carabez et al., 2015) | Manchmal | | 42% |
| | Eine Menge | | 28% |
| Veränderung der Kenntnisse wie mit LGBTQIA+ Patient*innen gearbeitet wird, durch Intervention (Carabez et al., 2015) | Prä-Test 62% der Studierende | Post-Test Bewusstseins wurde um 74% erhöht | 85% der Studierende haben Kenntnisse nicht über die Lehre erworben |
| Pflegelehrkräfte, die nicht vorbereitet sind LGBTQIA+ Themen zu unterrichten (Carabez et al., 2015) | 72% | | |
| Anzahl an Stunden von LGBTQIA+-Themen im Studium: Medizin / Pflege (Obedin-Maliver et al., 2011; Sherman et al., 2021) | 5 Stunden / 2,12 Stunden | | |

Tabelle 4 Bildung und trans* Patient*innen; Eigene Darstellung in Anlehnung an (Carabez et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Sherman et al., 2021)

Anhang 4 – Auswirkung Implementierung TCIP

| Frage | Kruskal-Wallis Test | |
|---|--|------|
| | M (SD) | p |
| Als Pflegekraft finde ich es wichtig die geschlechtliche Identität meiner Patient*innen zu kennen. | T1 = 4,61 (0,70) T2 = 4,66 (0,57) T3 = 4,31 (0,72) | 0,04 |
| Ich fühle mich sicher mit trans* Patient*innen in der Klinik zu interagieren. | T1 = 4,31 (0,85) T2 = 4,27 (0,90) T3 = 4,41 (0,57) | 0,97 |
| Ich bevorzuge keine trans* Patient*innen zu versorgen. | T1 = 1,52 (0,71) T2 = 1,56 (0,74) T3 = 1,46 (0,79) | 0,74 |
| Die Wahrnehmung würde sich negativ verändern, wenn ich weiß, dass diese Person trans* ist. | T1 = 1,50 (0,71) T2 = 1,51 (0,71) T3 = 1,50 (0,79) | 0,95 |
| Ich fühle mich sicher bei Personen deren Geschlechtspräsentation unklar/mehrdeutig ist. | T1 = 3,84 (0,89) T2 = 3,63 (1,11) T3 = 3,96 (1,00) | 0,42 |
| Wenn ich ein*e Patient*in oder Kolleg*in das erste Mal begegne, nehme ich an, dass diese Person cis* ist. | T1 = 3,94 (0,89) T2 = 3,98 (0,96) T3 = 3,83 (1,00) | 0,74 |
| Ich habe die Fähigkeiten respektvolle Pflege zu leisten, um den Bedürfnissen von trans* Patient*innen gerecht zu werden, während meinen praktischen Einsätzen | T1 = 3,29 (1,11) T2 = 3,54 (1,14) T3 = 3,97 (0,87) | 0,02 |

| | | |
|--|------------------|------|
| Ich bin mir den Ressourcen bewusst, bei denen ich mehr Informationen und Orte finde um diese an trans* Patient*innen zu vermitteln, wenn diese Bedürfnisse haben, denen ich nicht begegnen kann. | T1 = 2,34 (1,07) | 0,03 |
| | T2 = 2,85 (1,20) | |
| | T3 = 2,79 (1,24) | |

Tabelle 5 Ergebnisse der Implementierung von TCIP; Eigene Übersetzung, Darstellung nach (Sherman et al., 2021)

Anhang 5 – 11 Kriterien: INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design

| |
|--|
| 1. Perform a needs assessment to provide the foundational evidence of the need for a well-designed simulationbased experience. |
| 2. Construct measureable objectives. |
| 3. Structure the format of a simulation based on the purpose, theory, and modality for the simulation-based experience. |
| 4. Design a scenario or case to provide the context for the simulation-based experience. |
| 5. Use various types of fidelity to create the required perception of realism. |
| 6. Maintain a facilitative approach that is participant centered and driven bythe objectives, participant's knowledge or level of experience, and the expected outcomes. |
| 7. Begin simulation-based experiences with a prebriefing. |
| 8. Follow simulation-based experiences with a debriefing and/or feedback session. |
| 9. Include an evaluation of the participant(s), facilitator(s), the simulation-based experience, the facility, and the support team. |
| 10. Provide preparation materials and resources to promote participants' ability to meet identified objectives and achieve expected outcomes of the simulation-based experience. |
| 11. Pilot test simulation-based experiences before full implementation. |

Tabelle 6 11 Kriterien des Simulation Design; Eigene Darstellung in Anlehnung an (INACSL Standards Committee, 2016)

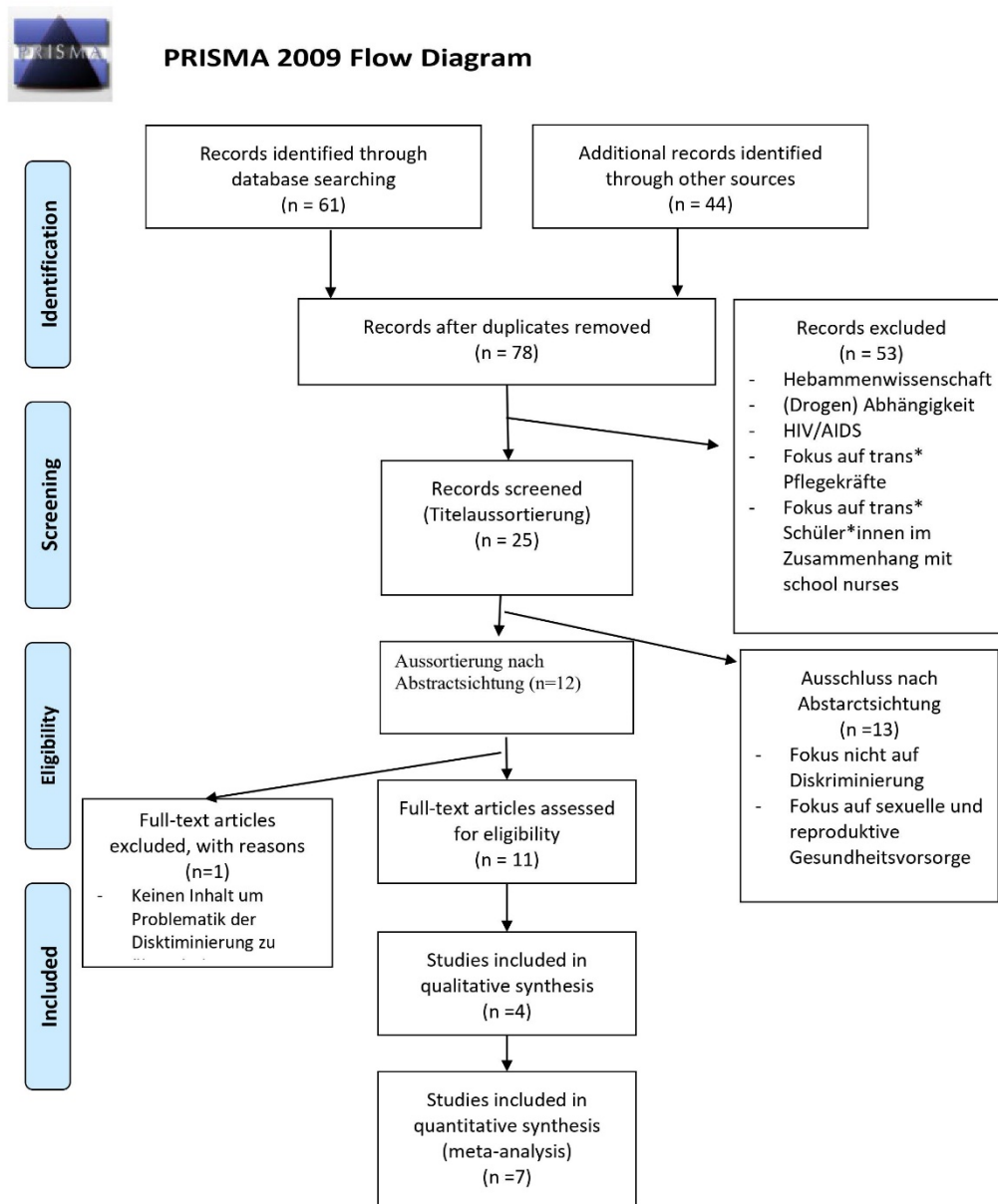
Anhang 6 – Fallbeispiel Trans* Simulation

„The client “Taylor Hermes,” a 23-year-old male, presented to the emergency department complaining of severe migraines and feelings of anxiety Figure. He discussed that during his work hours, he could not concentrate and function at his previous level. His complaints were related to his coworkers isolating him during lunch breaks. The coworkers were grumbling regarding privacy issues during the work day and the use of the male bathroom by a female coworker. “Taylor” expressed concern regarding acceptance by his colleagues who continued to refer to him as a female. He had been cared for previously within the hospital system as a female; however, he was reluctant to discuss previous admissions. He was in the process of transitioning pharmacologically and surgically. At admission, his breasts were strapped with a tensor elastic bandage. His blood pressure had been elevated, and he remained anxious with constant pacing and a continued complaint of headache. He was medicated with acetaminophen 650 mg by mouth on admission.“ (Díaz et al., 2017, S. 454)



Abbildung 2 Herr Hermes in der Simulation

Anhang 7 – PRISMA Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Nurses' Work With LGBTQ Patients: "They're Just Like Everybody Else, So What's the Difference"; Beagen, 2012

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

| | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> We ask how everyday practices and ways of thinking about sexual orientation and gender identity in nursing may perpetuate or challenge inequitable health care for LGBTQ women. |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Ja |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <i>Methode der Datensammlung?</i> The interviews were recorded, transcribed verbatim, and analyzed inductively, generating themes and subthemes, which were coded using ATLAS.ti software |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Siehe Oben |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <i>Wenn nein: warum nicht?</i> Nein, es wurden 11 Interviews geführt |

Aussagekraft

| | |
|---|---|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Ja, transparent |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Konsens war vorhanden |

Anwendbarkeit

| | |
|--|---|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | Ja: Marginalisierung vs. Generalisierung |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? | Keine konkrete, aber einen Hinweis auf mögliche Themen in der Anwendung und Lehre |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Quelle: Brown, C., Keller, C. J., Brownfield, J. M. & Lee, R. (2017). Predicting Trans-Inclusive Attitudes of Undergraduate Nursing Students. *The Journal of nursing education*, 56(11), 660–669. <https://doi.org/10.3928/01484834-20171020-05>

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

| | Item No | Recommendation | Page No |
|------------------------------|---------|---|---------|
| Title and abstract | 1 | (a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract | Nein |
| | | (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found | Ja |
| Introduction | | | |
| Background/rationale | 2 | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported | Ja |
| Objectives | 3 | State specific objectives, including any prespecified hypotheses | Ja |
| Methods | | | |
| Study design | 4 | Present key elements of study design early in the paper | Ja |
| Setting | 5 | Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection | Ja |
| Participants | 6 | (a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants | Ja |
| Variables | 7 | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable | Ja |
| Data sources/ measurement | 8* | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group | Ja |
| Bias | 9 | Describe any efforts to address potential sources of bias | Nein |
| Study size | 10 | Explain how the study size was arrived at | Ja |
| Quantitative variables | 11 | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why | Ja |
| Statistical methods | 12 | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding | Ja |
| | | (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions | Ja |
| | | (c) Explain how missing data were addressed | Nein |
| | | (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy | Ja |
| | | (e) Describe any sensitivity analyses | Ja |
| Results | | | |
| Participants | 13* | (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed | Nein |
| | | (b) Give reasons for non-participation at each stage | Nein |
| | | (c) Consider use of a flow diagram | Nein |
| Descriptive data | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders | Ja |

Quelle: Budge, Stephanie L.; Adelson, Jill L.; Howard, Kimberly A. S. (2013): Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. In: Journal of consulting and clinical psychology 81 (3), S. 545–557. DOI: 10.1037/a0031774.

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

| | Item No | Recommendation | Page No |
|------------------------------|----------------|--|----------------|
| Title and abstract | 1 | (a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract | X |
| | | (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found | Ja |
| Introduction | | | |
| Background/rationale | 2 | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported | ✓ |
| Objectives | 3 | State specific objectives, including any prespecified hypotheses | ✓ |
| Methods | | | |
| Study design | 4 | Present key elements of study design early in the paper | ✓ |
| Setting | 5 | Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection | ✓ |
| Participants | 6 | (a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants | ✓ |
| Variables | 7 | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable | ✓ |
| Data sources/ measurement | 8* | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group | ✓ |
| Bias | 9 | Describe any efforts to address potential sources of bias | ✗ |
| Study size | 10 | Explain how the study size was arrived at | ✓ |
| Quantitative variables | 11 | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why | |
| Statistical methods | 12 | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding | ✓ |
| | | (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions | ✓ |
| | | (c) Explain how missing data were addressed | ✗ |
| | | (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy | ✗ |

| | | | |
|--------------------------|-----|--|---|
| | | (e) Describe any sensitivity analyses | x |
| Results | | | |
| Participants | 13* | (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed | ✓ |
| | | (b) Give reasons for non-participation at each stage | ✗ |
| | | (c) Consider use of a flow diagram | ✗ |
| Descriptive data | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders | ✓ |
| | | (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest | ✓ |
| Outcome data | 15* | Report numbers of outcome events or summary measures | ✓ |
| Main results | 16 | (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included | ✓ |
| | | (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized | ✓ |
| | | (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period | ✓ |
| Other analyses | 17 | Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses | ✗ |
| Discussion | | | |
| Key results | 18 | Summarise key results with reference to study objectives | ✓ |
| Limitations | 19 | Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias | ✓ |
| Interpretation | 20 | Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence | ✓ |
| Generalisability | 21 | Discuss the generalisability (external validity) of the study results | ✓ |
| Other information | | | |
| Funding | 22 | Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based | ✓ |

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Nursing Students' Perceptions of their Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues: Effectiveness of a Multi-Purpose Assignment in a Public Health Nursing Class, Carabez et al. 2015

Forschungsfrage: What is the baseline knowledge, awareness, and understanding level of fourth-semester nursing students regarding LGBT health care needs? Can a class assignment affect the knowledge, attitudes, and skills of LGBT health care needs in nursing students?

Glaubwürdigkeit

| | |
|---|---|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i> Umfragen waren anonymisiert, keine Kontrollgruppe / Untersuchungsgruppe Rekrutierung: Ein Kurs im 4. Semester |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i> 8 sind raus, ohne Begründung |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> nein und wäre auch nicht möglich gewesen |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> Ja, alle Studierende des 4. Semesters |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> / |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</i> / |
| 7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? | <i>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</i> Es wurden Effekte nachgewiesen |
| 8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? | Ja |

Aussagekraft

| | |
|--|--|
| 9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? | <i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i> |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | <i>p-Wert?</i> p1 = 0,005 p2 = 0,0001 |
| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle?</i> |

Anwendbarkeit

| | |
|---|---|
| 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, auf die Pflegestudierende |
| 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> |
| 14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse?</i> Keine Risiken Kosten = Was 1 Modul kostet -> Nutzen ist höher |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Quelle: Cicero, E. C. & Perry Black, B. (2016). "I Was a Spectacle... A Freak Show at the Circus": A Transgender Person's ED Experience and Implications for Nursing Practice. Journal of emergency nursing, 42(1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.012>

Quelle: Cicero, E. C. & Perry Black, B. (2016). "I Was a Spectacle... A Freak Show at the Circus": A Transgender Person's ED Experience and Implications for Nursing Practice. Journal of emergency nursing, 42(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.012>



CARE Checklist of information to include when writing a case report



| Topic | Item | Checklist item description | Reported on Line |
|---------------------------------|------|--|---|
| Title | 1 | The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report" | case example |
| Key Words | 2 | 2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report" | x |
| Abstract (no references) | 3a | Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature? | |
| | 3b | Main symptoms and/or important clinical findings | Discrimination experience |
| | 3c | The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes | Ja |
| | 3d | Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case? . . . Durch Diskriminierung nehmen trans* keine Leistungen in Anspruch | |
| Introduction | 4 | One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references) | Ja |
| Patient Information | 5a | De-identified patient specific information. | Ja |
| | 5b | Primary concerns and symptoms of the patient. | Nein |
| | 5c | Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information | Ja |
| | 5d | Relevant past interventions with outcomes | Ja |
| Clinical Findings | 6 | Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings. | |
| Timeline | 7 | Historical and current information from this episode of care organized as a timeline | |
| Diagnostic Assessment | 8a | Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys). | Dazu kam es nicht |
| | 8b | Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural) | |
| | 8c | Diagnosis (including other diagnoses considered) | |
| | 8d | Prognosis (such as staging in oncology) where applicable | |
| Therapeutic Intervention | 9a | Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care) | keine Therapie |
| | 9b | Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration) | |
| | 9c | Changes in therapeutic intervention (with rationale) | |
| Follow-up and Outcomes | 10a | Clinician and patient-assessed outcomes (if available) | |
| | 10b | Important follow-up diagnostic and other test results | |
| | 10c | Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?) | |
| | 10d | Adverse and unanticipated events | |
| Discussion | 11a | A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report | Nein |
| | 11b | Discussion of the relevant medical literature with references . | Ja |
| | 11c | The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes) | |
| | 11d | The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion | Ja |
| Patient Perspective | 12 | The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received | |
| Informed Consent | 13 | Did the patient give informed consent? Please provide if requested | Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Simulation Design: Addressing Care of a Transgender Patient; Díaz et al. 2017

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

| | | |
|---|--|---|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt ? | <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i> | Von 2 Universitäten Art der Rekrutierung nicht bekannt Keine Randomisierung |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei ? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i> | 170 am Anfang -> Alle haben die Simulation abgeschlossen 80 haben den Feedback Fragebogen gemacht |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet ? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> | nein, keine Verblindung möglich, da Simulationstraining mit Forscher*innen Team zusammen durchgeführt wurde |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich ? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> | Ja |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt ? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> | Es gab keine Untersuchungsgruppe |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet ? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</i> | / |
| 7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? | <i>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</i> | Keine Berechnung |
| 8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? | | Keine direkten Ergebnisse beschrieben, nur Feedback zur Simulation |

Aussagekraft

| | | |
|--|--|---|
| 9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt ? | <i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i> | Alle § Fragen: Wurde alles nicht beschrieben, aber die Simulation wurde ausführlich beschrieben und hatte eine hohe Aussagekraft |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | <i>p-Wert?</i> | |
| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle?</i> | |

Anwendbarkeit

| | | |
|---|---|----|
| 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> | Ja |
| 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> | Ja |
| 14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse?</i> | Ja |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Kritische Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit

Quelle: PROMOTING AWARENESS of LGBT Issues in Aging in a Baccalaureate Nursing Program, Lim, 2015

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|---|---|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? | <i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> nein, aber ein Ziel wurde formuliert |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? | <i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i> Nein |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> Ja möglich, da sie Systematik nicht beschrieben wurde |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? | <i>Quellen angegeben?</i> Quellen wurden angegeben |
| 6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i> |
| 7. Waren die Studien ähnlich? | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?</i> Es wurden immer trans* Personen untersucht |

Aussagekraft

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 8. Was sind die Ergebnisse? | <i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i> offenes Ergebnis |

Anwendbarkeit

- | | |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, wenn ich speziell ältere trans Personen beschreiben möchte |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja, --> Was kann/muss man ändern |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> Gibt keine Kostenaufstellung |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Bewertung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Promoting Affirmative Transgender Health Care Practice Within Hospitals: An IPE Standardized Patient Simulation for Graduate Health Care Learners; McCave et al. 2019

Forschungsfrage: nicht beschrieben

Glaubwürdigkeit

| | |
|---|--|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? | Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung? Rekrutierung |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? | Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%? Alle |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? | Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen? Nein, auch nicht möglich |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? | Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Alle waren Auszubildende im Gesundheitssystem |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? | Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben? |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? | Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse? Keine Randomisierung |
| 7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? | Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte? Signifikante Effekte wurden beschrieben |
| 8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? | JA |

Aussagekraft

| | |
|--|--|
| 9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? | z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert? Keine Angabe dieser Werte |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | p-Wert? |
| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | Konfidenzintervalle? |

Anwendbarkeit

| | |
|---|--|
| 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung? JA |
| 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | Nebenwirkungen? Compliance? Ja |
| 14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | Kostenanalyse? Ja |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Kritische Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit

Quelle: Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review, Morris et al. ; 2019

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|---|--|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? | <i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> Keine Forschungsfrage, aber ein Thema wurde beschrieben |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? | <i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i> PRISMA Guidelines Flow Chart zeigt Ausschlusskriterien |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> Nein MEDLINE/ PubMed, PsycINFO, Web of Science, Scopus, Ingenta, Science Direct, and Google Scholar databases for articles in English published between March 2005 and February 2017 |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> Ja, ein Quality assessment wurde beschrieben |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? | <i>Quellen angegeben?</i> Ja |
| 6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i> |
| 7. Waren die Studien ähnlich? | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?</i> Nein Unterschiedliche Professionen (Pflege, Medizin und unerscheidliche Interventionen) |

Aussagekraft

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 8. Was sind die Ergebnisse? | <i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> Es wird eine kritische Lücke in der literatur beschrieben |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i> Kein Kofindenzintervall Studien wurden gewichtet |

Anwendbarkeit

- | | |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> Ja |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Anhang): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Transgender and gender diverse health education for future nurses: Students' knowledge and attitudes, Sherman, 2021

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

| | |
|---|--|
| 1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt ? | <i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i> Information über Email, Rekrutierung der Personen die geantwortet haben. Randomisierung durch anonyme online surveys 3\$ Gutschein als Anreiz |
| 2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei ? | <i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i> N= 160 Alle haben den Kurs vollendet |
| 3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet ? | <i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Unverblindet. Studierende wussten, dass sie TCIP durchführen und Forscher*innen auch |
| 4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich ? | <i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> Ja, alles aus dem gleichen Jahrgang, Hauptsächlich 21-30 Jahre alt (83%), 90% Frauen |
| 5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt ? | <i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> Es gab keine UNterscuhungsgruppe |
| 6. Wurden alle Teilnehmer in der Randomisierung zugeordneten Gruppe bewertet ? | <i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</i> keine Randomisierung |
| 7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? | <i>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</i> Es gab siginifikante Effekte.. Keine Fallzahlberechnung.. |
| 8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet? | Ja. edukative Maßnahmen können Einstellungen und Kenntnisse positiv verändern |

Aussagekraft

| | |
|--|--|
| 9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt ? | <i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i> 8 untersuchte Items: p von 0,02 bis 0,97 |
| 10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? | <i>p-Wert?</i> Siehe 9. |
| 11. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle?</i> Konfidenzintervall 95% |

Anwendbarkeit

| | |
|---|--|
| 12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja. Pflegestudieserende mit trans* Themen versorgen |
| 13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja |
| 14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse?</i> ja |

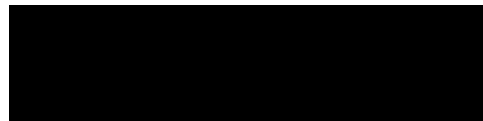
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 31.05.2021

Ort, Datum



Unterschrift