

BACHELORARBEIT

Diversitätssensible pflegerische Versorgung älterer LSBTI-Personen in der stationären Langzeitpflege – Ergebnisse eines Scoping Reviews

Vorgelegt am 30.Mai 2022

von Jessica Stitz

1. Prüferin: Prof. Dr. Adina Dreier-Wolfgramm
2. Prüferin: Kathrin Platz

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Ältere lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen (LSBTI) erlebten in ihrer Biografie gesetzliche Kriminalisierung und Diskriminierung. Viele befürchten in Pflegeeinrichtungen ihre sexuelle und geschlechtliche Identität aus Angst vor erneuter Diskriminierung und unzureichender Versorgung verstecken zu müssen. Dies erhöht das Risiko sozialer Isolation und das Übersehen für den Pflegeprozess wichtiger Informationen. Das Diversity-Konzept ermöglicht eine Berücksichtigung unterschiedlicher Identitätsmerkmale in der pflegerischen Versorgung.

Ziel: Synthetisieren der Literatur über eine diversitätssensible Versorgung für LSBTI Senior:innen in stationärer Langzeitpflege im Hinblick auf Maßnahmen auf institutioneller Ebene, Qualifikationsmaßnahmen und die Interaktion auf Bewohner:innenebene.

Methodik: Dafür wurde ein Scoping Review über *CINAHL*, *PubMed* und eine Handreche durchgeführt. Es konnten 16 passende Arbeiten unterschiedlicher Designs identifiziert und in die Arbeit eingeschlossen werden.

Ergebnisse: Eine diversitätssensible Interaktion von Pflegekräften mit LSBTI Bewohner:innen bedarf einer konzeptionellen Berücksichtigung sexueller und geschlechtlicher Minderheiten sowie Qualifizierungsmaßnahmen. Das Erfassen individueller Lebensweltbezüge und Bedürfnisse ist grundlegend für eine ganzheitliche Pflege. Heteronormative Vornahmen sowie Vorurteile und moralische Einwände gegenüber LSBTI bilden dabei eine Barriere. Fort- und Weiterbildungen zu LSBTI Belangen sind elementar für die Sensibilisierung aller Pflegekräfte.

Schlussfolgerung: Eine diversitätssensible Pflege scheint geeignet, um den speziellen Bedürfnissen von LSBTI in der Langzeitpflege gerecht zu werden. Sie birgt jedoch auch ein Potential für eine verbesserte Versorgung aller Bewohner:innen. Dazu bedarf es jedoch weiterer Forschung zur Effektivität der Handlungsempfehlungen in der Pflegepraxis. Auch Aufbau und Effektivität von Schulungen müssen in weiteren Studien evaluiert werden. Eine frühzeitige Integration des Themas in die Ausbildung scheint sinnvoll um eine professionelle und offene Haltung angehender Pflegekräfte auszubauen.

Schlüsselbegriffe: Diversität, LSBTI, sexuelle und geschlechtliche Minderheiten, Altenpflege, Langzeitpflege

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	II
Glossar	III
1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1 Diversitätssensible Pflege.....	4
2.2 Definition LSBTI	7
2.3 LSBTI im historischen und gesellschaftspolitischen Kontext	7
2.3 Gesundheit und Altern von LSBTI.....	9
3. Frage- und Zielstellung.....	13
4. Methodik.....	13
5. Ergebnisse	16
5.1 Einrichtungsbezogene Maßnahmen	23
5.2 Qualifikation Pflegender.....	26
5.3 Interaktion auf Bewohner:innenebene	29
5.4 Kritische Studienbewertung	33
6. Diskussion	35
7. Fazit und Ausblick	40
Literaturverzeichnis	41
Anhangsverzeichnis	46

Abkürzungsverzeichnis

AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
BISS	Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V.
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
DWI	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICN	International Council of Nursing
LoV	Lebensort Vielfalt Berlin (Wohn- und Pflegeprojekt)
LSBTI	lesbisch, schwul, bisexuell, trans- und intergeschlechtlich
LSVD	Lesben- und Schwulenverband in Deutschland
LZG	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Die vier Dimensionen von Diversity (Plett, 2002, S. 111)	5
Abbildung 2 Flussdiagramm für die Studienauswahl (eigene Darstellung nach PRISMA 2020 (Page et al., 2021))	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht der eingeschlossenen Arbeiten (eigene Darstellung)	17
--	----

Glossar

Bisexualität	Lieben und Begehren von Menschen unabhängig von deren Geschlecht
Cisgeschlechtlichkeit / cis	Wohlfühlen und Identifizieren mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht
Coming-Out / Outing	Offen zur eigenen (von der Norm abweichenden) sexuellen bzw. geschlechtlichen Identität stehen
Gender	Englischer Begriff für soziales Geschlecht (im Gegensatz zum biologischen Geschlecht, englisch: sex); verbunden mit gesellschaftlicher Zuschreibung von Rollen und Eigenschaften
Heteronormativität	Behandeln von Heterosexualität und der damit verbundenen Zweigeschlechtlichkeit als Norm
Heterosexualität	Bezeichnung für Frauen, die ausschließlich Männer und Männer, die ausschließlich Frauen lieben und begehren; als Norm geltende sexuelle Orientierung / Identität
Homophobie	Vorurteile, abwertende Haltung, Hassrede und Gewalt, die Menschen aufgrund ihres Schwul- oder Lesbischseins erfahren
Homosexualität	Lieben und Begehren von ausschließlich Menschen des gleichen Geschlechts; (Selbst-)Bezeichnung bei Frauen oft „lesbisch“, bei Männern „schwul“
Intergeschlechtlichkeit / inter*	Überbegriff für unterschiedliche körperliche Geschlechtsausprägungen, die sich chromosomal, hormonell oder anatomisch nicht eindeutig den Geschlechtskategorien „männlich“ und „weiblich“ zuordnen lassen
LSBTI	Sammelbegriff für Minderheiten der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung / Identität
Queer	Oft synonym zu LSBTI verwendet oder als Selbstbezeichnung, die eine Identität, jenseits von Kategorien wie „Mann“ und „Frau“ oder „heterosexuell“ und „lesbisch“/ „schwul“ bezeichnet
Transgeschlechtlichkeit / trans*	Oberbegriff für Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt; das Sternchen verweist auf eine Vielzahl an eingeschlossenen Identitäten

Erklärungen formuliert nach (LSVD - Lesben- und Schwulenverband in Deutschland, o.J.)

1. Einleitung

Durch den demografischen Wandel nimmt der Anteil älterer Menschen stetig zu. Seit 1980 ist die Anzahl der über 60-Jährigen um das Zweieinhalbfache angestiegen (Weltgesundheitsorganisation, 2020). Damit waren 2019 über eine Milliarde (13,2%) der Weltbevölkerung von 7,7 Milliarden 60 Jahre und älter (ebd.). Bis 2050 wird ein Anstieg auf bis zu 2,1 Milliarden prognostiziert (ebd.). Auch in Deutschland nimmt die Lebenserwartung der älteren Menschen zu (Destatis, 2019). Mit zunehmendem Alter ist auch eine steigende Anzahl an Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) XI zu verzeichnen (ebd.). So waren im Jahr 2019 deutschlandweit rund 4,13 Millionen Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen. Ein Fünftel (rund 820.000) wurden vollstationär in Heimen versorgt (Destatis, 2020). Gemäß der Pflegecharta haben Pflegenden dabei die primäre Aufgabe, Pflegebedürftige in ihrer selbstbestimmten Lebensführung zu unterstützen (BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2019). Der Ethikkodex vom International Council of Nursing (ICN) besagt, dass Pflege „mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status“ (ICN, 2014, S.1) auszuüben ist. Diese Unterscheidungsmerkmale sind jedoch nicht nur zu berücksichtigen, sondern aktiv in ihrer Einflussnahme auf die Lebenswirklichkeit der Pflegebedürftigen in die pflegerische Versorgung einzubeziehen. Ein dazu geläufiges Konzept stellt die kultursensible Pflege da. Dabei beschränken sich die Unterschiede in der Versorgung jedoch häufig auf Sprache und Herkunft (Tezcan-Güntekin, 2020). Hingegen meint eine diversitätssensible Ausrichtung der Pflege, verschiedene Identitätsmerkmale wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, körperliche Fähigkeiten, Religion, soziokulturelle Situation sowie ihre Wechselwirkungen einzubeziehen. Dadurch sollen unterschiedliche Lebensweisen, individuelle Werte und Bedürfnisse erfasst und anerkannt werden. Ziel ist es, eine subjektorientierte Pflege zu realisieren (BISS - Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V., 2019). Abhängig vom sozialen Kontext (z.B. Beruf, Familie, Freizeit) können die o.g. Identitätsmerkmale zu Privilegien oder gesellschaftlichen Nachteilen führen. Menschen mit Merkmalen, die von den gesellschaftlichen Normvorstellungen abweichen, sind einer

besonderen Diskriminierungsgefahr ausgesetzt (Schwulenberatung Berlin, 2020). Dies trifft u.a. die Gruppe der älteren lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen (LSBTI). Diese unterscheiden sich in den Diversitätskategorien „sexuelle Orientierung“ und „Geschlecht“ von der Mehrheitsgesellschaft. Durch Alter und oft damit einhergehende Pflegebedürftigkeit sind sie weiteren Stigmata¹ ausgesetzt (Da Silva Junior et al., 2021; Gerlach & Schupp, 2017). Ein Beispiel dafür ist ein defizitorientiertes Altersbild mit Fokussierung körperlicher Einschränkungen (Bartig et al., 2021; BISS, 2019). Auch werden älteren Menschen oft Hörvermögen, Verständnisfähigkeit und Autonomie abgesprochen, was sich in einer lautereren, langsameren und bevormundenden Sprechweise („Elderspeak“) äußern kann (Bartig et al., 2021). Zudem wird Sexualität im Alter tabuisiert (Lottmann & Kollak, 2018; Schröder & Scheffler, 2015). Das Marktforschungsunternehmen Ipsos führte 2021 eine Onlinebefragung an 19.069 Menschen zwischen 16 und 74 Jahren in 27 Staaten durch, etwa 1000 Befragte kamen aus Deutschland (Ipsos, 2021). Demnach identifizieren sich 11% der Deutschen nicht als heterosexuell. Als lesbisch oder schwul bezeichnen sich dabei 2% und als bisexuell 6% der Befragten, 5% geben andere Selbstbezeichnungen an (Ipsos, 2021). Als trans* oder nicht-binär bezeichnen sich 3% der befragten Deutschen (ebd.). Von den befragten Baby Boomern (geboren zwischen 1946 und 1964) bezeichnen sich unter 1% als trans* oder nicht-binär und 4% als nicht-heterosexuell. Eine Unterteilung nach Herkunftsland wurde hierbei nicht vorgenommen (ebd.). Aufgrund von Stigmatisierungsängsten bei Selbstangaben ist jedoch von einer höheren Dunkelziffer auszugehen (RKI - Robert Koch-Institut, 2020). Zur Anzahl intergeschlechtlicher Personen gibt es bisher keine verlässlichen Angaben (ebd.). Schätzungen zufolge leben 80.000 intergeschlechtliche Personen in Deutschland (ebd.).

Zur Häufigkeit älterer, pflegebedürftiger LSBTI in pflegerischen Versorgungssettings gibt es bisher keine genauen Erkenntnisse. Jedoch ist bekannt, dass in der vollstationären Langzeitpflege ein erhöhter Pflegebedarf für die Betroffenen zu verzeichnen ist. Dieser resultiert aus einem schlechteren Gesundheitszustand, altershomogenen sozialen Netzwerken, fehlender familiäre

¹ Als Stigmata werden Merkmale bezeichnet, die gesellschaftlich negativ belegt sind und deren Träger:innen unabhängig vom Merkmal diskreditierende Eigenschaften zugeschrieben werden (Gerlach & Schupp, 2017).

Unterstützung und geringeren finanziellen Ressourcen (Caceres et al., 2020; Lottmann, 2018).

In 2010 fand die Schwulenberatung Berlin heraus, dass 90% der kontaktierten Einrichtungen der Langzeitpflege LSBTI-sensible Pflege nicht als Versorgungsproblem wahrnehmen (Schröder & Scheffler, 2016). Im Jahr 2011 wurde das Leitungspersonal 31 Berliner Pflegeheimen zu LSBTI Themen befragt. Dabei gaben 94% der Einrichtungen an, die spezifischen Bedürfnisse LSBTI-Senior:innen fast überhaupt nicht zu berücksichtigen (Schröder & Scheffler, 2015). Fortbildungen, Informationsmaterialien und Ansprechpersonen für LSBTI Bewohner:innen wurden sehr selten benannt (ebd.). Diese Erkenntnisse zeigen, dass die Sichtbarkeit von LSBTI Senior:innen in Pflegeheimen und deren spezifische Versorgungsbedürfnisse bislang wenig berücksichtigt werden (Schröder & Scheffler, 2015). Folglich befürchten ältere LSBTI in der Langzeitpflege Diskriminierung, Isolation und eine unzureichende Versorgung zu erfahren (Lottmann, 2018; Waling et al., 2019, 2020; Westwood, 2016).

Daher liegt der Fokus dieser Arbeit in der Beschreibung einer diversitätssensiblen Versorgung von LSBTI Senior:innen in der stationären Langzeitpflege. Dazu erfolgt eine thematische Einführung in den Diversity-Ansatz der Pflege. Aus den Besonderheiten im Alterungsprozess wird die Frage- und Zielstellung abgeleitet. Daran schließt sich die Beschreibung der Methodik und die Darlegung der Ergebnisse sowie deren kritische Diskussion an. Abschließend erfolgt ein Fazit mit Implikationen für die künftige Forschung sowie deren Implementierung in den pflegerischen Versorgungsalltag.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Diversitätssensible Pflege

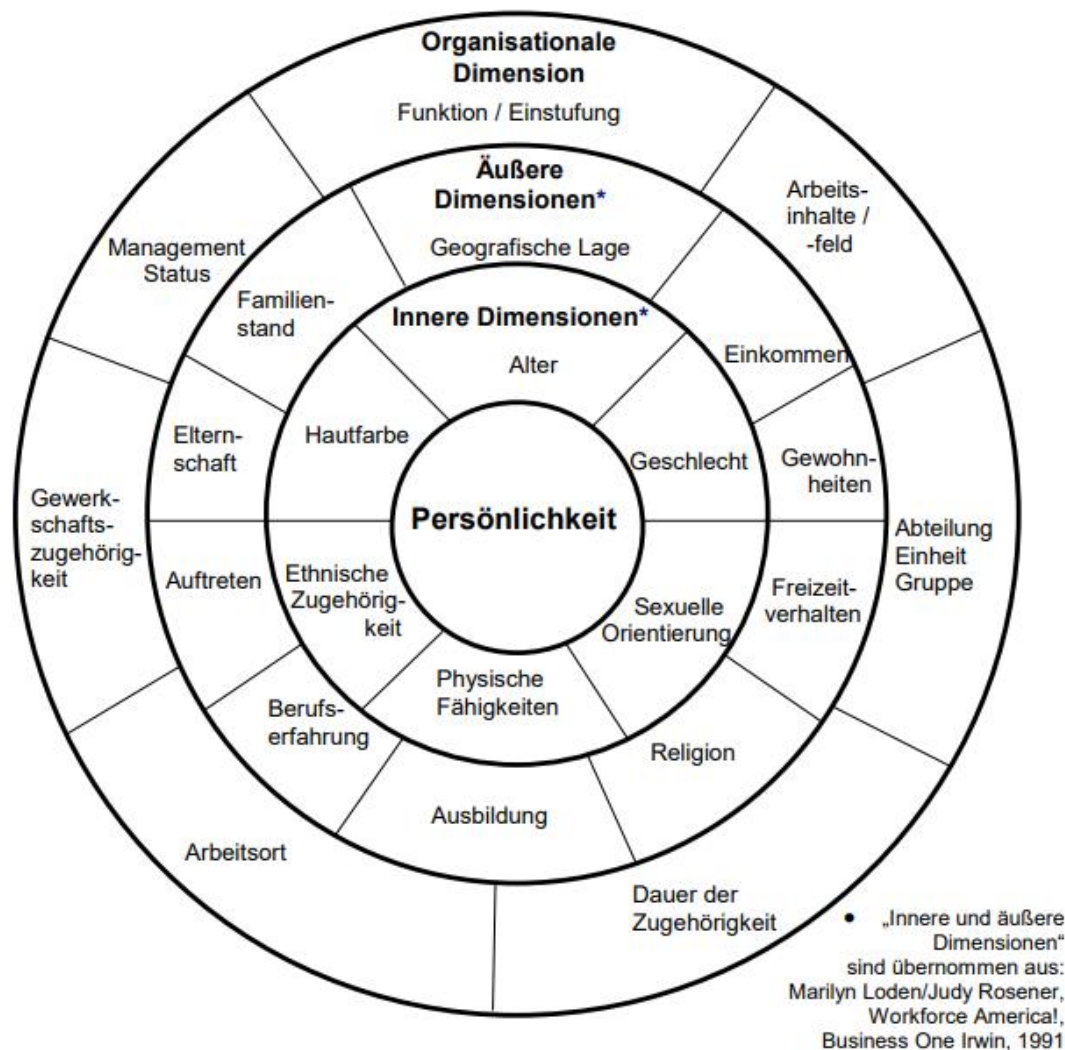
Der Begriff „Diversity“ (zu Deutsch „Diversität“, „Vielfalt“, „Heterogenität“) beschreibt grundsätzlich Unterscheidungsmerkmale, aber auch Gemeinsamkeiten von Gruppen und Individuen (Franken, 2015). Er hat seinen Ursprung in der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung der 1960ern mit dem Kampf um Gleichstellung und Integration schwarzer Mitarbeiter:innen und der Antidiskriminierungsgesetzgebung (Herrmann & Kätker, 2007). Diversität kann aus wirtschaftlicher und sozialer Perspektive betrachtet werden. Aus marktökonomischer Sicht sollen Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens gefördert werden, indem Kundenbedürfnisse und Zukunftstrends differenzierter wahrgenommen und Kompetenzen einer heterogenen Belegschaft optimal eingesetzt werden. Aus sozialer Sicht werden Gleichberechtigung, Chancengleichheit und Integration angestrebt (Franken, 2015). Diese Auslegung wird im pflegerischen Kontext fokussiert. Hier kann Diversity als ein Ansatz zur aktiven Berücksichtigung von Unterschiedsmerkmalen verstanden werden. Ziel dessen ist die Vermeidung von Diskriminierung, sowie eine Berücksichtigung der individuellen Lebensweisen Pflegebedürftiger (BISS, 2019).

Diversity wird konzeptionell unterschiedlich beschrieben, folgende sechs Unterscheidungsmerkmale sind jedoch weitestgehend enthalten: a) Gender / Geschlecht, b) Alter, c) sexuelle Orientierung, d) körperliche sowie geistige Kapazitäten / Menschen mit Behinderungen, e) Migrationsgeschichte / Ethnische Zugehörigkeit, f) Religion / Weltanschauung (Vanderheiden & Mayer, 2014).

Diese *big six* stellen Kategorien dar, anhand derer eine Person Diskriminierung oder Ausgrenzung erfahren kann (Gerlach & Schupp, 2017). Die Konzentration auf ein Diversitymerkmal ist jedoch nicht ausreichend um den Lebens- und Bedürfnislagen Pflegebedürftiger gerecht zu werden, da sie in einem intersektionalem² Zusammenhang stehen. Diversity kann dabei als Instrument für die Betrachtung von Unterschiedsmerkmalen verstanden werden, während Intersektionalität die Wechselwirkungen zwischen ihnen hervorhebt (Gerlach & Schupp, 2017).

² Der Begriff der Intersektionalität beschreibt die Verwobenheit zwischen ungleichheitsgenerierenden Kategorien, wie Geschlecht, gesellschaftlicher Rolle, Ethnizität, Sexualität, Alter, (Dis)Ability und Religion. Diese Dimensionen vermögen Unterdrückungen nicht nur zu addieren, sondern wechselseitig zu verstärken, abzuschwächen oder zu verändern (Degele & Winker, 2007).

Eine differenziertere Betrachtung dieser Merkmale ist über die vier Dimensionen der Diversity möglich, die Plett (2002) in folgendem Schaubild nach Gardenswartz und Rowe darstellt:



aus: ‚Diverse Teams at Work‘, Gardenswartz&Rowe, Irwin 1995
 mit freundlicher Genehmigung der Autorinnen
 © Angelika Plett, Mitte Consult Berlin

Abbildung 1 Die vier Dimensionen von Diversity (Plett, 2002, S. 111)

Im Kern des Modells befindet sich die individuelle Persönlichkeit. Sie beschreibt die grundlegenden Wesenszüge einer Person, die zwar situationsabhängig angepasst, aber nicht völlig verändert werden können (Plett, 2002). Die zentrale Stellung soll verdeutlichen, dass jeder Mensch einzigartig ist, auch wenn viele Merkmale mit anderen übereinstimmen (Franken, 2015). Umgeben wird sie von der inneren Dimension, den angeborenen, biologischen Merkmalen. Dazu gehören ethnische Zugehörigkeit (inkl. Muttersprache), Hautfarbe, Geschlecht, Alter, physische Fähigkeiten und sexuelle Orientierung. In den beiden inneren Dimensionen werden

die prägendsten und häufigsten Verletzungen erfahren (Plett, 2002). Die äußere Dimension umfasst Bereiche, die stark durch die individuelle Sozialisation geprägt sind (Franken, 2015). Sie sind jedoch in einem gewissen Maße durch bewusste und strategische Entscheidungen zu beeinflussen. Hierzu gehören die familiäre und berufliche Situation, Wohnort, Religion und Verhalten (Plett, 2002). Die organisationale Dimension beschreibt Stellung, Status und Arbeitsbereich innerhalb eines Unternehmens und bietet im Vergleich zu den anderen Dimensionen das größte Beeinflussungspotential (Franken, 2015; Plett, 2002). Alle Merkmale der vier Dimensionen zusammen ermöglichen eine komplexe Selbstbeschreibung und zeichnen den Menschen als einzigartiges Individuum aus (Franken, 2015; Plett, 2002).

Im pflegerischen Setting ist zudem die strukturell bedingte Machtposition Pflegender gegenüber Pflegebedürftigen als Unterscheidungsmerkmal zu berücksichtigen (BISS, 2019).

In dieser Arbeit werden die Kategorien Geschlecht, Alter und sexuelle Orientierung inklusive ihrer Schnittstellen und beeinflussenden Faktoren beispielhaft anhand der Gruppe LSBTI im Setting der Altenpflege fokussiert. Übertragen auf das Vier Dimensionen-Modell wird bezogen auf die innere Dimension das Merkmal der sexuellen Orientierung adressiert (BISS, 2019). Der persönliche Umgang mit diesem Merkmal ist in der äußeren Dimension zu verorten und steht in Wechselwirkung mit der inneren Dimension. Kommt es beispielweise zu einer Stigmatisierung aufgrund der Homosexualität kann sich dies auf identitätsbezogenes Handeln und Verhalten auswirken (ebd.). Die Interaktion und Wahrnehmung des Merkmals der Homosexualität im Pflegesetting bildet die organisationale Dimension ab (ebd.).

Diversitätssensible Pflege definiert sich als eine personenzentrierte pflegerische Versorgung unter Einbezug unterschiedlicher Diversitätsmerkmale und Biografie. Sie setzt sich den Anspruch der Individualität eines jeden Menschen gerecht zu werden (Paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg, 2020; Schwulenberatung Berlin, 2020). Im Kontext dieser Arbeit ist im engeren Sinne eine Pflege gemeint, welche die Bedarfe von LSBTI Personen berücksichtigt. Je nach Studie und theoretischer Herleitung wird synonym der Begriff der LSBTI-sensiblen Pflege verwendet.

2.2 Definition LSBTI

Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten werden unter verschiedenen Sammelbegriffen abgebildet. Diese Arbeit verwendet das vom Lesben- und Schwulenverband (LSVD) verwendete Akronym LSBTI für lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen. Geläufig ist auch das englische Synonym LGBTI (lesbian, gay, bisexual, transgender and inter)³ (LSVD, o.J.).

2.3 LSBTI im historischen und gesellschaftspolitischen Kontext

Dieser ist relevant für ein Verständnis der Lebenslagen von insbesondere älteren LSBTI. In Deutschland kriminalisierte der seit 1872 bestehende §175 RStGB (Reichsstrafgesetzbuch) sexuelle Handlungen zwischen Männern. Mit Erstarken des Nationalsozialismus wurde der Paragraph verschärft. Lesben, Schwule und Transidente galten als krank und „entartet“. Seit 1935 genügte bereits die Verletzung des allgemeinen Schamgefühls oder eine „wollüstige Absicht“ für eine Verurteilung. Bis 1945 gab es über 50.000 Verurteilungen (LZG - Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2018). Geschätzte 10.000 bis 15.000 Männer wurden in Konzentrationslager deportiert, von denen nur ca. 40% überlebten (Schwulenberatung Berlin, 2020). Lesbische Frauen fielen nicht unter den §175, wurde aber dennoch als asozial geächtet und bei Denunziation in psychiatrischen Anstalten untergebracht oder unter Vorwänden in Konzentrationslager verschleppt (LZG, 2018). In der Nachkriegszeit existierte homosexuelles und transidentisches Leben nicht mehr in der Öffentlichkeit und wurde missachtet, diskriminiert und abgelehnt. Der §175 blieb unverändert bestehen. In der Deutschen Demokratischen Republik wurde er 1957 entschärft und 1968 aufgehoben. Die Bundesrepublik Deutschland (BRD) hielt bis 1969 an der unveränderten Fassung fest. Das Gesetz führte zu ca. 100.000 Ermittlungsverfahren und 50.000 Verurteilungen aufgrund gleichgeschlechtlicher „Unzucht“ (LZG, 2018). Die beiden großen Kirchen waren dabei einflussreiche Akteure (Gerlach & Schupp, 2016). Das Sittengesetz, die Familienethik und der Jugendschutz dienten als Begründung für die Beibehaltung des Gesetzes (ebd.).

³ Je nach Definition und Teilnehmer:innen verwenden die in dieser Arbeit eingeschlossenen Studien andere Akronyme. Geläufige Ergänzungen sind das A für asexuell und das Q für queer/questioning. Ein * oder + stehen für den Einschluss weiterer Selbstbezeichnungen.

Erst seit 1969 sind homosexuelle Handlungen unter Erwachsenen in der BRD straffrei (Schwulenberatung Berlin, 2020). 1994 wurde der §175 aus dem Strafgesetzbuch (StGB) des wiedervereinigten Deutschland gestrichen (ebd.). Lesbische Frauen wurden insbesondere durch die Familienpolitik und das gesellschaftliche Bild der Frau als Ehepartnerin, Hausfrau und Mutter unterdrückt. Gleichberechtigte Bildungsmöglichkeiten, ein wirtschaftlich unabhängiges Leben und autonomes sexuelles Begehren wurden ihnen abgesprochen. Lesbische Lebensweisen blieben gesellschaftlich weitestgehend unsichtbar (Gerlach & Schupp, 2016). Erst die 68er Bewegung mit ihren Forderungen nach freier Liebe und dem Aufbrechen von Geschlechterrollen brachte einen moralischen und politischen Umschwung. Mit dem 1969 stattfindendem Aufstand im „Stonewall Inn“, einer schwul-transidenten Bar in New York, entwickelte sich auch die Emanzipationsbewegung homosexueller und transidenter Menschen in Deutschland (LZG, 2018). Mit dem Auftreten von HIV/AIDS in den 1980ern wurden gesellschaftliche Vorurteile wieder belebt. Schwule und bisexuelle Männer wurde stigmatisiert und diskriminiert und nachhaltigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Viele verloren ihren Arbeitsplatz, Wohnung, soziale und familiäre Beziehungen (Gerlach & Schupp, 2016; LZG, 2018).

Neben der staatlichen Diskriminierung und kirchlicher Ablehnung prägte auch die medizinische Pathologisierung die gesellschaftliche Haltung. Erst 1992 wurde Homosexualität aus der Internationalen Krankheitsklassifikation (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation entfernt (Schwulenberatung Berlin, 2020). Bis dahin erlaubte die Stellung als Krankheit Gesundheitseinrichtungen eine „Therapie“ nicht-heterosexueller Menschen und die Verweigerung einer Auskunft an homosexuelle Partner:innen (ebd.).

Gerlach und Schupp (2016) unterteilen ältere LSBTI anhand der Altersbegriffe von Pohlmann (2001) modellhaft in drei Geburtskohorten, die von den unterschiedlichen gesellschaftlichen Homosexualitätsdiskursen geprägt wurden. LSBTI im „reifen Erwachsenenalter“ (ab 50 bis 55 Jahren) wurden durch die beginnende Liberalisierung der 1968er Bewegungen geprägt (Gerlach & Schupp, 2016). Angehörige der Generation im „dritten Lebensalter“ (ab 60 bis 65 Jahren) erkämpften sich die gesellschaftliche Akzeptanz. Sie erlebten die Bewegungen der 68er mit der Entkriminalisierung und Emanzipation Homosexueller persönlich oder gestalteten sie aktiv mit. Aus dieser Altersgruppe kommen die mittelfristigen

Nutzer:innen der Altenpflege (ebd.). Als erste Generation, die weitestgehend offen leben konnte, fordert sie eine soziale Teilhabe und die Akzeptanz ihrer Lebenswelten im Alter ein (ebd.). LSBTI im „vierten Lebensalter“ (ab 75 bis 80 Jahren) konnten allenfalls unter widrigen Bedingungen ihre gleichgeschlechtliche sexuelle Identität herausbilden (ebd.). Die Kontextbedingungen des Aufwachsens wirken sich bis in die Gegenwart aus. Sie beeinflussen Identitätskonstruktionen, Outingverhalten, Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrung, Bewältigungsstrategien und die Bewertung gegenwärtiger Situationen (Gerlach & Schupp, 2016, 2017).

2.3 Gesundheit und Altern von LSBTI

Meyer (2003) spricht in seiner Meta-Analyse davon, dass aus Stigmatisierung, Diskriminierung und Vorurteilen ein feindliches Klima gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen hervorgeht. Durch das Erfahren oder Befürchten von Ablehnung, Diskriminierung und Gewalt, das Verstecken der eigenen Identität und internalisierte Homophobie sind Betroffene einer besonderen Belastung ausgesetzt. Diese addieren sich zu generellen Stressoren, die jede:r in Interaktion mit seiner Umwelt erfährt. Diese wird von Meyer als Minderheitenstress bezeichnet und erfordert eine erhöhte Anpassungsleistung an soziale Konditionen und Strukturen. Durch die Auswertung verschiedener epidemiologischer Studien kommt Meyer zu dem Schluss, dass die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit mit einer erhöhten Prävalenz für psychische Erkrankungen einhergeht (Meyer, 2003).

Im Rahmen einer Studie vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DWI) und der Universität Bielefeld (Kasprowski et al., 2021) wurden 28.168 Personen ab 18 Jahren zu ihrer gesundheitlichen Lage befragt, von denen sich 4511 als LSBTIQ* identifizieren. Die Ergebnisse zeigen, dass LSBTIQ* drei- bis viermal so häufig von psychischen Erkrankungen betroffen sind wie heterosexuelle Personen (ebd.). Genannt wird ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Schlafstörungen, Ausgebranntsein (Burnout), Angst- und Essstörungen (ebd.) Einsamkeit gaben 15% der befragten LSBTIQ* an, doppelt so viele wie in der Vergleichsgruppe. Bei den befragten trans* Personen waren es 31% (ebd.). Dies kann sich negativ auf die seelische Gesundheit auswirken (ebd.). Auch somatische Erkrankungen treten bei LSBTIQ* häufiger auf, was auf chronischen Stress durch Diskriminierung und

ständige Wachsamkeit im Alltag zurückgeführt wird. Herzerkrankungen mit knapp 10% und Migräne mit 12% treten bei LSBTQI* durchschnittlich doppelt so häufig auf wie in der restlichen Bevölkerung. Auch chronische Rückenschmerzen wurden häufiger benannt (Kasprowski et al., 2021). Ein Review internationaler und deutscher Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem Jahr 2020 zeigt, dass sich psychische Erkrankungen und Stress auch negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken können. Lesbische, schwule und bisexuelle Personen zeigen eine erhöhte Prävalenz für Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit, was u.a. als Bewältigungsstrategie für Ausgrenzungs- und diskriminierungsassoziierten Stress begründet wird (RKI, 2020). Geprägt durch die historische Pathologisierung und auch heutzutage noch auftretende Diskriminierung von LSBTI in Gesundheitseinrichtungen können zudem Präventionsangebote und medizinische Behandlungen hinausgezögert oder vermieden werden (LSVD, 2022). Insbesondere trans* Personen wurde der Zugang zu medizinischen Maßnahmen häufig gänzlich verwehrt oder erschwert (Schwulenberatung Berlin, 2020).

Genannte Umstände begünstigen chronische (Alters-)Erkrankungen (Schwulenberatung Berlin, 2020) und stellen eminente Risikofaktoren für die Entstehung demenzieller Erkrankungen dar (Fredriksen-Goldsen et al., 2018).

Auch auf sozioökonomischer Ebene stehen ältere LSBTI vor besonderen Herausforderungen. Homosexuelle und bisexuelle Menschen leben laut dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) des DWI häufiger allein und kinderlos (Kroh et al., 2017). Auch ihr soziales Unterstützungsnetzwerk unterscheidet sich von dem heterosexueller Menschen. Die Beziehung zur Herkunftsfamilie wird oftmals durch eine ablehnende Haltung gegenüber der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität belastet. Daher bauen sich viele LSBTI ein externes Unterstützungsnetzwerk aus Freund:innen auf (Kasprowski et al., 2021). Diese „Wahlfamilie“ steht bei der Mehrheit der älteren LSBTI an erster Stelle der Unterstützungshierarchie im Alter, bei Heterosexuellen sind es die Kinder und Lebenspartner:innen (Lottmann, 2018). Im Falle der Pflegebedürftigkeit sehen auch LSBTI ihre Partner:innen als primäre Unterstützungsressource, doch ist insbesondere bei schwulen Männern der Singleanteil hoch (ebd.) Auch ist das Unterstützungsnetzwerk von LSBTI oft altershomogen, da Freund:innen der gleichen Generation eine ähnliche Wahrscheinlichkeit haben pflegebedürftig zu werden. Somit können sie als soziale Unterstützung im Alter leicht wegfallen (ebd.).

Durch die Kriminalisierung und Stigmatisierung in der Vergangenheit ergeben sich zudem finanzielle Einschränkungen. Nachteile im beruflichen Werdegang und Arbeitsplatzverluste wirken sich bis auf die heutige Rentenhöhe aus (LZG, 2018). Auch eine Frühverrentung aufgrund chronischer Erkrankungen erhöht das Risiko für Altersarmut (Gerlach & Schupp, 2016).

Die schlechtere Gesundheitssituation, altershomogene soziale Netzwerke, fehlende familiäre Unterstützung und geringere finanzielle Ressourcen sorgen für eine höhere Abhängigkeit von Regeldiensten der Altenhilfe von LSBTI gegenüber der Durchschnittsbevölkerung (Caceres et al., 2020; Lottmann, 2018). Dem gegenüber steht ein starkes Unbehagen gegenüber Altenhilfeeinrichtungen, insbesondere der stationären Altenpflege (Gerlach & Schupp, 2017; Lottmann, 2018; Waling et al., 2019, 2020; Westwood, 2016; Willis et al., 2016). Dieses begründet sich aus Besuchen in Pflegeheimen, eigenen ehrenamtlichen oder beruflichen Tätigkeiten, allgemeine Annahmen wie Zeit- und Personalmangel, sowie der LSBTI Geschichte und eigenen Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen (Gerlach & Schupp, 2017; Willis et al., 2016). Auch die medizinische Pathologisierung von Homosexualität und damit verbundene traumatische Erlebnisse sorgen bei vielen älteren LSBTI für eine große Skepsis gegenüber Gesundheitseinrichtungen (Schwulenberatung Berlin, 2020). LSBTI antizipieren heterosexuelle Normen und Annahmen, die ihre persönliche Biografie und Bedürfnisse ignorieren. Eine Sorge besteht in dem Kontrollverlust von Aussehen und Kleidung, welches eine identitäre Selbstdarstellung in Abgrenzung zu konventionellen Rollenbildern darstellen kann (Willis et al., 2016). Auch im Miteinander mit heterosexuellen Bewohner:innen wird eine Unsichtbarkeit in Bezug auf Lebensweisen und Interessen befürchtet (Westwood, 2016). Einige lesbische und bisexuelle Frauen fürchten den Kontakt mit männlichen Bewohner:innen und Pflegekräften oder lehnen ihn ab (Westwood, 2016; Willis et al., 2016). Auch befürchten viele ihre Sexualität und diesbezügliche Lebensgeschichte verstecken zu müssen, um Vorurteilen und Diskriminierung seitens Personal und anderen Bewohner:innen zu entgehen (Westwood, 2016; Willis et al., 2016). Aufgrund der doppelten Unsichtbarkeit durch Heteronormativität und bewusstem Verbergen befürchten viele LSBTI Isolation (Westwood, 2016). Auch geht das private Zuhause als einer der wenigen sicheren Orte verloren, an dem die eigenen Identität offen gezeigt und beispielsweise Fotos von Partner:innen aufgestellt werden können (Westwood, 2016). Zudem wird der Verlust von

Autonomie, eine unzureichende Pflegequalität und Missbrauch älterer Menschen befürchtet (Waling et al., 2019). Dazu befürchten viele LSBTI den Zugang zu ihrer Community und Partner:innen zu verlieren (Waling et al., 2019). Insbesondere trans* Personen befürchten, dass Anbieter nicht ausreichend auf ihre Bedürfnisse vorbereitet sind (Waling et al., 2020).

In Bezug auf das Altern allgemein stehen LSBTI vor den gleichen Problemen und Vorurteilen wie heterosexuelle Menschen. Der Altersprozess wird von der materiellen Lage, dem Gesundheitszustand, dem Bildungsniveau und sozialen Netzwerken determiniert. Unabhängig der sexuellen Orientierung sieht man sich dem Verlust nahestehender Menschen und der Angst vor einem gesundheitsbedingten Autonomieverlust gegenüber (Krell, 2014). Die psychosozialen Auswirkungen von Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Minderheitenstatus können jedoch altersbedingte Stressoren verstärken (Krell, 2014). Somit sehen sich ältere LSBTI einer mehrfachen Stigmatisierungsgefahr aufgrund von Alter und sexueller oder geschlechtlicher Identität gegenüber (Da Silva Junior et al., 2021; Gerlach & Schupp, 2017). Damit sind ältere LSBTI in Pflegeeinrichtungen besonders vulnerabel für Unsichtbarkeit, Diskriminierung und das Übersehen von Bedürfnissen (Simpson et al., 2018). Allerdings sind auch besondere Ressourcen in Bezug auf das Altern zu benennen. Durch ein Coming-Out in einem homophoben Umfeld entwickelten viele LSBTI eine Krisenkompetenz und Identitätsmanagementstrukturen, die sich positiv auf das Erleben des Alterns auswirken kann. Eine größere Flexibilität in Geschlechterrollen erleichtert das Alleinleben oder Rollenverluste im Alter (Krell, 2014). Auch haben viele LSBTI aufgrund eines antizipierten oder tatsächlichen Verlustes familiärer Beziehungen soziale Netzwerke (Wahlfamilien) aufgebaut, die bei richtiger Einbindung unterstützen und einer möglichen Isolation entgegen wirken können (Krell, 2014; Lottmann, 2018). Belastungen und Ressourcen sind jedoch differenziert zu betrachten und nicht auf alle LSBTI zu übertragen, da Erfahrungen und Bewältigungsstrategien individuell sehr unterschiedlich sind (Gerlach & Schupp, 2017; Krell, 2014).

Zusammenfassend ist zu resümieren, dass der Bedarf von LSBTI an Pflegeeinrichtungen in einem ambivalenten Verhältnis zu der Bereitschaft diese zu nutzen steht. Daraus lässt sich ein Bedarf ableiten, sich wissenschaftlich mit der

aktuellen Versorgungslage und Maßnahmen zur sensibilisierten Pflege von LSBTI in Pflegeeinrichtungen auseinanderzusetzen.

3. Frage- und Zielstellung

Daher wurde für die Bachelor-Thesis folgende Fragestellung festgelegt: Wie erfolgt diversitätssensible Pflege für ältere LSBTI-Personen in der stationären Langzeitversorgung? Ziel der Arbeit ist es, die verfügbare Evidenz zu beschreiben um einen Überblick über Maßnahmen auf institutioneller Ebene, Qualifikationsmaßnahmen und die Interaktion auf Bewohner:innenebene zu geben.

4. Methodik

Dazu wurde ein Scoping Review durchgeführt. Ziel ist es, einen Überblick über die vorhandene Evidenz zu LSBTI-sensibler Pflege zu geben und Schlüsselkonzepte, Theorien, Quellen und Forschungslücken zu identifizieren (Tricco et al., 2018). Das Review wurde über die Datenbanken *PubMed* und *CINAHL* realisiert.

Gemäß Frage- und Zielstellung wurden folgende Einschlusskriterien verwendet: (a) ältere Personen, die unter den Sammelbegriff LSBTI fallen, (b) Fokus auf professioneller pflegerischer Versorgung, (c) Setting der stationären Langzeitversorgung, (d) Studien, Reviews und Graue Literatur zur Kartierung der aktuellen Forschungslage. Die Ausschlusskriterien wurden wie folgt definiert: (a) Fokus auf sexuell übertragbaren Krankheiten, Substanzmissbrauch oder anderen spezifischen Krankheitsbildern und Palliativversorgung, aufgrund von Spezialisierungen in der pflegerischen Versorgung, (b) Befürchtungen in Bezug auf Einrichtungen der Langzeitpflege, da es sich dabei um Antizipationen der pflegerischen Versorgung handelt, (c) Planung der zukünftigen Versorgung, politische Rahmung, Primärversorgung, ambulante Pflege und Hospize aufgrund des falschen Settings, (d) Zugang zu Gesundheitsleistungen, allgemeine Prävention, ärztliche Betreuung und Medikation, Psychotherapie, soziale Arbeit, allgemeine Alters- und Outingvorgänge und Moralvorstellungen anderer Pflegeheimbewohner:innen, aufgrund des fehlenden direkten Bezuges zu pflegerischer Versorgung, (e) Fokus auf Sexualität/Intimität im Alter ohne direkten Bezug zu LSBTI, (f) Reporte, Kommentare, Nachrichtenmeldungen, Editorials, Studienprotokolle und Buchkapitel aufgrund unzureichender Evidenz.

Die Suchstrategie für die Datenbanken bestand aus einer Verknüpfung der Kategorien Population (LSBTI) und Setting (stationäre Langzeitpflege). Eine Eingrenzung auf das Alter der Population und die pflegerische Versorgung wird größtenteils durch das Setting festgelegt und wurde daher nicht in die Suche aufgenommen.

Auf *PubMed* wurde am 01.04.2022 folgende Suchstrategie angewendet: (LGBT* OR lesbian OR gay OR homosexual* OR bisexual* OR transgender OR queer OR "sexual minorit*" OR "gender minorit*" OR "Sexual and Gender Minorities"[Mesh]) AND ("nursing home" OR "residential care" OR "long-term care" OR "Nursing Homes"[Mesh])).

Auf *CINAHL* wurde am 02.04.2022 folgende Suchstrategie verwendet: (LGBT* OR lesbian OR gay OR homosexual* OR bisexual* OR transgender OR queer OR "sexual minorit*" OR "gender minorit*" OR MM "Sexual and Gender Minorities+") AND ("nursing home" OR "residential care" OR "long-term care" OR MM "Nursing Homes+").

Insgesamt konnten auf *PubMed* 144 Treffer und auf *CINAHL* 214 Treffer erzielt werden. Nach Ausschluss der Duplikate wurden 300 Arbeiten in den Selektionsprozess eingeschlossen. Durch Sichtung der Titel, und sofern vorhanden Abstracts, wurden anhand der Ein- und Ausschlusskriterien 253 Datensätze ausgeschlossen. Für die verbleibenden 47 Datensätze konnte für 46 auf einen Volltext zugegriffen werden. Von diesen 46 Volltexten wurden 37 weitere Arbeiten gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen. Insgesamt wurden neun Arbeiten in die Literaturanalyse einbezogen (s. Abbildung 2).

Anschließend erfolgte eine Handrecherche bei *Google Scholar*, dem *HAW-Katalog* sowie verschiedenen Fachverbänden und Organisationen. Dadurch konnten zusätzlich zehn Treffer identifiziert werden, von denen sieben den definierten Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen (s. Abbildung 2).

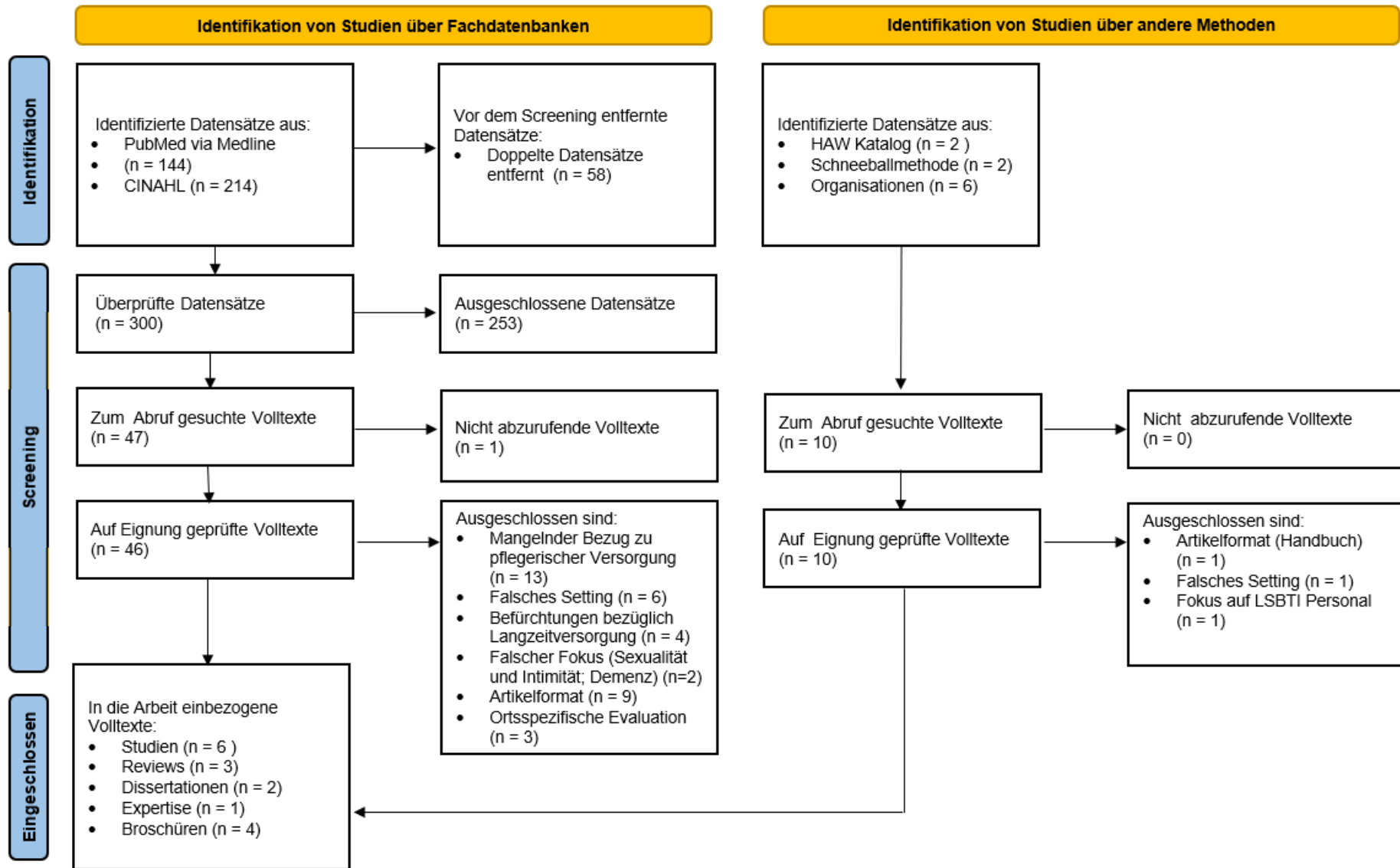


Abbildung 2 Flussdiagramm für die Studiensauswahl (eigene Darstellung nach PRISMA 2020 (Page et al., 2021))

5. Ergebnisse

Ergebnisse aus sechs Studien, drei Reviews, zwei Dissertationen, einer Expertise und vier Broschüren deutscher Fachverbände und Organisationen wurden in die Ergebnisanalyse einbezogen und können in Tabelle 2 eingesehen werden. Sieben der Arbeiten stammen aus Deutschland, vier aus den USA, drei aus dem Vereinigten Königreich, eine aus den Niederlanden und eine aus Brasilien. Alle Arbeiten wurden zwischen 2014 und 2021 veröffentlicht.

Die eingeschlossenen Primärstudien und Erhebungen aus Dissertationen wurden mit Mitarbeitenden aus Pflegeeinrichtungen, Führungskräften und LSBTI Personen durchgeführt. Die LSBTI umfassen ein Altersspektrum von 33 bis 88, da neben in Pflegeeinrichtungen Lebenden auch noch nicht pflegebedürftige Interessensvertreter:innen eingeschlossen wurden. Zielgruppe der Broschüren und der Expertise sind Politik, Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen, sowie Pflegekräfte und Auszubildene. In folgender Darstellung der Arbeiten wurde das jeweils verwendete Akronym für LSBTI Personen verwendet, da in den Studien die einzelnen Subgruppen des Sammelbegriffes unterschiedlich fokussiert wurden.

Tabelle 1 Übersicht der eingeschlossenen Arbeiten (eigene Darstellung)

Autor /Jahr/ Land	Studiendesign/ Methodik	Ziel der Studie	Studienpopulation Stichprobengröße	Ergebnisse
Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (BISS) (2019) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> • Index/Broschüre eines Facharbeitskreises • Arbeitstreffen und Fachtage (unter Einschluss verschiedener Fachgesellschaften und Expert:innen) über zwei Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Merkmalen einer Diversity-Pflege für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV im Alter • Beitragen zu einer qualitativ hochwertigen und am Subjekt orientierten Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe: professionell Pflegende in der ambulanten und stationären Altenpflege, Leitungen von Pflegeeinrichtungen und weitere Interessierte 	<ul style="list-style-type: none"> • Diversity Merkmalen einer guten Pflege: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anerkennung implementieren ○ Mitarbeitende schulen ○ Biografieorientiert pflegen ○ Sichtbarkeit herstellen ○ Gemeinschaft mit Gleichgesinnten fördern ○ Geschlechtsgewünschte Pflege ermöglichen ○ HIV-Medikation sicherstellen ○ Schutzräume schaffen • Nutzung des Diversity-Begriffes zur Stärkung einer subjektorientierten Pflege für alle, nicht nur für LSBTI*
Caceres et al. (2020) USA	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisches Review • Literaturrecherche durchgeführt auf den Datenbanken <i>CINAHL</i>, <i>LGBT Life</i>, <i>PubMed</i> und <i>PsycINFO</i> + Referenzsuche 	<ul style="list-style-type: none"> • Synthetisieren und Bewerten der Evidenz bezüglich LSBT Angelegenheiten in der Langzeitpflege aus der Perspektive von LSBT Individuen und Anbietern in den USA mit dem Ziel die spezifischen Bedürfnisse älterer LSBT Personen zu verstehen und Wissenslücken zu identifizieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschlossene Arbeiten n=19 (alle aus den USA) • Teilnehmende der Studien: Mitarbeitende, Individuen aus lokaler LSBT Community • LSBT Teilnehmende überwiegend unter 60, nur drei Studien fokussieren auf ältere Personen 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbieterperspektive <ul style="list-style-type: none"> ○ wenig Wissen und Training zu LSBT Gesundheitsthemen ○ negative Einstellung gegenüber älteren LSBT Personen ○ vorangegangene Erfahrungen mit LSBT Personen (Pflege oder privates Umfeld) können sich ebenso wie zusätzliches Training positiv auf die Akzeptanz auswirken • Perspektive von LSBT Individuen <ul style="list-style-type: none"> ○ Befürchtungen bzgl. der Planung von Langzeitpflege ○ Angst vor Diskriminierung durch Personal und andere Bewohner:innen
Da Silva Junior et al. (2021) Brasilien	<ul style="list-style-type: none"> • Scoping Review • Literaturrecherche via <i>Virtual Health Library</i>, <i>PubMed</i>, <i>Scopus</i> und 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreiben und Analysieren der wissenschaftlichen Literatur zur Gesundheitsfürsorge für in 	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschlossene Arbeiten n = 19 (USA n=9, UK n=5, Kanada n=4, Spanien n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeheime als wenig inklusive Orte, in denen durch die herrschende Cis-Heteronormativität Bedürfnisse von

	<p><i>Web of Science + Referenzsuche</i></p>	<p>Pflegeheimen lebende Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transvestiten, Transsexuelle, Intersexuelle (LSBTI+) und andere Varianten von Geschlecht und sexueller Orientierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende der Studien: ältere LSBTI+ Personen, Pflegeheimmitarbeitende (inkl. Management), Personen aus lokaler LSBTI+ Community, Menschenrechtsaktive 	<p>LSBTI+ nicht ausreichend berücksichtigt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • antizipatorischer Stress bezüglich eines Outings, aufgrund befürchteter Vorurteile und unzureichender Pflege • Erfordernis professionelles Training für würdevolle und inklusive Unterstützung älterer LSBTI+ Personen
<p>Donaldson (2014) USA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dissertation • Enthält eine qualitative Studie anhand der Grounded Theory • Datengewinnung anhand von vier 45-60-minütige Fokusgruppen-Diskussionen in drei Pflegeheimen • quantitativen Eingangsbefragung zu demografischen Daten und Selbsteinschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erheben der Positionen von Mitarbeitenden in Pflegeheimen bezüglich ihres Wissensstandes, Einstellungen und Fähigkeiten in der Arbeit mit LSBT Bewohner:innen • Identifizierung von Gebieten, in denen Trainingsbedarf besteht • Entwickeln eines Rahmens zum Verständnis von LSBT Kultursensibilität unter Mitarbeitenden und Anbietenden der Langzeitpflege 	<ul style="list-style-type: none"> • N=22 • Angestellte verschiedener Fachdisziplinen • Alter: 22-72 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von Sensitivität gegenüber LSBT Bewohner:innen als Kernkategorie • Einfluss von Kompetenz, Bewusstsein, Wissen, Erfahrung mit LSBT, Einstellung gegenüber LSBT und Trainingsbedarf auf die Sensitivität gegenüber LSBT • Bedarf an Training, das konkrete Verhaltensschritte auf individueller und institutioneller Ebene liefert • Abbau von hetero- und cisnormativen Einstellungen und Praktiken, Schaffen von Bewusstsein, Wissen (z.B. inklusiver Sprache) und Strukturen zur Förderung einer kultursensiblen Versorgung aller Bewohner:innen, nicht nur LSBT
<p>Fasullo et al. (2021) USA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integratives Review • Literaturrecherche via <i>PubMed, CINAHL, Scopus</i>, und <i>LGBT Life</i> unter Einschluss von zwischen 2000 und 2019 veröffentlichten Arbeiten + ergänzende Handrecherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Synthetisieren von Literatur über ältere LSBTQ Personen in Einrichtungen der (institutionalisierten) Langzeitpflege und Bereitstellen von Empfehlungen für die Entwicklung von Best Practice Richtlinien zur Information von Praxis, Forschung und Politik 	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschlossene Arbeiten n=20 (Nordamerika n=12, Europa n=6, Ozeanien n=2) • Teilnehmende der Studien: Ältere LSBTQ (≥65 Jahre), in Pflegeeinrichtungen lebende LSBTQ, Pflegeheimpersonal in direkter und nicht direkter Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • LSBTQ befürchten Diskriminierung, was zu einem Verstecken der eigenen Identität führen kann. Sie sehen einen erhöhten Trainingsbedarf beim Personal und betonen die Wichtigkeit von Communitynetzwerken • Mitarbeitende berichten von unterschiedlichen Erfahrungen bezüglich der LSBTQ Inklusion, allgemein bestehen Trainingsdefizite und ein Wunsch nach mehr Fortbildung • Best Practice Empfehlungen in verschiedenen Kategorien werden ausgesprochen

<p>Gerlach & Schupp (2016) Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung • Darstellung eines geschichtlichen Hintergrundes, Bezug zu themenbezogenen Forschungsarbeiten und Zusammenstellung von Good Practice Beispielen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen einer Übersicht zu Lebenslagen, Partizipation, sowie gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung älterer Lesben und Schwulen in Deutschland und Herausstellung weiterführender Forschungs- und Handlungsbedarfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Entfällt aufgrund des Artikelformates 	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit einer Sensibilisierung von Politik und Mitarbeitenden der Senior:innenhilfe, Gesundheitsversorgung und Altenpflege für die Lebenswelten und Bedarfe von Lesben und Schwulen • Homosexualitätsspezifische Wohnprojekte sind nicht für eine flächendeckende Versorgung geeignet, es bedarf integrativer Ansätze in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen, bspw. durch Zertifizierungen ausgezeichnet
<p>Gerlach & Schupp (2017) Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dissertation • enthält eine explorative qualitative Studie anhand der Grounded Theory mit problemzentrierten Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorlegen von empirischen Befunden als Grundlage eines theoretischen Diskurses und einer praktischen Auseinandersetzung mit dem Thema Homosexualitäten in der Altenpflege • Ziel der Theorieentwicklung und der Begegnung existierender Defizite in der Versorgung homosexueller Pflegebedürftiger 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt n=43 • Pflegebedürftige n=32 (8 Lesben, 24 Schwule, Alter 37 bis 88, in unterschiedlichen Wohn- und Pflegesettings) • Pflege- & Leitungskräfte n=11 (Alter 37-64) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung einer Theorie zur Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege inkl. Übertragung auf das Pflegesetting • Anerkennung auf drei Ebenen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Makroebene: gesellschaftspolitischer Verhältnisse -> rechtliche Gleichstellung und Schutz vor Diskriminierung ○ Mesoebene: Pflegeeinrichtungen -> LSBTI konzeptionell mitdenken, proaktiver Einbezug ○ Mikroebene: Interaktion zw. Pflegenden, Pflegebedürftigen & Zugehörigen -> Einbeziehen individueller Bedürfnislagen, Schaffen einer sicheren Atmosphäre
<p>Hafford-Letchfield et al. (2017/2018) UK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Projektevaluation mit qualitativer Methodik • Interventionsprogramm mit strukturierten Aktivitäten in sechs Pflegeheimen unter Einschluss von Management und 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung und Evaluation eines „Action Research“ Programmes namens „Care Home Challenge“ zur Implementierung von LSBT Inklusion in Einrichtungen der Langzeitpflege und zur Befähigung des Personals 	<ul style="list-style-type: none"> • 35 Interviews mit 18 Personen (Pflegeheimmanagement n= 6, Vorgesetzte n= 3, Trainer:innen n=1 und Freiwilligen aus der LSBT Community n=8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu Beginn beschreiben die Manager:innen ein geringes Bewusstsein der Mitarbeitenden und Bewohner:innen für die Erfahrungen und Unterstützungsbedarfe von LSBT Personen, die meisten hätten keine Erfahrung mit LSBT Bewohner:innen

	<p>Freiwilligen aus LSBT Community</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 Telefoninterviews vor und nach der Intervention plus zwei Fokusgruppen 	<p>eigene Lernbedarfe zu erkennen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schließen der Lücke von theoretischen Handlungsempfehlungen und praktischer Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokusgruppen (nationale LSBT Beratungsgruppe; Management und Freiwillige) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenz für den Zuwachs an Bewusstsein und Änderung der Einstellung von Manager:innen und Personal durch die Intervention
<p>Hardacker et al. (2014) USA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mixed-Methods Studie • Durchführung von Trainingseinheiten (6x1h) in 23 Einrichtungen inkl. Pre- und Post-Test und Evaluation der Teilnehmenden für jede Trainingseinheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Schulungsprogrammes für Pflegekräfte zur kultursensiblen Behandlung von älteren LSBT Personen: „Health Education about LGBT Elders“ (HEALE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende n=848 • Pflegekräfte und Personal der direkten Gesundheitsversorgung (aus Akademien, Krankenhäuser & Pflegeheimen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation der Effektivität des Programmes • signifikanter Wissenszuwachs in allen Modulen und in allen Einrichtungen • anekdotische Evidenz für eine positive Änderung der Einstellung und verbessertes Verständnis und Empathie für LSBT Patient:innen
<p>Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) (2018) Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden/Broschüre als Teil des Landesaktionsplanes „Rheinland-Pfalz unterm Regenbogen“ • Informationen über allgemeine Begrifflichkeiten und geschichtlichen Hintergrund sowie Anregungen für die Versorgungspraxis 	<ul style="list-style-type: none"> • Leisten eines Beitrages zum Abbau von Unsicherheiten und einer Sensibilisierung für die Versorgung von LSBTI Personen in Einrichtungen des Gesundheitswesens • Diesbezügliche Information von Pflegeschüler:innen und Lehrkräften in Kranken- und Altenpflegeschulen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entfällt aufgrund des Artikelformates 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Bewusstsein für die Vielfalt menschlicher Existenz ist nötig, um eine Beziehung zu pflegebedürftigen Menschen aufzubauen und eine gute Pflege zu gewährleisten • Sexuelle und geschlechtliche Identität und damit einhergehende Lebensrealitäten sind elementar für die elementare Gesundheit und im Pflegeprozess zu berücksichtigen. Dies bedarf Reflexion und Empathie, Biografiearbeit, Einbezug von „Wahlfamilien“ und gendersensible Sprache
<p>Leyerzapf et al. (2018) Niederlande</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Studie • Durchführung von 16 semi-strukturierten (Gruppen-)Interviews, 100h Beobachtung und fünf Fokusgruppen + interpretative Analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassen von Erfahrungen und Bedürfnissen älterer LSBT Personen bezüglich ihrer Inklusion und Partizipation in Pflegeeinrichtungen -> Mitwirken an der Entwicklung von inklusiver und 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt n=64 (18 in den Interviews, 46 in den Fokusgruppen) • In allen Interessensgruppen LSBT und heterosexuell 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von vier Themengebieten • Organisation von „gay-friendly care“ • Sozialer Ausschluss, (Un-)Sichtbarkeit und Unterschiede • Sicherheit, sich zuhause fühlen und man selbst sein

	<ul style="list-style-type: none"> In drei Pflegeheimen (engagiert im Aufbau einer „gay-friendly care“) 	<p>bedarfsgerechter Pflege, die zu einer strukturellen Verbesserung von Sichtbarkeit, Stimme und Wohlbefinden von LSBT Personen im Pflegekontext beiträgt</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ältere Erwachsene n=30 (55+; Bewohner:in oder regelmäßiger Besuch) Professionelle Pflegende und Management n=21 Kundenratsmitglieder n=3 	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen im Austausch zwischen älteren LSBT und heterosexuellen Personen
Lottmann und Kollak (2018) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> Qualitative Studie im Rahmen des Forschungsprojekts „Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Selbstbestimmung im Alter“ (GLESA) 26 problemzentrierte Interviews mit Bewohner:innen und Mitarbeitenden des Wohn- und Pflegeprojektes „Lebensort Vielfalt“ in Berlin (LoV) + qualitative Inhaltsanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> Darstellung von Aspekten einer guten Pflege aus der Sicht schwuler und lesbischer Bewohner:innen eines Berliner Pflegeprojektes Diskussion der Übertragbarkeit von Charakteristika des Pflegeprojektes auf die allgemeine pflegerische Versorgung Diskussion der Übertragbarkeit des Konzeptes der kultursensiblen Pflege auf LSBT*I 	<ul style="list-style-type: none"> Gesamt n=26 Bewohner:innen n=15 (13 davon aus dem Mehrgenerationenhaus: 33-76 Jahre, schwul, lesbisch und heterosexuell; 2 Pflegebedürftige aus der „Pflege-WG“: 65-73 Jahre, schwul) Mitarbeitende aus der Gesundheits- und Sozialversorgung n=11 (43-58 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> Identifikation von zehn Kernkategorien für eine „(Gute) Pflege von LSBT*I Senior*innen“ Herausstellen von Gemeinsamkeiten älterer Bewohner:innen unabhängig sexueller Identität Berücksichtigung von „Wahlfamilien“ Wunsch nach Enttabuisierung von Sexualität im Alter und einem Aufbrechen des negativen mit Verlust assoziierten Altersbildes Empfehlung von Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen Wohn- und Pflegeprojekte wie das LoV können Ideen liefern, gewähren jedoch keine flächendeckende Versorgung
Simpson et al. (2018) UK	<ul style="list-style-type: none"> Nicht randomisierte quantitative Studie Fragenbogenerhebung; online gestellt auf einer nationalen Website für Pflegeanbieter und Besuch von sieben Pflegeeinrichtungen zum Einschluss von Mitarbeitenden der direkten Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> Erfassen von Einstellung, Wissen und Praktiken bezüglich LSBT Bewohner:innen in Pflegeheimen 	<ul style="list-style-type: none"> n=187 (online n=89, vor Ort n=98) Angestellte direkter und nicht direkter Versorgung (Pflege, Management, Andere) 	<ul style="list-style-type: none"> eine positive Haltung gegenüber LSBT Bewohner:innen stimmt nicht mit der Fähigkeit überein, entsprechende Individuen wahrzunehmen, sowie über Wissen zu LSBT spezifischen Problemen und Rechtslagen zu verfügen einheitliche Pflege, basierend auf der Annahme von heterosexueller Vergangenheit und Cis-Geschlechtlichkeit -> Gefahr von Ungleichheit und Unsichtbarkeit Empfehlung von institutionellen Maßnahmen und LSBT spezifische Fortbildungen

Schwulenberatung Berlin (2018) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> • Broschüre zum Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® (gefördert vom BMFSFJ) • Diversity-Check als Bewertungsgrundlage für die Begutachtung 	<ul style="list-style-type: none"> • Auszeichnung von Pflegeeinrichtungen, die in struktureller, organisationspolitischer und personeller Hinsicht Voraussetzungen zur Inklusion sexueller und geschlechtlicher Minderheiten schaffen 	<p>Zielgruppe des Qualitätssiegels:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Pflegeeinrichtungen • Ambulante Pflegedienste und Tagespflege • Hospize • Krankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Diversity Check dient der Sensibilisierung der Einrichtung für LSBTI* und der Stärkung des Pflegepersonals im Umgang mit LSBTI* • Er umfasst die 5 Bereiche Unternehmenspolitik & Kommunikation, Personalmanagement, Transparenz & Sicherheit, Pflege & Gesundheit, Wohn- und Lebenswelten
Schwulenberatung Berlin (2020) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> • Praxisleitfaden/ Broschüre • Basierend auf den Erfahrungen des dreijährigen Modellprojekts „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für die Bedarfe von LSBTI* und Bestärken von Fachkräften im Umgang mit Vielfalt • Information über praxiserprobte Strategien zur Einführung, Umsetzung und Aufrechterhaltung diversitätssensibler bzw. LSBTI*-kultursensibler Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe: ambulante und stationäre Pflegedienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Benennung von sechs Aktionsfelder inkl. Checklisten zur praktischen Umsetzung diversitätssensibler Pflege: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation: Vielfalt durch Schrift, Wort und Bild darstellen ○ Haltung und Wissen vermitteln ○ Sicherheit für Mitarbeitende: Antidiskriminierungsmanagement ○ HIV: Positiv und gut gepflegt ○ Demenz und LSBTI* ○ Wohn- und Lebenswelten
Willis et al. (2016) Wales	<ul style="list-style-type: none"> • Mixed-Methods Studie • Datensammlung in zwei Kohorten -> selbst auszufüllende Fragebögen und 5 Fokusgruppen mit Pflegeheimpersonal und 29 semi-strukturierte Interviews mit LGB Personen aus der Community allgemein 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich der Erwartungen von älteren LGB Personen an spätere Pflegeheime und den Perspektiven der Pflegekräfte und des Managements dieser Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamt n=70 • Pflegeheimpersonal: Pflegekräfte n=14 Management n=27 • In Wales lebende ältere LGB Personen (50-76 Jahre) n=29 	<ul style="list-style-type: none"> • viele ältere LGB Personen befürchten in Pflegeheimen Diskriminierung zu erfahren und mit heterosexuellen Normen und Vorannahmen konfrontiert zu werden • Auf der Anbieterseite herrscht ein Diskurs über die Gleichsetzung von „equality“ und „sameness“ • Empfehlung einer Einbindung der sexuellen Biografie aller Bewohner:innen und regelmäßigen Trainings aller Mitarbeitenden • Diskriminierung durch andere Bewohner:innen sind durch das Personal zu begegnen

5.1 Einrichtungsbezogene Maßnahmen

Es gibt LSBTI spezifische und integrative Ansätze der Langzeitversorgung. Viele LSBTI bevorzugen aus Angst vor Diskriminierung und einer unzureichenden Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse spezialisierte Pflegeeinrichtungen (Fasullo et al., 2021; Gerlach & Schupp, 2016; Willis et al., 2016). Diese sind jedoch nicht geeignet um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen (Gerlach & Schupp, 2016; Lottmann & Kollak, 2018), können Segregation fördern (Simpson et al., 2018) und widersprechen für viele LSBTI dem Wunsch gesellschaftlicher Integration (Gerlach & Schupp, 2016; Simpson et al., 2018). Daher bedarf es einer allgemeinen Sensibilisierung für die Lebenswelten und Bedarfe von LSBTI Personen sowie integrativer Ansätze in Einrichtungen der Regelversorgung (Lottmann & Kollak, 2018). Spezialisierte Einrichtungen wie der „Lebensort Vielfalt“ in Berlin (LoV) können dabei Anhaltspunkte für eine diversitätssensible Versorgung bieten (ebd.). In Deutschland gibt es zunehmend Handlungsempfehlungen und Leitfäden für LSBTI Sensibilität in Altenpflegeeinrichtungen (BISS, 2019; LZG, 2018; Schwulenberatung Berlin, 2020). Auch kann die aktive Berücksichtigung von LSBTI Bewohner:innen durch Zertifizierungen wie das „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®“ (Schwulenberatung Berlin, 2018) kenntlich gemacht werden (Gerlach & Schupp, 2016; Lottmann & Kollak, 2018). Damit sich LSBTI in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen eingeschlossen fühlen, muss eine inklusive Kultur auf institutioneller Ebene etabliert und Heteronormativität entgegengewirkt werden (Da Silva Junior et al., 2021; Fasullo et al., 2021; Gerlach & Schupp, 2017; Simpson et al., 2018). Erst dieser Rahmen ermöglicht eine sensible Pflege auf individueller Ebene und verhindert das Übertragen der Verantwortung auf einzelne (selbst homosexuelle) Pflegekräfte (Lottmann & Kollak, 2018; Simpson et al., 2018). Simpson et al. (2018) zeigen jedoch, dass Praktiken zur Inklusion auf dieser Ebene rar sind. Von den 187 befragten Mitarbeitenden britischer Pflegeeinrichtungen gab die Mehrheit eine positive Einstellung gegenüber LSBTI Personen an und beschrieben ihre Einrichtung als einladend (Simpson et al., 2018). Konkrete Maßnahmen seitens der Einrichtungen konnten jedoch selten benannt werden (ebd.). Auch wurde die Notwendigkeit dieser häufig mit dem Verweis darauf abgelehnt, dass alle Bewohner:innen gleichbehandelt werden würden oder nur wenige bis keine LSBTI in ihren Einrichtungen leben würden (ebd.). Leyerzapf et al.

(2018) zeigen, dass viele Mitarbeitende niederländischer Pflegeeinrichtungen, teils selbst LSBTI, kein Bewusstsein für die Isolation und Marginalisierung älterer pflegebedürftiger LSBTI haben. Dabei berufen sie sich auf eine tolerante und progressive gesellschaftliche Haltung in ihrem Land (Leyerzopf et al., 2018). Befragte LSBTI berichteten das Gefühl ihre sexuelle Orientierung aus Angst vor sozialer Exklusion und Stigmatisierung durch andere Bewohner:innen oder Personal verstecken zu müssen. Sie berichteten von beleidigenden Äußerungen und befremdeten Blicken anderer Bewohner:innen, sowie Stereotypen, stigmatisierendem Humor und einem „Vergessen“ in der Versorgung seitens des Personals. LSBTI bleiben unsichtbar oder werden in ihrem Auftreten und Verhalten als fremd wahrgenommen. Um diesem entgegenzuwirken ist eine strukturelle Integration sexueller Diversität nötig (Leyerzopf et al., 2018).

Die Einrichtungsleitungen nehmen eine bedeutende Rolle im Schaffen einer inklusiven und sicheren Pflegeumgebung ein. Sie können die gewünschte Kultur vorleben und Maßnahmen zur Öffnung der Einrichtung ergreifen (Hafford-Letchfield et al., 2018; Schwulenberatung Berlin, 2020; Willis et al., 2016). Auch können sie Personal zur Rechenschaft ziehen, wenn es entgegen der Haltung der Einrichtung handelt und professionelle Pflichten versäumt (Fasullo et al., 2021).

Die eingeschlossenen Arbeiten empfehlen zur konzeptionellen Gleichstellung eine Überarbeitung von hausinternen Formularen, Richtlinien und Leitbildern (BISS, 2019; Fasullo et al., 2021; Schwulenberatung Berlin, 2020; Willis et al., 2016). Die Integration geschlechtlicher und sexueller Vielfalt in Leitbilder vermittelt Besucher:innen, neuen Bewohner:innen und Mitarbeitenden die Werte der Organisation. Dadurch ist eine bewusste Entscheidung für oder gegen die Einrichtung möglich (BISS, 2019; Schwulenberatung Berlin, 2020; Willis et al., 2016). Das Antidiskriminierungsmanagement sollte LSBTI Rechte einbeziehen und eine für LSBTI Belange sensibilisierte Vertrauensperson zur Verfügung stellen (Fasullo et al., 2021; Leyerzopf et al., 2018). Prozessbeschreibungen können dem Personal helfen, mit Diskriminierung und Konflikten unter Bewohner:innen umzugehen (Schwulenberatung Berlin, 2020). Alle schriftlichen Unterlagen sollten im Hinblick auf eine inklusive, genderneutrale Sprache überprüft werden (Donaldson, 2014; Fasullo et al., 2021; Schwulenberatung Berlin, 2020). Aufnahme- und Biografiebögen sollten die Geschlechterfassung auslassen oder eine dritte Option ermöglichen (Schwulenberatung Berlin, 2020). Fragen sollten offen

formuliert werden und keine Heterosexualität antizipieren. Kontaktpersonen sind unabhängig vom Beziehungsstatus zu erfassen (Fasullo et al., 2021; Schwulenberatung Berlin, 2020). Biologische und Wahlfamilien, sowie verheiratete und unverheiratete Partner:innen sind in Besuchs- und Auskunftsregelungen gleichzustellen. Gleichgeschlechtliche Partner:innen sollten sich ein Zimmer teilen dürfen (Fasullo et al., 2021).

Willis et al. (2016) und Lottmann und Kollak (2018) diskutieren die Stellung homosexuellen Personals. Während die homosexuelle Identität von Mitarbeitenden im Team oft bekannt ist, wird sie nur selten mit Bewohner:innen geteilt. In einem Fall wurde die Verlobung eines Mitarbeitenden mit seinem Partner offen thematisiert. Dies wurde im Team und unter Bewohner:innen wertgeschätzt, zeigte jedoch auch Spannungen zwischen Bewohner:innen mit unterschiedlichen Einstellungen gegenüber sexueller Diversität auf (Willis et al., 2016). Im LoV ist es einem Teil der Bewohner:innen und vor allem den Mitarbeitenden wichtig, dass sich ein Teil des Betreuungs- und Pflegepersonals selbst als LSBTI definiert. Dies wird mit Kenntnissen über die Lebenswelten von LSBTI und einem erlebten Vertrauensvorschuss seitens der homosexuellen Betreuten begründet (Lottmann & Kollak, 2018). LSBTI-Personal wird als Ressource betrachtet (ebd.). Primär wird jedoch empfohlen das gesamte Personal durch Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen für die Lebenswelten und Bedarfe der LSBTI-Pflegebedürftigen zu sensibilisieren. Dadurch wird eine Reduktion der Verantwortung auf einzelne entgegengewirkt und der Betrieb selbst zum Handeln aufgefordert (ebd.).

Um Isolation entgegenzuwirken und individuelle Interessen zu berücksichtigen, sollten LSBTI spezifische Beschäftigungsangebote und Möglichkeiten zur Sozialisierung geboten werden (BISS, 2019; Fasullo et al., 2021; Gerlach & Schupp, 2017; Leyerzopf et al., 2018). Leyerzopf et al. (2018) berichten von drei niederländischen Pflegeheimen, die aktiv an einer LSBTI freundlichen Pflege arbeiten. Sie zeigen die Vor- und Nachteile von LSBTI-exklusiven und heterogenen Aktivitäten für LSBTI und heterosexuelle Bewohner:innen auf (Leyerzopf et al., 2018). Exklusive Angebote können die persönliche Entwicklung und soziale Bindungen stärken und Schutzräume bieten. Andererseits lassen sie ausschließende Praktiken und eine dominante Heteronormativität weitestgehend unangetastet, können soziale Segregation fördern und die Verantwortung für

Integration zur alleinigen Verantwortung von LSBTI Personen selbst machen (ebd.). Heterogene Aktivitäten können die Begegnung und den Austausch fördern und zum Abbau von Stereotypen beitragen (ebd.). Ein Austausch fördert zudem das Erkennen gemeinsamer Interessen, das die sexuelle Identität weniger wichtig erscheinen lässt (Lottmann & Kollak, 2018). Ein Pflegeheim berichtet von einem Fest für Bewohner:innen, Zugehörige und Mitarbeitende, auf dem über sexuelle Diversität informiert wurde. Dieses sollte Bewusstsein für LSBTI Belange schaffen (Leyerzopf et al., 2018). Solche Angebote werden kontrovers betrachtet. Viele LSBTI und Verbündete heterosexuelle Mitarbeitende sind der Meinung, dass Homosexualität nicht zu explizit dargestellt werden sollte, da es die Unterschiedlichkeit betont. Auch kann es gegebenenfalls unangenehm für nicht geoutete Bewohner:innen und Besucher:innen sein (ebd.).

Abseits von internen Aktivitäten sollten LSBTI Bewohner:innen darin unterstützt werden, Anschlüsse an frühere Lebensweisen und Gewohnheiten zu schaffen. Wurde beispielsweise die Kultur innerhalb der LSBTI Community gelebt, sollte dies durch eine Vernetzung des Pflegeheims mit LSBTI Einrichtungen weiterhin ermöglicht werden (BISS, 2019; Fasullo et al., 2021; Gerlach & Schupp, 2017). Zudem kann eine Willkommenskultur durch die Einrichtungsgestaltung sichtbar gemacht werden, beispielsweise indem eine Regenbogenflagge aufgehängt oder ein diverses Buch-, Zeitschrift- und Filmmaterial angeboten wird (Fasullo et al., 2021; Schwulenberatung Berlin, 2020; Willis et al., 2016).

5.2 Qualifikation Pflegender

Sowohl Mitglieder aus der LSBTI Community als auch Anbietende von Langzeitpflege sehen Wissen und Training in LSBTI Belangen als zentrale Elemente zur Gewährleistung einer würdevollen und inklusiven Versorgung an (Caceres et al., 2020; Da Silva Junior et al., 2021; Fasullo et al., 2021). Viele Gesundheitsdienstleistende sind jedoch nicht mit LSBTI spezifischen Gesundheitsproblemen und Behandlungen vertraut (Da Silva Junior et al., 2021). Neben dem Widerstreben von Bewohner:innen ihre Identität zu offenbaren, nennen Anbietende von Langzeitpflege fehlendes Training als Hauptbarriere in der pflegerischen Versorgung (Caceres et al., 2020). Caceres et al. zeigen anhand ihres Reviews, dass weniger als 1/3 der Mitarbeitenden in der Langzeitversorgung Training zu LSBTI Themen erhalten (2020). Im Bereich der kulturellen Kompetenz

ist Homophobie das am wenigstens behandelte Thema (Caceres et al., 2020). Mitarbeitende mit Collegeabschluss oder erst kürzlich abgeschlossener Ausbildung haben mit höherer Wahrscheinlichkeit Training in LSBTI Angelegenheiten erhalten (Caceres et al., 2020). Alle drei Reviews empfehlen eine flächendeckende Implementierung von Schulungsmaßnahmen. Dadurch soll die Akzeptanz gegenüber LSBTI gesteigert und für die Wahrnehmung von Bedürfnissen sensibilisiert werden (Caceres et al., 2020; Da Silva Junior et al., 2021; Fasullo et al., 2021). Alle Mitarbeitenden in der direkten Versorgung sollten ebenso wie Führungskräfte Fortbildungen zu LSBTI Themen und interpersoneller Kommunikation erhalten (Fasullo et al., 2021; Willis et al., 2016). Auch in der Ausbildung von Pflegekräften sollte der Themenbereich LSBTI integriert werden (LZG, 2018). Empfohlen werden Trainingsprogramme, die einen Austausch mit LSBTI Personen, persönliche Geschichten und praktische Übungen integrieren. Im Vergleich zu Onlineprogrammen können diese neben einer theoretischen Wissensvermittlung Fähigkeiten fördern und die Einstellung von Pflegekräften gegenüber LSBTI verbessern (Fasullo et al., 2021). Das Einbinden von Narrativen kann einen Dialog über ausschließende Praktiken eröffnen, die Reflektion von „normal“ und „anders“ fördern und helfen gemeinsame Normen und Werte zu erkennen (Leyerzopf et al., 2018).

Donaldson (2014) spezifiziert den allgemein benannten Fortbildungsbedarf und identifiziert konkrete Gebiete, die Mitarbeitende aufgrund von fehlendem Wissen, Erfahrung oder Verständnis vertieft behandeln möchten. Die Studienteilnehmer:innen wünschen sich die Erfahrungen von LSBT Personen verstehen zu können (Donaldson, 2014). Auch möchten sie lernen LSBT spezifische Bedürfnisse zu verstehen, Interventionen im Bereich der Lebensaktivitäten zu individualisieren, Interessen und Aktivitäten in das Programm der Einrichtung zu integrieren und das Selbstbewusstsein der Bewohner:innen zu stärken (ebd.). Ein besonderer Bedarf besteht in Informationen über Bedürfnisse bisexueller und trans* Bewohner:innen. Die Mitarbeitenden möchten beispielweise eine inklusive und sensible Sprache gegenüber trans* Personen erlernen (ebd.). Die Schulungen selbst sollen sich auf die Bedürfnisse und Perspektiven von LSBT Bewohner:innen fokussieren, insbesondere persönliche Erfahrungen von älteren LSBT Personen sind gewünscht. Auch sollen praktische Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung vermittelt werden. Die Mitarbeitenden bevorzugen

Schulungen in größeren Gruppen mit anschließender Möglichkeit privat Fragen zu stellen. Auch Zeit für Selbstreflektion sollte eingeplant werden (ebd.).

Zwei Studien stellen konkrete Schulungsprogramme vor (Hafford-Letchfield et al., 2018; Hardacker et al., 2014). Hardacker et al. (2014) entwickelten das Schulungsprogramm HEALE („Health Education about LGBT Elders“) und unterzogen es einer praktischen Prüfung an 848 Teilnehmenden in den USA. Ihr Programm richtet sich an Pflegekräfte und anderes Personal der direkten Gesundheitsversorgung und wird in interprofessionellen Gruppen durchgeführt. Es beinhaltet sechs einstündige Module. Das erste Modul führt in die Gruppe der älteren LSBT Personen ein und erklärt allgemeine Begrifflichkeiten. Danach folgen Informationen zu Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung und Ungleichheiten im Gesundheitsstatus. Weitere Themenblöcke sind die Sexualität älterer LSBT-Personen, rechtliche Angelegenheiten und die Einführung in die Transgender Community. Das letzte Modul fokussiert das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) im Kontext des Alterns. Während der live durchgeführten Stunden können Fragen gestellt werden, im Anschluss auch unter vier Augen mit der dozierenden Person (Hardacker et al., 2014). Ein Vergleich der Pre- und Post-Test-Scores zeigte einen signifikanten Wissenszuwachs in allen sechs Modulen. Bei Teilnehmenden in Pflegeeinrichtungen waren Pre-Test-Score und Wissenszuwachs geringer als in Krankenhäusern und Akademien. Die Autor:innen der Studie nennen eine Sprachbarriere als möglichen Einflussfaktor (ebd.). Zudem konnte das Selbstbewusstsein Pflegender gestärkt werden, LSBT Personen sensibel zu pflegen. Rückmeldungen Teilnehmender deuten zudem auf eine positive Änderung der Einstellung und verbessertes Verständnis und Empathie für LSBT Patient:innen hin (ebd.). Teilnehmende, die das Programm abschlossen, bewerteten es überwiegend sehr gut. Allerdings gab es teils hohe Verweigerungs- und Abbruchquoten. Dies betraf Personen, die von ihren Kolleg:innen als sich unwohl im Umgang mit LSBT Personen fühlend eingeschätzt wurden und von sich behaupteten, bereits alle Patient:innen gleich zu behandeln (ebd.). Im Vergleich zu den Schulungen in Krankenhäusern und Akademien wurden in Pflegeheimen die meisten Einwände und Fragen bezüglich religiöser Aspekte eingebracht (ebd.). Hafford und Letchfield (2018) beschreiben und evaluieren die „Care Home Challenge“, ein Programm zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Inklusion von LSBT Bewohner:innen und ihren Zugehörigen in Pflegeheimen. Die

Intervention wurde über vier Monate in sechs Pflegeheimen in England durchgeführt. Dabei arbeiteten Freiwillige aus der lokalen LSBT Community mit Management und Mitarbeitenden zusammen. Die durchgeführten Aktivitäten wurden anhand folgender sieben Aktionsfelder durchgeführt: Richtlinien und Verfahren, Beratung, Risikomanagement, Unterstützung am Lebensende, kulturelle Sicherheit, transgenderspezifische Fragen und Personalentwicklung (Hafford-Letchfield et al., 2018). Zu Beginn der Projektlaufzeit beschrieben die Manager:innen ein geringes Bewusstsein der Mitarbeitenden und Bewohner:innen für die Erfahrungen und Unterstützungsbedarfe von LSBT Personen. Die meisten hätten keine Erfahrung mit LSBT Bewohner:innen. Der kulturelle Hintergrund (Tabuisierung des Themas LSBT in manchen Ländern) und religiöse Ansichten verschiedener Mitarbeitenden stellten Herausforderungen im Projektverlauf dar. Die Berufung auf die personenzentrierte Pflege in der Einrichtung und eine Gleichbehandlung aller könne zum Ausblenden von unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen führen. Insgesamt lieferte die Evaluation Evidenz für einen Zuwachs an Bewusstsein und eine Änderung der Einstellung von Manager:innen und Personal durch die Intervention (Hafford-Letchfield et al., 2018). Für eine langfristige Verbesserung und Teamentwicklung bedarf es einer aktiven Teilnahme der Führungsebene. Auch die Möglichkeit zum Austausch und Beziehungsaufbau mit Interessensvertreter:innen aus der LSBT Community ist von Bedeutung. Die Mitarbeitenden müssen unterstützt und motiviert werden um nachhaltig Fähigkeiten, Wissen und eine Bereitschaft zur Selbstreflexion entwickeln zu können (ebd.).

5.3 Interaktion auf Bewohner:innenebene

Die Interaktion zwischen LSBTI, Pflegenden, Mitbewohner:innen und Zugehörigen steht in Wechselwirkung mit den institutionell geschaffenen Rahmenbedingungen (Gerlach & Schupp, 2017). Den Pflegenden kommt in der Anerkennung von Bewohner:innen inkl. ihrer sexuellen und geschlechtlichen Identität eine besondere Bedeutung zu. Ihre berufliche Aufgabe ist es, Pflege, Betreuung sowie einhergehende Interaktion professionell und am Subjekt orientiert zu gestalten. Dabei sind potenzielle LSBTI spezifische Lebens- und Bedürfnislagen zu berücksichtigen (ebd.). Eine anerkennende Haltung zeigt sich in emotional und sozial zugewandter Interaktion, einer fürsorglichen Pflege, sozialer Integration, Respekt von Autonomie und physischer Integrität (ebd.). Das Schaffen einer

sicheren und vertrauensvollen Atmosphäre bietet den Pflegebedürftigen die Möglichkeit sich zu outen oder ihre gewohnte Umgangsweise im Umgang mit ihrer Homosexualität weitestgehend angstfrei im Pflegesetting fortzuführen. Dabei ist eine geschlossene Lebensweise genauso anzuerkennen, wie eine offen oder teiloffen gelebte Homosexualität und im Pflegesetting zu schützen (ebd.). Auf diese Weise kann einem antizipatorischen Stress bezüglich eines Outings und gegebenenfalls negativer Auswirkungen begegnet werden (Caceres et al., 2020; Da Silva Junior et al., 2021). Die Interaktion zwischen Bewohner:innen und Pflegekräften wird durch das Wissen, die Vermutung oder das Nichtwissen um die Identifikation als LSBTI beeinflusst (Gerlach & Schupp, 2017).

Neben einem fehlenden Outing und unzureichender Fortbildung benennen Caceres et al. (2020) das persönliche Wohlbefinden und die Haltung des Personals als Barriere einer LSBTI sensiblen Versorgung.

Mehrere Studien benennen einen Konflikt über die Bedeutung einer LSBTI-sensiblen Versorgung (Donaldson, 2014; Leyerzopf et al., 2018; Simpson et al., 2018; Willis et al., 2016). Laut Donaldson (2014) bedeutet dies für 41% der Befragten alle Bewohner:innen gleich zu behandeln. Sie befürchten andere Bewohner:innen durch eine spezialisierte Pflege für LSBTI auszuschließen oder eine „Favorisierung“ zu zeigen. Alle würden die gleiche Pflegequalität verdienen. Dabei werden jedoch Umstände übersehen, die ebendies verhindern können (Donaldson, 2014). Andere Befragte erachten eine personenzentrierte Pflege mit einer Sensitivität für individuelle Bedürfnisse als sinnvoll. Dadurch können Unterschiede wahrgenommen, Diversität anerkannt und der Beziehungsaufbau gefördert werden (ebd.).

Während die meisten Befragten generell positiv gegenüber LSBTI eingestellt sind, gibt es auch Angestellte, die Homosexualität als moralisch falsch betrachten und es ablehnen über LSBTI Belange zu reden (Simpson et al., 2018). Negative Haltungen sind unter männlichen und über 60-jährigen Teilnehmenden häufiger (ebd.). Insbesondere religiöse Bedenken können die Haltung Pflegenden negativ beeinflussen (Hardacker et al., 2014). Persönliche Wert- und Moralvorstellungen sollten jedoch zugunsten einer professionellen Haltung und bestmöglichen Gesundheitsversorgung ausgeblendet werden (ebd.).

Auch stimmt eine positive Haltung nicht mit der Fähigkeit überein, LSBTI und ihre sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse wahrzunehmen (Simpson et al., 2018).

Bedeutend für die Qualität der Pflege von LSBTI ist laut Donaldson (2014) insbesondere der Grad der Sensitivität des Personals gegenüber sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten. Diese spiegelt sich beispielsweise in Kommunikation und Sprache. Einige der von Donaldson (2014) befragten Mitarbeitenden benutzen inklusive Sprache und definieren sie als die Nutzung offener Fragen (z.B. „Wen können wir bei Bedarf kontaktieren?“, „Leben sie in einer Beziehung?“) und nicht-heteronormativer Sprache (z.B. Besuch statt Ehefrau/-mann). Auch die Schwulenberatung Berlin (2018, 2020) empfiehlt offene Fragen und ergänzt, nicht aufgrund äußerlicher Merkmale oder des Namens auf die Geschlechtsidentität und präferierte Pronomen zu schließen. Sie empfehlen die Frage nach Pronomen und eine genderneutrale Sprache. Dies ist durch neutrale Begrifflichkeiten (z.B. Beziehung) oder Sprachpausen (z.B. „Partner [Pause] in“) möglich (Schwulenberatung Berlin, 2018, 2020). In Bezug auf die Bezeichnung der eigenen Identität und Partnerschaften sollten die von Bewohner:innen präferierten Begrifflichkeiten verwendet werden (Schwulenberatung Berlin, 2020; Willis et al., 2016). Werden hetero- und cisnormative Standardfragen nicht angepasst, können wichtige Informationen versäumt werden. Dies betrifft z.B. Hinweise auf (nicht-familiäre) Unterstützungsnetzwerke (Donaldson, 2014). Gleiches gilt für die Biografiearbeit. Diese ist bedeutend, um lebensgeschichtliche Informationen zu erfassen und eine subjektorientierte Pflege gewährleisten zu können. Insbesondere ältere LSBTI erlebten in ihrer Biografie häufig Kriminalisierung und Diskriminierung, sowohl auf rechtlicher, gesellschaftlicher als auch privater Ebene. Dies kann beispielsweise zu einem verinnerlichten negativen Selbstbild führen und sich auf gegenwärtige Erwartungen und Handlungen auswirken (BISS, 2019; Gerlach & Schupp, 2017; Schwulenberatung Berlin, 2020). Eine adäquate Biografiearbeit bedarf einer Vertrauensbasis und einer offenen Haltung. Heteronormative Vorannahmen sind zu vermeiden (Schwulenberatung Berlin, 2020). Fasullo et al. (2021) raten von Fragen aus Neugierde ab und empfehlen nur für den Pflegeprozess relevante Informationen zu erfragen. Auch ist den Bewohner:innen zu erklären, warum bestimmte private Informationen benötigt werden. Zudem sollten die Bewohner:innen bestimmen dürfen, wie viele lebensgeschichtliche Informationen sie teilen möchten (Fasullo et al., 2021; Schwulenberatung Berlin, 2020). Dabei ist die Reflexion eigener Lebensvorstellungen, Werte und Normen für Pflegende wichtig. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Identität und dem

persönlichen kulturellen Hintergrund ist nötig, um eigene Sichtweisen und Bedürfnisse von denen der Pflegebedürftigen zu unterscheiden und fremde Lebensweisen zu begreifen (LZG, 2018). Pflegende sollten unvoreingenommen, wertfrei und emphatisch in die Interaktion gehen und LSBTI Personen als Individuen und nicht als homogene Gruppe mit gleichen Bedürfnissen begreifen (Fasullo et al.; LZG, 2018). Die gesammelten Informationen sollten in den Pflegeprozess integriert werden (Schwulenberatung Berlin, 2020). Beispielsweise sind (normabweichende) identitätsstiftende Präferenzen in der Wahl von Kleidung und Make-up zu berücksichtigen (BISS, 2019; Gerlach & Schupp, 2016; Willis et al., 2016). Mehrere Arbeiten betonen die Wichtigkeit, Wünsche bezüglich des Geschlechts der Pflegekraft bei der Körperpflege, v.a. im Intimbereich, zu berücksichtigen (Gerlach & Schupp, 2017; Schwulenberatung Berlin, 2020; Willis et al., 2016). Bei lesbischen Frauen ist das Bedürfnis nach einer Pflegekraft des gleichen Geschlechts besonders ausgeprägt (BISS, 2019; Gerlach & Schupp, 2017). Aufgrund früherer negativer Erfahrungen im Gesundheitssystem können Pflegemaßnahmen Stress auslösen und zu Retraumatisierungen führen. Deshalb sollte mit körperlichen Berührungen besonders sensibel umgegangen werden (LZG, 2018).

Einen hohen Stellenwert nimmt auch eine diversitätssensible Angehörigenarbeit ein. Viele LSBTI erfuhren in der Vergangenheit Ablehnung durch ihre Herkunftsfamilie und / oder haben aufgrund alternativer Lebensentwürfe keine Partner:innen und Kinder. Dadurch finden sich die engsten Bezugspersonen oft in den sogenannten „Wahlfamilien“. Auch (Beratungs-)Einrichtungen der LSBTI Community gehören oft zum Bezugsnetzwerk. Dieser Umstand ist in der Biografiearbeit zu beachten um Unterstützungsnetzwerke erkennen und einbinden zu können (BISS, 2019; Caceres et al., 2020; Donaldson, 2014; Gerlach & Schupp, 2017; Schwulenberatung Berlin, 2020). Auch werden Partner:innen oft als Freund:innen oder Nachbar:innen verkannt, sodass wesentliche Informationen vorenthalten und keine adäquate Einbindung in die Versorgung erfolgt (LZG, 2018). Eine weitere Aufgabe der Pflege ist es, Diskriminierungen durch andere Bewohner:innen und Besucher:innen zu begegnen. Die Werte der Einrichtung sollten kommuniziert und für eine würde- und respektvolle Behandlung aller Bewohner:innen eingestanden werden (Fasullo et al., 2021; Willis et al., 2016).

5.4 Kritische Studienbewertung

Die quantitative Studie (Simpson et al., 2018) wurde anhand des Bewertungsinstrumentes von Hawker et al. (2002) beurteilt (s. Anhang 1). Sie erfüllt die formalen Kriterien des Studiendesigns und stellt Hintergründe, Wahl der Methodik, Stichprobe, Datenanalyse und Ergebnisse ausführlich da. Wie die Anonymität der erhobenen Daten gewährleistet wird, wird nicht erläutert. Der verwendete Fragebogen wird von einigen Studienteilnehmenden als vorbelastet durch persönliche Präferenzen betrachtet. Dieser Eindruck wird auch durch teils informelle Formulierungen im Studienbericht erweckt.

Die qualitativen Studien (Hafford-Letchfield et al., 2018; Leyerzopf et al., 2018; Lottmann & Kollak, 2018) wurden mittels des „Critical Appraisal Skills Programme“ (CASP) (CASP, 2018a) beurteilt (siehe Anhang 2). Dieses wurde ebenfalls für die Mixed-Methods Studien (Hardacker et al., 2014; Willis et al., 2016) verwendet, da diese überwiegend qualitative Ergebnisse darstellen. Alle Studien benennen ein klares Ziel und begründen die Wahl des Studiendesigns. In der Mixed-Methods Studie von Willis et al. (2016) wird der quantitative Anteil nicht eindeutig benannt, der qualitative Anteil ist jedoch ausführlich erläutert und passend zur Fragestellung. Alle fünf Arbeiten erläutern die Zusammensetzung der Studienteilnehmer:innen und beschreiben sie passend zur Fragestellung. Bei Hardacker et al. (2014) und Hafford-Letchfield et al. (2018) ist die Rekrutierungsstrategie jedoch nicht näher erläutert. Die Art der Datenerhebung adressiert bei allen Studien die benannte Problematik. Eine kritische Auseinandersetzung der Forschenden mit potenziellen Einflüssen der eigenen Person auf den Forschungsprozess und der Beziehung zu den Studienteilnehmer:innen findet nur bei Leyerzopf et al. (2018) ausführlich statt. Lottmann und Kollak (2018) benennen explizit die geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung der Interviewenden, gehen jedoch nicht weiter auf die Relevanz dieser Information ein. Hafford-Letchfield et al. (2018) sehen ihren hemmenden Einfluss als unbekannte Akademiker:innen auf die Gesprächsbereitschaft durch die telefonische Durchführung der Interviews reduziert. Ethische Gesichtspunkte der Studien werden in unterschiedlicher Qualität diskutiert. Leyerzopf et al. (2018) und Hafford-Letchfield et al. (2018) beziehen Ethikkommissionen ein. Lottmann und Kollak (2018) und Hardacker et al. (2014) geben an, von weiteren Überprüfungen ausgenommen zu sein, da weder

Interventionen durchgeführt noch medizinische Daten erhoben würden. Pre- und Post Tests werden anonymisiert (Hardacker et al., 2014) und die Teilnehmenden entscheiden selbst über die Einwilligung zur Interviewführung (Lottmann & Kollak, 2018). Willis et al. (2016) gehen nicht auf ethische Problemstellungen ein. Alle fünf Studien erläutern die Art der Datenanalyse und stellen die Ergebnisse unter Einbezug von Zitaten dar. Die Resultate werden eindeutig benannt und diskutiert. Weitere Forschungsbedarfe und Implikationen für die Praxis werden benannt.

Die Reviews (Caceres et al., 2020; Da Silva Junior et al., 2021; Fasullo et al., 2021) wurden ebenfalls mittels des „Critical Appraisal Skills Programme“ (CASP, 2018b) (siehe Anhang 3) beurteilt. Alle drei Arbeiten geben eine klar formulierte Fragestellung und Suchstrategie an. Die Recherche erfolgt jeweils über PubMed, drei weitere Datenbanken und eine ergänzende Handrecherche. Bei Caceres et al. (2020) werden alle eingeschlossenen Arbeiten von mindestens zwei Autor:innen über das „Crowe Critical Appraisal Tool“ bewertet, eine:r dritte Autor:in berät bei Uneinigkeiten. Die erreichte Punktzahl wird für jede Studie angegeben. Fasullo et al. (2021) verwenden das „Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Research Evidence Appraisal Tool“. Zwei Autor:innen führen die Studienbewertung unabhängig voneinander durch. Der Evidenzgrad wird ermittelt und die methodologische Qualität mit A, B oder C. bewertet. Mit C bewertete Studien wurden ausgeschlossen, entsprechende Kriterien können bei den Autor:innen erfragt werden. Da Silva Junior et al. (2021) geben keine Bewertung der Evidenzqualität an, das Design des Scoping Reviews macht dies jedoch obligat (Elm et al., 2019). Alle Reviews stellen die Charakteristika der eingeschlossenen Arbeiten tabellarisch dar. Fasullo et al. (2021) nutzen die Rahmenordnung zur Datenanalyse von Whitemore & Knafl und schildern das Vorgehen bei der Datensynthese präzise. Bei Caceres et al. (2021) werden die Themen durch den Hauptautor aus den Studien herausgearbeitet und durch zwei Autor:innen überprüft. Da Silva Junior et al. (2021) gehen nicht auf die Art der Datenanalyse ein. Alle Reviews führen eine Unterteilung der Perspektiven von LSBTI Teilnehmer:innen und Anbietenden von Pflegeleistungen durch und diskutieren die gefundenen Ergebnisse. Limitationen und die Übertragbarkeit der Ergebnisse werden in unterschiedlicher Qualität diskutiert. Fasullo et al. gehen auf Bias-Risiken des Studiendesigns, die Herkunftsländer der Studien, sowie soziodemografische Daten der Teilnehmenden ein. Sie identifizieren eine fehlende Generalisierbarkeit der

Ergebnisse auf alle älteren LSBTI Personen. Auch Caceres et al. (2020) benennen die Auswahl der Studienteilnehmer:innen als Limitation in der Übertragbarkeit der Ergebnisse. Da Silva Junior et al. (2021) gehen lediglich auf die Limitationen der eigenen Arbeit ein und benennen den Ausschluss deutscher Studien aufgrund der Sprachbarriere. Alle Studien fassen die Ergebnisse in Bezug auf ihre Frage- und Zielstellungen zusammen. Caceres et al. (2020) benennen Handlungsfelder für die Praxis und identifizieren Forschungslücken. Da Silva Junior et al. (2021) geben einen Überblick über die Forschungslage und sensibilisieren für Problemfelder. Fasullo et al. fassen aktuelle Forschungsergebnisse zu Best Practice Empfehlungen für die Praxis zusammen und benennen Forschungsbedarfe. Aufgrund des Artikelformates entfällt die Beurteilung für die Dissertationen, die Broschüren und die Expertise.

6. Diskussion

Aus den eingeschlossenen Arbeiten lassen sich folgende primäre Erkenntnisse ableiten. Diversitätssensible Pflege zeigt sich in einer subjektorientierten Pflege unter Einschluss der (sexuellen) Biografie und lebensweltlicher Bezüge. Heteronormative Vornahmen sowie persönliche Vorurteile und moralische Einwände gegenüber LSBTI werden dabei als Barrieren benannt. Fort- und Weiterbildungen zu LSBTI Belangen sind elementar für die Sensibilisierung aller Pflegekräfte. Eine diversitätssensible Pflege auf der Interaktionsebene kann nur regelrecht erfolgen, wenn auf Einrichtungsebene entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden.

Mehrere Arbeiten benennen die Einwände Pflegender, ein spezifisches Eingehen auf LSBTI würde einer Favorisierung gleichkommen. Dabei würde jede pflegebedürftige Person die gleiche Pflege verdienen und erhalten, unabhängig der sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität (Donaldson, 2014; Leyerzopf et al., 2018; Simpson et al., 2018; Willis et al., 2016). Gemäß der Pflegecharta hat jede pflegebedürftige Person jedoch ein Recht auf eine am persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde Pflege mit dem Ziel Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe zu fördern (BMFSFJ, 2019). Wird die Rolle der sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität in der pflegerischen Versorgung negiert, können dafür erforderliche Informationen nicht erfasst werden (Donaldson, 2014). Eine personenzentrierte Pflege mit Sensitivität für individuelle

Bedürfnisse und ein Einbezug der Biografie erlaubt das Erkennen von Unterschieden. Dadurch kann der Diversität aller Menschen Rechnung getragen und individuelle Ziele, Bedürfnisse und Ressourcen in die Pflegeplanung einbezogen werden (BISS, 2019; Donaldson, 2014; Gerlach & Schupp, 2017). Durch diesen ganzheitlichen Ansatz können jedoch nicht nur sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität, sondern auch andere Diversitätsmerkmale Berücksichtigung in Pflege und Betreuung finden, sodass alle Pflegebedürftigen davon profitieren können (BISS, 2019; Schwulenberatung Berlin, 2020).

Dazu muss den Pflegebedürftigen jedoch die Möglichkeit gegeben werden, eine normabweichende sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität zu offenbaren. Hierfür ist eine „akzeptierend offene Haltung“ (Gerlach & Schupp, 2017, S. 444) nötig. Heteronormative Vorannahmen stehen dem ebenso wie die Angst vor Diskriminierung entgegen (Leyerzopf et al., 2018; Westwood, 2016; Willis et al., 2016). Während viele Pflegekräfte grundsätzlich eine positive Haltung gegenüber LSBTI bekunden (Donaldson, 2014; Leyerzopf et al., 2018; Simpson et al., 2018), sind bei anderen kulturell und religiös bedingte Vorurteile und Moralvorstellungen zu verzeichnen (Hardacker et al., 2014; Simpson et al., 2018). Den diesbezüglichen Fragen und Bedenken gilt es zwar in Fortbildungsangeboten zu begegnen, doch ist letztendlich auf die berufliche Verpflichtung einer professionellen Pflege ohne persönliche Wertung zu verweisen (Hardacker et al., 2014). Gerlach und Schupp (2017) berichten von reduzierter Zuwendung, Vorurteilen, Beleidigungen und abfälligen Bemerkungen oder Späßen gegenüber (vermeintlich) homosexuellen Bewohner:innen. Solche Berichte treffen die antizipierten Befürchtungen vieler LSBTI in Pflegeheimen Missbrauch und eine verminderte Pflegequalität zu erfahren, wenn sie sich als LSBTI outen (Waling et al., 2019; Westwood, 2016). Das Recht auf eine diskriminierungsfreie Pflege ist jedoch in pflegerischen Leitbildern wie dem ICN Ethikkodex verankert (BMFSFJ, 2019; ICN, 2014). Auch die Pflegecharta spricht Pflegebedürftigen ein „Recht auf Respektierung [i]hrer Lebensweise und [i]hrer geschlechtlichen Identität sowie auf Sexualität“ (BMFSFJ, 2019, S.9) zu. Auf rechtlicher Ebene verpflichtet das 2006 eingeführte Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) „Benachteiligungen aus Gründen der [...] sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“ (§1 AGG). Gesundheitsdienste werden explizit in §2 Absatz 1 AGG eingeschlossen. Die Arbeitgeber, in diesem Fall die Pflegeeinrichtungen bzw. Führungskräfte, haben die Pflicht Mitarbeitende

insbesondere im Rahmen von Aus- und Fortbildung über das Benachteiligungsverbot zu informieren (§12 Abs. 2 AGG) und bei Verstößen Maßnahmen bis hin zur Kündigung zu ergreifen (§12 Abs. 3 AGG).

Aus dem Scoping Review ist eine eindeutige Empfehlung zu spezifischen Schulungen abzuleiten. Fortbildungen können die Akzeptanz gegenüber LSBTI steigern und für die Wahrnehmung von Bedürfnissen sensibilisieren (Caceres et al., 2020; Da Silva Junior et al., 2021; Fasullo et al., 2021). Dabei wird neben theoretischer Wissensvermittlung der Einschluss praktischer Übungen, Fallgeschichten und Austauschmöglichkeiten mit LSBTI empfohlen (Fasullo et al., 2021). Der Austausch ermöglicht Dialoge über ausschließende Praktiken und die Reflektion von „normal“ und „anders“ (Leyerzopf et al., 2018). Auch können Gemeinsamkeiten und Unterschiede identifiziert und ein Verständnis für den Anderen aufgebaut werden (Gerlach & Schupp, 2017; Leyerzopf et al., 2018). Des Weiteren wird Raum für Selbstreflektion empfohlen (Donaldson, 2014). Hardacker et al. (2014) konnten zeigen, dass eine kritische Auseinandersetzung mit eigenen Wert- und Moralvorstellungen und ihrer Auswirkung auf das Pflegehandeln nötig ist, um alle Pflegebedürftigen bestmöglich versorgen zu können. Insbesondere Pflegekräfte mit (religiös geprägter) negativer Haltung gegenüber LSBTI würden Schulungen ablehnen (Hardacker et al., 2014). Andererseits lieferten sie Anhaltspunkte für eine positive Änderung der Haltung und gesteigerte Empathie gegenüber LSBTI (ebd.). Pflegekräfte haben ein professionelles Selbstbild zu entwickeln, welches eine diskriminierungsfreie Pflege gemäß ICN Ethikkodex und Pflegecharta (BMFSFJ, 2019; ICN, 2014) ermöglicht. Dazu empfiehlt diese Arbeit Schulungen verpflichtend für alle Mitarbeitenden anzubieten. Die LZG (2018) empfiehlt eine Einbindung von LSBTI Themen in die Pflegeausbildung, um frühzeitig zum für eine professionelle und emphatischen Haltung zu sensibilisieren. Gerlach und Schupp (2017) zeigen auf, dass professionelles Pflegehandeln den Umgang mit verschiedenen Personengruppen beinhaltet, die Thematik in der Pflegeausbildung jedoch unzureichend behandelt wird. Das neue Pflegeberufegesetz versucht diese Lücke zu schließen und nimmt LSBTI Themen in die Rahmenlehrpläne der generalistischen Pflegeausbildung auf (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020). Diese umfassen Generationsunterschiede von LSBTI, soziale Netzwerke, Diskriminierungserfahrungen, Stigma-Management und Minderheitenstress (ebd.).

Politische Richtlinien wie diese zeigen, dass die Gewährleistung einer diversitätssensiblen Pflege nicht auf die Interaktionsebene zwischen Pflegekraft und Bewohner:in begrenzt ist. Auch Gerlach und Schupp (2017) betonen den Einfluss gesellschaftlicher und politischer Verhältnisse auf die Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. Dies schließt gesellschaftliche Norm- und Wertvorstellungen ebenso ein wie politische Einflüsse auf die strukturellen Rahmenbedingungen der Altenpflege (Gerlach & Schupp, 2017). Beispielsweise ist ein identitätsförderndes und subjektorientiertes Pflegehandeln nicht möglich, wenn Pflegenden personell und strukturell überfordert sind (ebd.). So kollidieren die Erwartungen und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Pflegefachkräften häufig mit den zur Verfügung stehenden zeitlichen und personellen Ressourcen (ebd.).

Das Scoping Review zeigt, dass auch Pflegeeinrichtungen bestimmte Voraussetzungen schaffen müssen, damit die einzelne Pflegekraft sensibel mit LSBTI Bewohner:innen und deren Zugehörigen interagieren kann (Da Silva Junior et al., 2021; Fasullo et al., 2021; Gerlach & Schupp, 2017; Simpson et al., 2018). Nur wenn geschlechtliche Identifikation und sexuelle Orientierung als Diversitätsmerkmale konzeptionell berücksichtigt werden, besteht die Basis individuelle Bedürfnisse in Biografiearbeit und Pflegeplanung zu berücksichtigen (BISS, 2019). Dabei wird die Schlüsselfunktion der Führungskräfte zur Etablierung einer diversitätssensiblen Kultur von mehreren Arbeiten betont (Fasullo et al., 2021; Hafford-Letchfield et al., 2018; Schwulenberatung Berlin, 2020; Willis et al., 2016). Jedoch kann eine Verhaltensänderung nicht nur Top-down durch Anweisungen erzielt werden, sondern bedarf direkter Kommunikation, Überzeugungsarbeit und eines persönlichen Einbezuges aller Mitarbeitenden (Rafler, 2010). Diese Aspekte sind nötig, um eine Akzeptanz des Personals zu schaffen und eine diversitätssensible Versorgungskultur nachhaltig zu implementieren.

Die vorliegende Arbeit limitiert sich durch folgende Aspekte. Im deutschsprachigen Raum findet zunehmend eine Auseinandersetzung mit der Pflege älterer LSBTI statt. Durch die durchgeführte Literaturrecherche via *PubMed* und *CINAHL* konnten jedoch keine passenden Arbeiten aus Deutschland identifiziert werden. Die Studie von Lottmann und Kollak (2018) sowie die Dissertation von Gerlach und Schupp (2017) wurden über eine Handrecherche ergänzt. Begrenzt durch die selektive Methodik und den zeitlichen Rahmen dieser Arbeit kann dabei kein Einschluss aller

passenden deutschen Arbeiten gewährt werden. Auch Qualitätssiegel und Praxisleitfäden wurden exemplarisch ausgewählt.

In den Ergebnisteil wurden Arbeiten unterschiedlicher Designs (Primärstudien, Reviews, graue Literatur) eingeschlossen. Die Qualität einiger Arbeiten konnte aufgrund des Artikeldesigns nicht bewertet werden. Die Reviews zeichnen sich durch eine konsequente Methodik und hohe Transparenz aus. Nur in einer Arbeit wurde keine Studienbewertung durchgeführt und das Vorgehen der Datensynthese nicht erläutert. Allerdings schließt keines der Reviews deutsche Arbeiten ein. Da Silva et al. (2021) benennen diese Limitation explizit und begründen sie mit der Sprachbarriere. Die Primärstudien unterscheiden sich stark in der Transparenz von Intervention und Auswertung. Viele der Arbeiten gehen nicht vertieft auf Bias-Risiken ein. Auch die Stichprobengröße variiert stark. Allerdings wurde die Studienbewertung ausschließlich zur Einschätzung der Ergebnisqualität vorgenommen. Sie hatte keinen Einfluss auf den Einschluss der Arbeiten, da das Scoping Review einen Überblick der aktuellen Forschungslage unabhängig der methodischen Qualität beschreibt.

Die eingeschlossenen Arbeiten stammen aus unterschiedlichen Ländern. Die Primärstudien kommen jedoch ebenso wie die Reviews aus westlichen Ländern mit eher progressiven Einstellungen gegenüber LSBTI Themen (Fasullo et al., 2021). Daher werden die Ergebnisse als übertragbar auf Deutschland gewertet.

Viele Studien untersuchen die antizipativen Sorgen bezüglich einer zukünftigen Pflegebedürftigkeit und die Sicht des Personals. Dagegen gibt es wenig Evidenz zum Erleben älterer LSBTI, die bereits in stationären Pflegeeinrichtungen leben. Zudem sind sowohl teilnehmende LSBTI als auch Pflegedienstleistende mehrheitlich weiß. Dadurch können mögliche kulturelle Unterschiede und Besonderheiten ethnischer Minderheiten nur bedingt einbezogen werden.

Daraus resultiert weiterer Forschungsbedarf bezüglich des Erlebens von Pflege älterer LSBTI, die bereits in Pflegeeinrichtungen leben. Auch sind Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft zu berücksichtigen, sowohl seitens des Personals als auch der Bewohner:innen. Zudem besteht eine Forschungslücke in Bezug auf die Pflege älterer trans*- und intergeschlechtlicher Personen. Ein Großteil der in den Studien benannten Maßnahmen diversitätssensibler Pflege wurden aus Problemfeldern abgeleitet. Sie wurden nicht oder nur in kleinem Umfang in der Praxis erprobt. Daraus resultiert ein Bedarf, die Handlungsempfehlungen in

Interventionsstudien auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen. Ein Schulungsbedarf wurde oft benannt, doch stellen nur zwei Studien (Hafford-Letchfield et al., 2018; Hardacker et al., 2014) konkrete Programme inklusive praktischer Überprüfung dar. Daraus leitet sich ein Bedarf zur weiteren Erforschung der Praktikabilität und Effizienz von Fortbildungsprogrammen ab.

7. Fazit und Ausblick

Das Scoping Review ergibt, dass sowohl in Deutschland als auch international ein Verbesserungsbedarf in diversitätssensibler Versorgung für LSBTI in der stationären Langzeitversorgung besteht. Dabei geht eine diversitätssensible Pflege über persönliches Bestreben hinaus und ist in ein komplexes Faktorensystem auf unterschiedlichen Ebenen eingeordnet. Primär bedarf es flächendeckender edukativer Maßnahmen zur Sensibilisierung aller Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen für LSBTI und ihre Lebenswelten. Bezüglich Aufbaus und Effizienz solcher Schulungen besteht weiterer Forschungsbedarf. Insbesondere der Einfluss auf die Haltung der Pflegenden gegenüber LSBTI ist weiter zu erforschen. In Deutschland setzen sich zunehmend Fachverbände und Landesinitiativen mit der Thematik auseinander. Daraus entstehen Qualitätssiegel und Handlungsempfehlungen für die Praxis. Diese bedürfen jedoch einer größeren Popularität in der Versorgungslandschaft. Zudem ist eine wissenschaftliche Evaluation der Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Praktikabilität und Effektivität in der Praxis nötig. Auch ist der langfristige Effekt der Maßnahmen wissenschaftlich zu erforschen. Dazu sind sowohl in Pflegeeinrichtungen lebende LSBTI als auch Pflegekräfte einzubeziehen, um die Kongruenz von Absicht und Wirkung zu überprüfen. Die Integration von LSBTI Themen in die Rahmenordnung der generalisierten Pflegeausbildung scheint sinnvoll, um Pflegekräfte frühzeitig zu sensibilisieren. Jedoch ist abzuwarten, wie dies umgesetzt und welchen Einfluss es auf die Pflegepraxis nehmen wird.

Abschließend lässt sich feststellen, dass diversitätssensible Versorgungsstrategien zu einer adäquaten Versorgung von LSBTI in Langzeitpflege beitragen können. Darüber hinaus haben sie ein großes Potential in der personenzentrierten und biografieorientierten Pflege aller Bewohner:innen. Dazu bedarf es jedoch weiterer Forschung und die Schaffung gesellschaftspolitischer Rahmenbedingungen, wie verbesserter personeller und zeitlicher Ressourcen in der Pflegepraxis.

Literaturverzeichnis

- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (2006). <https://www.gesetze-im-internet.de/agg/BJNR189710006.html> [Zugriff am 23.05.2022]
- Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M. & Lewicki, A. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen: Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 02.05.2022]
- BISS - Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (Hrsg.). (2019). *Diversity-Merkmale einer „guten Pflege“ für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV* [Sonderheft]. Köln. <https://schwuleundalter.de/download/biss-index-gute-pflege/?msckid=8ba08028c17811ecaeb05cacce958b20> [Zugriff am 21.04.2022]
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2019). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_1/Pflege_charta_neu/190114_Bro.pdf [Zugriff am 04.05.2022]
- Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E. & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz012>
- CASP - Critical Appraisal Skills Programme (Hrsg.). (2018a). *CASP Qualitative Studies Checklist*. https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf [Zugriff am 13.04.2022]
- CASP - Critical Appraisal Skills Programme (Hrsg.). (2018b). *CASP Systematic Review Checklist*. https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable_form.pdf [Zugriff am 13.04.2022]
- Da Silva Junior, J. R., França, L. D., Rosa, A., Neves, V. R. & Siqueira, L. D. (2021). Health care for LGBTI+ elders living in Nursing Homes. *Revista brasileira de enfermagem*, 74Suppl 2(Suppl 2), e20200403. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0403>
- Degele, N. & Winker, G. (2007). *Intersektionalität als Mehrebenenanalyse*. TUHH Universitätsbibliothek. <https://doi.org/10.15480/882.382>
- Destatis, S. B. (2019). *Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html [Zugriff am 06.05.2022]
- Destatis, S. B. (2020). *Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> [Zugriff am 06.05.2022]

- Donaldson, W. V. (2014). *Exploring Staff Clinical Knowledge and Practice with LGBT Residents in Long-Term Care: A Grounded Theory of Cultural Competency and Training Needs* [Dissertation]. Colorado State University, Colorado. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1182956>
- Elm, E. von, Schreiber, G. & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz*. Bundesinstitut für Berufsbildung. ISBN: 978-3-96208-197-3
- Fasullo, K., McIntosh, E., Buchholz, S. W., Ruppert, T. & Ailey, S. (2021). LGBTQ Older Adults in Long-Term Care Settings: An Integrative Review to Inform Best Practices. *Clinical Gerontologist*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1947428>
- Franken, S. (2015). *Personal: Diversity Management. Lehrbuch*. Springer Gabler.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B. & Goldsen, J. (2018). Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Other Dementias in the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Older Adults and Their Caregivers: Needs and Competencies. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 37(5), 545–569. <https://doi.org/10.1177/0733464816672047>
- Gerlach, H. & Schupp, M. (2016). *Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland* [Expertisen zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung]. Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Expertise_Gerlach_Schupp.pdf [Zugriff am 13.04.2022]
- Gerlach, H. & Schupp, M. (2017). *Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege* [Dissertation]. Universität Bremen, Bremen. <https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/1336/1/00106258-1.pdf> [Zugriff am 07.04.2022]
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B. & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312-e320. <https://doi.org/10.1111/hsc.12521>
- Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A. & Houlberg, M. (2014). Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 257–266. <https://doi.org/10.1111/jonm.12125>
- Herrmann, E. & Kätker, S. (2007). *Diversity Management: Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen* (1. Aufl.). *Pflegemanagement*. Huber. ISBN: 978-3-456-84419-0
- ICN - International Council of Nurses. (2014). *ICN-Ethikkodex für Pflegendende: Fassung von 2012*. <https://www.wege-zur->

- pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weitere%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf [Zugriff am 04.05.2022]
- Ipsos (Hrsg.). (2021). *LGBT+ Pride 2021 Global Survey: A 27-country Ipsos survey*. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-06/LGBT%20Pride%202021%20Global%20Survey%20Report_3.pdf [Zugriff am 19.05.2022]
- Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., Vries, L. de, Kroh, M., Kühne, S., Richter, D. & Zindel, Z. (2021). Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. *DIW Wochenbericht*, 88(6), 80–89. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.810348.de/21-6.pdf [Zugriff am 04.05.2022]
- Krell, C. (2014). *Alter und Altern bei Homosexuellen*. Beltz Juventa.
- Kroh, M., Kühne, S., Kipp, C. & Richter, D. (2017). Einkommen, soziale Netzwerke, Lebenszufriedenheit: Lesben, Schwule und Bisexuelle in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, 84(35), 687–698. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.563767.de/17-35-3.pdf [Zugriff am 04.05.2022]
- Leyerzopf, H., Visse, M., De Beer, A. & Abma, T. A. (2018). Gay-friendly elderly care: creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing and Society*, 38(2), 352–377. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001045>
- Lottmann, R. (2018). LSBT*I-Senior_innen in der Pflege: Zu Relevanz und Besonderheiten sozialer Netzwerke und der Arbeit mit Angehörigen. *Pflege & Gesellschaft*, 23(3), 228–245.
- Lottmann, R. & Kollak, I. (2018). A diversity-sensitive long-term care for gay and lesbian elders in need of care – Results of the research project GLESA / Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige – Ergebnisse des Forschungsprojekts GLESA. *International Journal of Health Professions*, 5(1), 53–63. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2018-0005>
- LSVD - Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (Hrsg.). (o.J.). *Was bedeutet LSBTI? Glossar der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt*. <https://www.lsvd.de/de/ct/3385-Was-bedeutet-LSBTI-Glossar-der-sexuellen-und-geschlechtlichen-Vielfalt#transgeschlechtlichkeit> [Zugriff am: 02.05.2022]
- LSVD - Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (Hrsg.). (2022). *Schlechtere Gesundheit von Lesben, Schwulen, bisexuellen, trans* und inter Menschen: Studien: Diskriminierung und Minderheitenstress machen krank und führen zu schlechterem gesundheitlichem Befinden*. <https://www.lsvd.de/de/ct/2615-Gesundheit-von-LSBTI> [Zugriff am: 04.05.2022]
- LZG - Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (Hrsg.). (2018). Leitfaden: Pflege unterm Regenbogen: Über den Umgang mit homosexuellen, bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen in der Kranken- und Altenpflege [Sonderheft], 48. Mainz.

https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Publikationen/Soziales/LZG_Pflege_u_nterm_Regenbogen_LSBTI_2018_web.pdf [Zugriff am: 13.04.2022]

- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg (Hrsg.). (2020). Diversitätssensible Altenhilfe: Eine Orientierungshilfe für die ambulante pflegerische Versorgung einer vielfältigen gesellschaft [Sonderheft], 52. Stuttgart. ISBN: 978-3-947358-06-9
- Plett, A. (2002). Managing Diversity: Theorie und Praxis der Arbeit von Lee Gardenzward und Anita Rowe. In I. Koall (Hrsg.), *Managing diversity: Bd. 1. Vielfalt statt Lei(d)tkultur: Managing Gender & Diversity* (S. 99–112). Lit. ISBN: 3-8258-6098-1
- Rafler, H. (2010). Führung und Verantwortung im Veränderungsprozess gemeinsam mit den Mitarbeitern [Working together with the staff to implement change: leadership and responsibilities]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(6), 454–462. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.07.007>
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2020). *Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen*. Journal of Health Monitoring. Berlin. <https://doi.org/10.25646/6448>
- Schröder, U. B. & Scheffler, D. (2015). „Bei uns gibt es dieses Problem nicht“ – Leitlinien als Impuls für Veränderungen im gesellschaftlichen Umfeld. Wahrnehmung älterer LSBT-Menschen und die Wirkung der Berliner Seniorenleitlinien. In F. Schmidt, A.-C. Schondelmayer & U. B. Schröder (Hrsg.), *Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt* (S. 319–336). Springer Fachmedien Wiesbaden. ISBN: 978-3-658-02251-8
- Schröder, U. B. & Scheffler, D. (2016). „Bei uns gibt es dieses Problem nicht“ – Die gesellschaftliche Wahrnehmung von lesbischen, schwulen, bi* und trans* Seniorinnen. *Informationsdienst Altersfragen, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)*, 43(01), 3–11. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Informationsdienst_Altersfragen/Informationsdienst_Altersfragen_Heft_01_2016_Anders_altern_sexuelle_Vielfalt.pdf?msckid=93fc562ecef211ec89b80e4794cd43ee [Zugriff am 08.05.2022]
- Schwulenberatung Berlin (Hrsg.). (2018). Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®: Inklusion sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Alten- und Pflegeeinrichtungen [Sonderheft], 21. Berlin. <https://schwulenberatungberlin.de/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt/> [Zugriff am 21.04.2022]
- Schwulenberatung Berlin (Hrsg.). (2020). Weil ich so bin, wie ich bin...: Vielfalt in der Pflege [Sonderheft], 33. Berlin. https://schwulenberatungberlin.de/wp-content/uploads/2021/05/5f58ce231ff7fca7045dce38_SchwuBe_Leitfaden_Online.pdf [Zugriff am 13.04.2022]

- Simpson, P., Almack, K. & Walthery, P. (2018). 'We treat them all the same': the attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes. *Ageing and Society*, 38(5), 869–899. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1600132X>
- Tezcan-Güntekin, H. (2020). Diversität und Pflege. Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Pflege. In *Aus Politik und Zeitgeschichte, Edition „Pflege“*. https://www.researchgate.net/publication/337821254_Diversitat_und_Pflege_Zur_Notwendigkeit_einer_intersektionalen_Perspektive_in_der_Pflege [Zugriff am: 23.05.2022]
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vanderheiden, E. & Mayer, C.-H. (2014). Grundlagentexte: Begriffe und Konzepte im Kontext interkultureller Öffnung. In E. Vanderheiden & C.-H. Mayer (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Öffnung: Grundlagen, Best Practice, Tools* (1. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht. ISBN: 978-3-525-40361-7
- Waling, A., Lyons, A., Alba, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hughes, M., Fredriksen-Goldsen, K. & Edmonds, S. (2019). Experiences and perceptions of residential and home care services among older lesbian women and gay men in Australia. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1251–1259. <https://doi.org/10.1111/hsc.12760>
- Waling, A., Lyons, A., Alba, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hughes, M., Fredriksen-Goldsen, K. & Edmonds, S. (2020). Trans Women's Perceptions of Residential Aged Care in Australia. *The British Journal of Social Work*, 50(5), 1304–1323. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz122>
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2020). *World report on ageing and health*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_INF2-en.pdf [Zugriff am 25.04.2022]
- Westwood, S. (2016). 'We see it as being heterosexualised, being put into a care home': gender, sexuality and housing/care preferences among older LGB individuals in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), e155–e163. <https://doi.org/10.1111/hsc.12265>
- Willis, P., Maegusuku-Hewett, T., Raithby, M. & Miles, P. (2016). Swimming upstream: the provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential and nursing environments in Wales, 36(2), 282–306. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001147>

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Bewertung der quantitativen Studien	a
Anhang 2: Bewertung der qualitativen Studien.....	b
Anhang 3: Bewertung der Reviews	d

Anhang 1: Bewertung der quantitativen Studien

Tabelle 1: Bewertung der eingeschlossenen quantitativen Studien (eigene Darstellung nach Hawker et al. (2002))

	Abstract und Titel	Einleitung und Ziele	Methodik und Daten	Stichprobe	Datenanalyse	Ethik und Bias	Ergebnisse	Übertragbarkeit / Generalisierbarkeit	Schlussfolgerung und Nützlichkeit
Simpson et al. (2018)	Ausreichend ⁴ Titel eindeutig, keine klare Zielformulierung im Abstract	Ausreichend Ausführliche jedoch wenig prägnante und unübersichtliche Darstellung der Hintergründe, Ziel anhand der Absicht bei der Fragebogengestaltung zu erahnen, jedoch nicht eindeutig gekennzeichnet	Gut Erläutert warum quantitativ mit Vorteilen & Limitation, S.877 f.	Gut Soziodemografische Details vorhanden (S.879) Erweiterung der Onlinebefragung um vor Ort Besuche für größere Variation in der Stichprobe (S. 878 f.)	Gut Nennen das Daten nicht probabilistisch, trotzdem Wunsch nach mehr Darstellung als reiner Prozentangaben -> Kreuztabulierung durchgeführt (S.878)	Ausreichend Freiwilligkeit & Anonymität im Fragebogen und bei den Besuchen hervorgehoben; Reflektion eigener Verurteilungen anderer Meinungen; Teilnehmende sehen Bias im Fragebogen bezgl. einer Favorisierung von LGBT (S.878)	Ausreichend Ausführliche Darstellung der Ergebnisse geordnet nach Bereichen, teilweise wertende Sprache; Diskussion unter Einbezug anderer Arbeiten vorhanden	Ausreichend Gemischtes Sampling und genaue Angaben, jedoch überwiegend weiß, Übertragbarkeit nicht näher thematisiert	Ausreichend Zur Verfügung stellen von Projektergebnissen; Ausblick was nötig ist, nach Ansicht der Verfasserin wenig konkrete Handlungsempfehlungen; teilweise informelle Ausdrucksweise (z.B. viel Wir-Form, Einfluss persönlicher Ansichten)

⁴ Beurteilung nach gut, ausreichend, mangelhaft und ungenügend (im englischsprachigen Original: good, fair, poor, very poor)

Anhang 2: Bewertung der qualitativen Studien

Tabelle II: Bewertung der eingeschlossenen qualitativen Studien (eigene Darstellung nach CASP (2018a))

	1. Was there a clear statement of the aims of the research?	2. Is a qualitative methodology appropriate?	3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	7. Have ethical issues been taken into consideration?	8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	9. Is there a clear statement of findings?	10. How valuable is the research?
Hafford-Letchfield et al. (2017)	Ja	Ja Als Evaluation des Projektes	Ja	Teilweise Aufteilung in Management und Community nachvollziehbar, spezifische Rekrutierung nicht näher erläutert	Ja S.315 Begründung für Telefoninterviews vorhanden	Teilweise S.315 Bei Gründen für Telefoninterviews	Ja S.,315 Nottingham University Ethics Committee Informierte Einwilligung der Teilnehmenden Fokus auf Bewohner:innen Sicherheit	Ja S.315 ff. Thematische Analyse & Identifizieren von Schlüssel-themen; Belege durch direkte Zitate, Sicht von Freiwilligen und Management, Entwicklung im Laufe des Projektes klar aufgezeigt	Ja	S.318 f. Handlungsempfehlungen und Ausblick vorhanden
Hardacker et al. (2014)	ja	Ja mixed methods Evaluation des Programms (Fragebogen Pre und Post Schulung plus Kommentare zum Programm) (zuvor peer reviewed)	Ja	Teilweise Auswahl Einrichtungen und Teilnehmende scheint repräsentativ, Rekrutierungsstrategie jedoch nicht näher erläutert	Ja	Unklar kein persönlicher Kontakt zu Forschungsteam zu erkennen, nur Fragebögen/schriftliche (?) Evaluation	Ja S.260 Von Überprüfung zum Schutz der Teilnehmenden ausgenommen, da keine medizinischen Daten erhoben werden; Pre und Post Test anonymisiert	Ja S.260 ff. Datenanalyse (quantitativer Anteil) in STATA, Paardifferenz-tests zwischen Pre- und Posttestscores + Wiedergabe von Zitaten	Ja	S.265 Ausblick zur Verbreitung des Curriculums und möglichen Anpassungen (z.B.Sprache)

Leyerz epf et al. (2018)	Ja S. 355	Ja	Ja S.355 f. Besonder- heit erläutert: Einbezug verschiedn er Interessen svertreter in den Recherche -prozess	Ja S.355-357 "critical case sampling", da Pflegeheime mit Erfahrung in der LGBT freundlichen Pflege gesucht wurden	Ja S. 357 ff. Ausführliche Erläuterung und umfassende Methodik (Interviews, Fokusgruppe, Observation)	Ja S.357-360 Teilnahme an Veranstaltun- gen erlaubt Beziehungsaufbau & Einblicke; Reflektions- tagebuch & kritische Diskussion der Ergebnisse mit Studienteam & Beratungs- komitee zur Biasreduktion	Ja S.360 Berücksichtigung ethischer Standards des internen medizinischen Ethikkomitees; Freiwilligkeit & informierte Einwilligung; Aufbau von Vertrauen & sicherer Atmos- phäre während Datensammlung	Ja S.359 ff. Systematische und induktive Analyse parallel zur Daten- erhebung; Identifizieren von vier Themenfeldern, Einbezug von Zitaten	Ja S.366 f. Bezugnah me zu anderen Studien und Konzepten S.377 f. Aufzeigen von Limitatione n	S.371-373 Aufzeigen von weiterem Forschungsbe- darf und Schlussfolge- rungen für die Praxis
Lottma nn & Kollak (2018)	Ja S.54,55	Ja	Ja S.55 Ausführlich warum qualitativ und explorativ	Ja S.55 f. Sehr ausführlich beschrieben, gesamtes Personal und mehr als die Hälfte der Bewohner:innen einbezogen	Ja S.55 f. Theoretischer Hintergrund des Fragebogens und Art der Datenerhebung erläutert, Setting zielgruppenspe- zifisch, aber passend zur Fragestellung	Teilweise S.55 Benennung geschlechtlich er Identität und sexueller Orientierung der Forscher:innen	Ja S.55 f. Kein Votum Ethikkommission da keine Intervention; Selbstbestimmte Entscheidung über Zu-/Absage zur Interviewanfrage; Einwilligungserklä- rungen aller Befragten	Ja S.56 ff. Qualitative Inhaltsanalyse n. Mayring, Codierleitfaden nach Themen- blöcken; Einbezug Zitate, strikte Trennung zwischen Expert:innen & Bewohner:innen Perspektive	Ja S.56ff.	S.59 ff. Ausführliche Diskussion der Ergebnisse, Bezug zu Zielsetzung, Ausprechen von Handlungs- empfehlunge n, weiterem Forschungs- bedarf
Willis et al. (2014/2 016)	Ja S. 283	Ja Mixed methods etwas unklar	Ja S.284 Mixed methods etwas unklar	Ja S.289 f. Randomisierte Selektion von Pflegeheimen	Ja S.283, 288, 289	Nein	Nein	Ja S.289 ff. Inhaltsanalyse der Transkripte via NVivo und Generierung von Kernthemen anhand wiederholter Themen und Probleme; Einbezug Zitate	Ja 299ff	S. 303 Benennung Limitationen, weiterem Forschungsbe- darf, Übertragbar- keit & Impli- kationen für Pflegepraxis

Anhang 3: Bewertung der Reviews

Tabelle III: Bewertung der eingeschlossenen Reviews (eigene Darstellung nach CASP (2018b))

	1. Did the review address a clearly focused question?	2. Did the authors look for the right type of papers?	3. Do you think all the important, relevant studies were included?	4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?	5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	6. What are the overall results of the review?	7. How precise are the results?	8. Can the results be applied to the local population?	9. Were all important outcomes considered?	10. Are the benefits worth the harms and costs?
Cacere s et al. (2020)	Ja S.170	Ja S.171	Ja S.171 f. Suche auf 4 Datenbanken + Hand-recherche; Fokus auf USA, aber passend zur Zielsetzung	Ja S.172 Studien-bewertung anhand des Crowe Critical Appraisal Tool durch drei Autor:innen	Ja S.172 Datenanalyse durch mehrere Autor:innen	Ergebnisse aufgeteilt in Anbieter- und LGBT Individualper spektive	S.172 laut verwendetem Mess-instrument mäßige bis starke Evidenz der eingeschlossenen Arbeiten	Ja USA, westlicher Industriestaat, aber je nach Bundesstaat unters. rechtlicher Rahmenbedingungen	Ja Übersicht aller eing. Arbeiten plus ausführliche Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	Ja
Da Silva Junior et al. (2021)	Ja S.2	Ja S.2	Ja S.2 f. Suche auf 4 Datenbanken + Hand-recherche; Fehler im FlowChart	Nein Scoping review	Teilweise S.3,6,7 Ergebnisse geordnet in 2 Kategorien; keine Erläuterung zum Vorgehen bei der Datensynthese	Angegeben in zwei Haupt-kategorien	Keine Studien-bewertung und nähere Erläuterung, sondern Überblick über Forschungs-lage	Ja S.7 International westliche Perspektive, jedoch konnten deutsche Studien selbst aufgrund der Sprachbarriere nicht einbezogen werden	Ja Übersicht aller eing. Arbeiten plus geordnete Zusammenfassung der Ergebnisse	Ja
Fasullo et al. (2021)	Ja S.2	Ja S.2	Ja S.2 Suche auf 4 Datenbanken + Hand-recherche	Ja S.3 Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Research Evidence Appraisal Tool; bewertung durch zwei Autor:innen	Ja S.3 theoretischer Rahmen für die Daten-analyse, ausführliche Erläuterung der Daten-synthese	Ausführliche Beschreibung der Ergebnisse und Best practice Empfehlungen	Nur hoch bewertete Studien eingeschlossen, Limitationen der Studien benannt	Ja S.12 International westliche Perspektive; Ergebnisse nicht generell auf alle LGBTQ Personen übertragbar (limitiert durch Studienlage)	Ja	Ja Guter Überblick über Forschungs-lage, präzise Handlungs-empehlungen und Aufzeigen von Limitationen und Forschungslücken

Eidesstattliche Versicherung

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, den 30.Mai 2022

A solid black rectangular box used to redact the signature of the author.

Jessica Stitz