

Heiko Gerlach, Markus Schupp

## **Bewusstseinskontexte und Identitätskonstruktionen homosexueller Frauen und Männer im Setting der Altenpflege – Ergebnisse einer qualitativen Studie**

Awareness Contexts and Identities of Homosexual Women and Men in Geriatric Care Settings – Results of a Qualitative Study

In their qualitative study resulting in a theory of recognition of homosexualities in senior care, the authors show that the interaction between caregivers and those requiring care in regard to dealing with homosexualities in caregiving situations is decisively shaped by the knowledge of, the suspicion of, or the ignorance of existing homosexuality. Thirty-two interviews were conducted with lesbian women and gay men receiving care and eleven with professional caregivers which were then evaluated using grounded theory methodology. With their study, the authors broaden Ken Plummer's (1973) concept of awareness contexts in dealing with homosexualities, a concept based on Barney G. Glaser and Anselm Strauss' (1965) theory of interaction with the dying. In the following article, the authors link these newly defined awareness contexts to those within their theory of recognition existent identity constructs of homosexual recipients of care. As will be shown, the well-being of homosexual recipients of care varies according to the conditions and effects of the different awareness contexts. It will also be shown how actions taken by caregivers can in particular contribute to change in awareness contexts.

### **Keywords**

homosexuality, lesbian, gay, awareness of homosexuality, identity, care-dependent, elderly care, nursing care, Grounded Theory, text hermeneutic integrative basic method

Wie die Autoren in ihrer qualitativen Studie mit dem Ergebnis einer Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege zeigen, ist die Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen im Umgang mit Homosexualitäten im Pflegesetting maßgeblich vom Wissen, von der Vermutung oder vom Nicht-Wissen um eine bestehende Homosexualität geprägt. Erhoben und mit der Methodologie der Grounded Theory ausgewertet wurden 32 Interviews mit pflegebedürftigen lesbischen Frauen und schwulen Männern sowie mit elf Pflegefachkräften. Die Autoren erweitern mit ihrer Untersuchung das Konzept der Bewusstseinskontexte im Umgang mit Homosexualitäten von Ken Plummer, basierend auf der Theorie des Umgangs mit Sterbenden von Barney G. Glaser und Anselm Strauss. Im vorliegenden Beitrag verknüpfen sie die von ihnen generierten Bewusstseinskontexte mit den als Teil ihrer Theorie der Anerkennung vorgefundenen

eingereicht 11.11.2017

akzeptiert 17.01.2018

Identitätskonstruktionen homosexueller Pflegebedürftiger und Pflegenden. Wie gezeigt wird, hängt das Wohlbefinden homosexueller Pflegebedürftiger von den (Kontext-)Bedingungen und den Auswirkungen der jeweiligen Bewusstheitskontexte ab. Ebenso wird gezeigt, welchen Beitrag pflegerisches Handeln insbesondere auf die Veränderbarkeit von Bewusstheitskontexten leisten kann.

#### Schlüsselwörter

Homosexualität, Lesben, Schwule, Bewusstheitskontext, Identität, Pflegebedürftigkeit, Altenpflege, pflegerisches Handeln, Grounded Theory

Lesbische und schwule Senior\_innen werden oftmals als solche nicht erkannt, auch werden ihre Lebensentwürfe vor dem Hintergrund einer dominierenden Heteronormativität nicht für möglich gehalten, womit sich ihre Bedürfnis- und Interessenlagen verbreitet nicht in Pflegekonzeptionen wiederfinden. Zudem handelt es sich derzeit um die Generationen lesbischer Frauen und schwuler Männer, deren Biografien durch Zeiten der staatlichen Verfolgung und Kriminalisierung sowie der gesellschaftlichen Diskriminierung und medizinischen Pathologisierung geprägt sind, wodurch viele von ihnen vorwiegend eine verdeckte Lebensweise im Alltag schützend praktizieren. Die Studienlage zu lesbischen und schwulen Senior\_innen und Pflegebedürftigen ist marginal. Erste Befragungen zeigen die Befürchtungen homosexueller Frauen und Männer vor Diskriminierung und von unzureichender Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse in Einrichtungen der Altenhilfe auf, wie bspw. die Münchner Studie „Unterm Regenbogen“ oder die Bremer Studie „Lebendige Vielfalt“ (Landeshauptstadt München 2004; Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. 2009). Im Kontext der Pflegebedürftigkeit liegt lediglich eine Einzelfallstudie von Anna Gogl vor (Gogl 1998). Eine Studie zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen und Pflege im Alter befindet sich derzeit in Arbeit.<sup>1</sup> Die Autoren wollen mit ihrer Studie (Gerlach und Schupp 2017) dies Forschungsdesiderat ein wenig zu schließen. Grundlegend für ihre explorative Studie war eine offen Fragestellung zur Lebenssituation gleichgeschlechtlich liebender Frauen und Männer in der ambulanten und stationären Altenpflege mit einer Triangulation der Perspektive der Betroffenen mit derer von Pflegefachkräften. Untersuchungsfeld ist die ambulante und stationäre Altenpflege sowie das Betreute Wohnen und in zwei Fällen die persönliche Assistenz. Befragt wurden 32 pflegebedürftige lesbische Frauen und schwule Männer<sup>2</sup> sowie elf Pflegefachkräfte mit Erfahrungen in der Pflege von homosexuellen Menschen. Hierbei konnten auch schwule Männer aus speziellen Einrichtungen für Homosexuelle und/oder für Menschen mit HIV befragt werden. Vergleichbare Einrichtungen für lesbische Frauen gibt es derzeit in Deutschland nicht. Die

1 Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter (GLEPA). Informationen unter <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/glepa/> (zuletzt geprüft am 07.01.2017).

2 Mit dem Wissen um die Vulnerabilität dieser befragten Gruppen bezüglich ihrer Homosexualitäten und ihrer Pflegebedürftigkeit entschieden sich die Forschenden keine Interviewproband\_innen zuzulassen, die durch ein solches Interview in ihrer emotionalen, physischen und psychischen Integrität verletzt werden konnten. So wurden wenige Anfragen dankend abgelehnt und in zwei Fällen wurden die Interviews behutsam abgebrochen und nicht verwendet. Auf Grundlage der Richtlinien der Ethikkommission der Universität Bremen und unter Rücksprache mit der betreuenden Professorin entschieden sich die Forschenden begründet gegen das Stellen eines Ethikantrags.

Datenanalyse basiert auf der Methodologie der Grounded Theory (im Kern nach Strauss et al. 1996) unter Einbezug der rekonstruktiven hermeneutischen Interviewanalyse (Kruse 2014). Im Ergebnis kommen die Autoren zu einer datenbasierten Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege, welchem sie mit den Bewusstseinskontexten ein im Sinne der Grounded Theory nach dem Postmodern Turn (Clarke 2012), ein sensibilisierendes Konzept zur Seite stellen. Beides bildet die Grundlage für die hier von den Autoren vorgenommene Verknüpfung der als Teil ihrer Anerkennungstheorie formulierten Identitätskonstruktionen homosexueller Pflegebedürftiger, mit den aus ihrem Datenmaterial heraus konzipierten Bewusstseinskontexten im Pflegesetting. Wie gezeigt werden wird, stehen die Identitätskonstruktionen homosexueller Pflegebedürftiger wie auch Pflegenden in einer Bedingungskonstellation zu den Bewusstseinskontexten. Im Fokus dieses Beitrags stehen die Lebenssituationen der lesbischen und schwulen Pflegebedürftigen.

Das von den Autoren beschriebene theoretische Konzept der Bewusstseinskontexte von Homosexualitäten im Pflegesetting transferiert und erweitert die Theorie der Awareness of Homosexuality von Ken Plummer (1973), dessen Entwurf wiederum basiert auf der Theorie der Bewusstseinskontexte im Umgang mit Sterbenden (Awareness of Dying) von Barney G. Glaser und Anselm Strauss (1974). Aus ihrer Forschung generierten Glaser und Strauss u. a., dass das Wissen der Interagierenden um den Zustand von sterbenden Patient\_innen entscheidend für die Interaktion mit ihnen ist (Glaser et al. 1974: 15). Plummer stellt in Analogie zur Awareness-Theorie von Glaser und Strauss fest, dass die Interaktion zwischen hetero- und homosexuellen Menschen ebenso vom Wissen, von der Vermutung oder vom Nicht-Wissen, hier um die Homosexualität maßgeblich beeinflusst wird (Plummer 1973: 103). Beiden Theorien gemein ist der jeweilige Umgang mit einem Tabuthema, bei denen eine Informationsasymmetrie die Interaktion zwischen den Beteiligten bestimmt, mit Ausnahme des offenen Bewusstseinskontexts.

Homosexualität als ein in der Gesellschaft wirkendes Stigma führt verbreitet zu Strategien homosexueller Menschen, eine entsprechende Diskreditierung zu vermeiden oder zu mindern, indem sie ihre sexuelle Orientierung vor anderen verbergen (Goffman 1975: 56–113). Bewusstseinskontexte beschreiben den jeweiligen Umgang mit der eigenen Homosexualität in Interaktionen und deren gleichzeitige Wahrnehmung, Vermutung oder Nicht-Wahrnehmung beim jeweiligen Gegenüber. Eine von den Autoren in ihrer Studie vorgenommene theoretische Erweiterung erfolgt in der Beschreibung von Interaktionen, die nicht, wie dies bei Plummer der Fall ist, durch eine einseitig vorliegende Homosexualität unter den Interagierenden geprägt sind, sondern in denen eine beiderseitige Homosexualität in der Interaktion vorliegt, womit ggf. unterschiedliche Bewusstseinskontexte und Interessen aufeinandertreffen, bspw. bei einer Interaktion zwischen einer versteckt lebenden Pflegefachkraft und einem/einer offen lebenden homosexuellen Pflegebedürftigen. Auch wird aufgezeigt, dass unterschiedliche Bewusstseinskontexte parallel zueinander vorhanden sein können. So können Pflegebedürftige bspw. gegenüber ihren Freund\_innen offen mit ihrer Homosexualität umgehen, diese aber zugleich gegenüber Pflegenden und/oder Mitbewohner\_in-

nen verbergen. Mit dem theoretischen Konzept der Bewusstheitskontexte kann das soziale Handeln der interagierenden untersucht und es können konkrete Handlungsstrategien für eine Veränderung respektive zur Öffnung von Bewusstheitskontexten abgeleitet werden. Konkret leitet die Autoren die Frage, wie pflegerisches Handeln Interaktionen derart gestalten kann, damit Pflegebedürftige in ihrem Selbstwertempfinden bestärkt und ihre Homosexualität offen leben können.

Wie sich zeigt, ist auch in der Altenpflege die Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden entscheidend von dem Wissen, von der Vermutung oder vom Nicht-Wissen um eine gegebene Homosexualität geprägt. Die Bewusstheitskontexte der Wahrnehmung stehen im engen Zusammenhang mit der/den jeweiligen homosexuellen Identitätskonstruktion/en. Die Konstruktion der Identität eines homosexuellen Menschen basiert im Sinne des symbolischen Interaktionismus auf den wechselseitigen Aushandlungsprozess des Individuums mit seiner sozialen Umwelt (Mead 1973: 177, 187), also auf den biografischen Erfahrungen, den Haltungen zur eigenen Homosexualität und den subjektiv erwarteten Reaktionen des Umfelds. Ebenso sind aus sozialpsychologischer Sicht im Abgleich zur erwarteten oder erfahrenen sozialen Anerkennung die jeweils individuell zur Verfügung stehenden persönlichen, sozialen, kulturellen und materiellen Ressourcen und Synthese-/Handlungsfähigkeiten mitentscheidend (Keupp et al. 1999: 98-100, 189-251).

Ein Coming-Out ist keine einmalige Handlung sondern vielmehr ein lebenslanger Prozess. Mit Veränderungen der Lebenszusammenhänge einher geht die bewusste oder unbewusste Entscheidung des Umgangs mit der Homosexualität vor dem neuen Umfeld (Dannecker 2000: 190-193). Wie sich zeigt, betrifft dies auch den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und besonders den in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Sozialisationsbedingt zeigen sich unterschiedliche Ausprägungen, ob jemand grundsätzlich eher offen, teiloffen oder geschlossen mit der Information über die eigene Homosexualität umgeht und wie er/sie sich selbst dazu positioniert. Wie die Autoren in ihrer Studie zeigen, wird dies auch in der Pflegebedürftigkeit fortgeführt. Die jeweilige Selbstpositionierung und das jeweilige Stigma- bzw. Identitäts-Management der sozialen Handlungsweise zur eigenen Homosexualität gegenüber dem sozialen Umfeld, hier gegenüber dem Pflegeumfeld, sind die Basis für entsprechend gestaltete Bewusstheitskontexte der homosexuellen Pflegebedürftigen.

Bestehende Bewusstheitskontexte im Untersuchungsfeld der Altenpflege befinden sich in einem Kontinuum zwischen den beiden Polen der gänzlich offenen Identitätskonstruktion und der gänzlich geschlossenen Identitätskonstruktion. Wobei der Pol der gänzlich geschlossenen Identitätskonstruktion angenommen werden muss, da diese Menschen naturgemäß für die Forschung nicht erreichbar sind. Folgend werden die von den Autoren in ihrer Studie generierten Bewusstheitskontexte beschrieben. Im Kontext des geschlossenen, des teil-offenen und des offenen Bewusstheitskontext werden die jeweils aus dem Datenmaterial konstruierten prototypischen Identitätskonstruktionen homosexueller Pflegebedürftiger dargestellt.

## 1. Geschlossener Bewusstheitskontext

Wird die eigene Homosexualität gegenüber dem Umfeld gänzlich oder gegenüber bestimmten Personen oder Gruppen verheimlicht und wird diese vom Umfeld nicht vermutet, liegt ein geschlossener Bewusstheitskontext vor. Dies ist auch dann der Fall, wenn gleichzeitig gegenüber anderen Personen eine Offenheit besteht. Beispielsweise entscheidet sich eine gegenüber ihren Freundinnen und im Bekanntenkreis offen lesbisch lebende Frau ihre Homosexualität im Pflegesetting proaktiv zu verschweigen: *„Das ist nicht offen dann. Es ist kein Thema. Weil es ist nicht offen da... Weil ich bin also nicht, also für die in Pflegesituationen bin ich eine Frau.“*<sup>3</sup>

Als Beweggründe eines geschlossenen Umgangs mit der Homosexualität lassen sich, basierend auf biografischen Erfahrungen und zeithistorischen Prägungen, die Angst vor negativen Reaktionen und vor dem gesellschaftlichen Ausschluss benennen. Dies beschreibt eine Pflegebedürftige, die Zeit ihres Lebens das Gefühl besaß, ihre lesbische Lebensweise gegenüber ihrer Umwelt verstecken zu müssen. Diese Identitätskonstruktion führt sie zunächst jahrelang auch im Pflegeheim fort: *„Also ich hatte halt Angst vor Diskriminierung. Oder dass ich von irgendetwas ausgeschlossen wäre.“* Ein geschlossener Bewusstheitskontext gegenüber Pflegenden hat zur Folge, dass die Betroffenen keine spezifischen Bedürfnisse gegenüber ihrem Pflegeumfeld äußern können bzw. dürfen. So werden die sexuelle Identität und die daraus möglicherweise resultierenden Bedürfnisse von den Pflegebedürftigen als Teil ihrer Informationskontrolle ausgeblendet. Gleichzeitig reduzieren sie sich selbst interaktiv auf die Rolle des/der „Patienten/Patientin“ oder auf ihr Geschlecht, wie dies nicht nur das zitierte Beispiel der lesbischen Frau zeigt, die gegenüber ihrem Pflegeumfeld ihr Frausein ins Zentrum stellt und ihr Lesbischsein versteckt. Damit müssen spezifische Bedürfnisse im Pflegealltag unberücksichtigt bleiben und ggf. setzt sich ein bestehender sozialer Rückzug und infolge ein Einsamkeitsempfinden fort. So empfindet ein versteckt lebender schwuler Heimbewohner seinen geschlossenen Bewusstheitskontext gegenüber den Pflegenden und den Mitbewohner\_innen als schützende und zugleich maskierende Handlungsweise. Mit der Frage nach der Möglichkeit für ihn als schwuler Mann von seinem Umfeld erkannt zu werden, verbindet er eine ersehnte Offenheit im Sinne einer Befreiung: *„O vielleicht freier. So muss ich diese Maske tragen.“* Ein seitens der Pflegebedürftigen geschlossen gehaltener Bewusstheitskontext bedeutet für Pflegende, dass partiell biografische Bereiche nicht in der Biografiearbeit und für die Pflegeplanung erhoben werden können, die eventuell auch für das pflegerische Handeln von Relevanz sind, bspw. die Initiierung sozialer Kontakte zu Gleichgesinnten.

Verschiedene Bewusstheitskontexte können gleichzeitig auf die Interaktionen Einfluss nehmen, wenn die Interaktionen von homosexuellen Menschen geführt werden, die einen unterschiedlichen Umgang mit ihrer Homosexualität pflegen. Zum Beispiel geht ein schwuler Pfleger am Arbeitsplatz weitgehend geschlossen mit seiner sexuellen Identität um: *„Und die Bewohner wissen das sowieso nicht, die fragen immer: `Mh, wie*

3 Alle hier verwendeten Zitate sind der Dissertationsschrift der Autoren mit dem Titel „Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege“ (Gerlach und Schupp 2017) entnommen.

*geht es deiner Freundin?* “Der Pfleger verfolgt für sich die Strategie der Abspaltung seiner Homosexualität von seiner Berufsrolle und begründet dies mit der Wahrung seiner Privatsphäre. Die wenigen Kolleg\_innen, die von seiner Homosexualität wissen, verpflichtet er zur Geheimhaltung. Die Beweggründe für seine Strategie basieren auf eigenen Diskriminierungserfahrungen im privaten und gesellschaftlichen Umfeld, vor allem aber an seinem Arbeitsplatz. Ein Teil der homosexuellen Bewohner\_innen scheinen trotzdem seine Homosexualität zu vermuten, was sich für ihn darüber zeigt, dass sie eine vertrauensvolle Nähe zu ihm suchen. Er vermeidet bewusst ein engeres professionelles Vertrauensverhältnis zu ihnen aufzubauen, da ihn übergeordnet die Angst vor einem möglichen Outing davon abhält. Das Dilemma für die Pflegefachkraft besteht zwischen dem Bedürfnis nach professioneller Beziehungsgestaltung und Vertrauensaufbau (freundschaftlicher Annäherung) einerseits und der Wirkmächtigkeit des eigenen Stigma-Managements andererseits. Das Beispiel zeigt, dass die Bedürfnisse und Interessen unterschiedlicher Bewusstheitskontexte in den Interaktionen zueinander inkompatibel sein können.

Selten vorgefundene Öffnungen der Bewusstheitskontexte können von den homosexuellen Pflegebedürftigen selbstbestimmt initiiert werden oder sie finden ungewollt fremdbestimmt statt. Die Informationskontrolle des Stigma-Managements kann bestenfalls zu Gunsten einer offenen Umgangsweise mit der eigenen Homosexualität aufgegeben werden. So hat bspw. eine pflegebedürftige Lesbe ihre Identitätskonstruktion des ehemals geschlossenen Umgangs mit ihrer sexuellen Identität in einen offenen Umgang verändern können. Vor der Pflegebedürftigkeit hatte sie ausschließlich nur gegenüber ihren jeweiligen Beziehungspartnerinnen offen lesbisch gelebt und offene freundschaftliche Beziehungen pflegen können. Als sie ins Pflegeheim kommt, lebt sie über Jahre dort im geschlossenen Bewusstheitskontext sozial zurückgezogen und von ihren lesbischen Lebenszusammenhängen isoliert. Erst im Rahmen ihrer eintretenden Schwerstpflegebedürftigkeit ändert sie dies. Aufgrund ihres unbedingten Bedürfnisses nach sozialen Kontakten mit lesbischen Frauen oder gar nach einer Beziehung und motiviert durch ihre Wahrnehmung einer neuerlich für sie eindeutig erkennbaren Atmosphäre der Akzeptanz von homosexuellen Menschen im Pflorgeteam kann sie für sich den Mut fassen, sich den Pflegenden anzuvertrauen: *„Ich habe einerseits mal so vorsichtig mich vorgetastet und habe dann festgestellt, dass es offensichtlich hier möglich... Also ich habe hier beispielsweise einen Schwulen gesehen hier, beim Pflegepersonal. Und da habe ich mir gedacht, na wenn der so out ist, dann kann ich mir das ja wohl auch leisten.“* Den Wegfall ihrer jahrzehntelangen Strategie der Informationskontrolle und die Freude sich offen gegenüber ihrem Pflegeumfeld als lesbisch bezeichnen zu können erfährt die Pflegebedürftige als Zustand der Befreiung. Ganz anders verhält es sich im Beispiel der vermutlich ungewollten und abrupten Veränderung eines Bewusstheitskontextes, bei der unterschiedliche Bewusstheitskontexte und unterschiedliche Bedürfnisse und Interessen aufeinandertreffen. Zwei Heimbewohner scheinen eine langjährige Verbindung zu leben, treten jedoch offiziell auch nicht als Paar auf. Die zwei werden von einem Mitbewohner bei intimen Handlungen miteinander beobachtet und gegenüber den Pflegenden denunziert. Geleitet von einem angestrebtem Klima der Offenheit in der Einrichtung

tung, werden die zwei Bewohner durch das wohlwollend gemeinte Veranlassen der Pflegenden umgehend und scheinbar gegen ihren Willen in ein gemeinsames Zimmer zusammengezogen. Zitat von einem der beiden: „*nur weil wir ein bisschen Knutschen [...] bisschen rumfummeln. Dabei sind wir ja nicht homosexuell.*“ Diese Handlung des Zusammenziehens kommt einem fremdbestimmten und nach der Denunziation zweiten ungewollten Outing der zwei Bewohner gleich. Auch wenn beide sich in Folge mit der neuen Situation arrangieren und später diese zu akzeptieren scheinen, resultiert aus deren Identitätskonstruktionen bisher und teils weiterhin versucht die Aufrechterhaltung geschlossener Bewusstseitskontexte gegenüber dem sozialen Umfeld.

Die Öffnung von Bewusstseitskontexten kann für die homosexuellen Pflegebedürftigen ein verändertes Stigma- bzw. Identitäts-Management hin zu einer Reduzierung bisheriger Stressoren aufgrund des Minderheitenstatus bedeuten. Es bietet gleichzeitig die Chance und auch die Erfordernis für Pflegenden im Dialog zu prüfen, welche Bedürfnisse und Wünsche in Folge daraus für die Pflegeplanung und das pflegerische Handeln relevant sind. Für die genannten Beispiele würde das bedeuten, dass die Öffnung eines Bewusstseitskontextes behutsam die Selbstbestimmung reflektorischofokussierend als Prozess begleitet würde bzw. professionelle Handlungsketten selbstreflektorischof zur Anwendung kämen. Die Pflegenden der zuvor zitierten Lesbe akzeptieren ihr Lesbischsein, allerdings scheint eine weitere sich aus der Öffnung ergebene individuelle Bedürfniserhebung und Pflegeplanung komplett auszubleiben. Das Bedürfnis der Lesbe nach Sozialität mit lesbischen Frauen wird nicht erfüllt und eine zu erwartende Initiative seitens der Pflegenden zur sozialen Vernetzung oder deren Eruierung zu lesbischen Gruppen oder Besuchsdiensten der nahegelegenen Großstadt unterbleibt. So stellt die Pflegebedürftige für sich fest: „*Oh weia, es gibt halt leider keine Wunder. Dass wenn ich nicht hier rauskomme selber, dann kann ich halt auch keine Lesben kennenlernen.*“ Selbst ihr damit verbundener Wunsch nach einem behindertengerechten Mobiltelefon bleibt unrealisiert.

## 2. Prototypische homosexuelle Identitätskonstruktion mit einem geschlossenen Umgang

Die prototypischen Identitätskonstruktionen homosexueller Menschen mit einem grundsätzlich weitgehend geschlossenen Umgang basieren auf erfahrenen und subjektiv erwarteten Missachtungen und Ablehnungen von Homosexualitäten. Vor dem Hintergrund gewisser Zeit- und Generationeneffekte und fehlender anerkennender sozialer Ressourcen können die physische und soziale Integrität der homosexuellen Personen im Laufe ihres Lebens derart verletzt worden sein, dass sich kein oder nur ein geringes Gruppenzugehörigkeitsgefühl entwickeln konnte und keine oder eine geringe gesellschaftliche Solidarität erwartet wird. Wenn keine Kompensation durch ein anerkennendes Beziehungsverhältnis zu sich und durch die Umwelt biografisch möglich wurde, so bleiben die Bewusstseitskontexte jener homosexuellen Identitätskonstruktionen weitgehend geschlossen. Jene homosexuellen Pflegebedürftigen besitzen eine

sehr geringe Erwartungshaltung an die Altenpflege hinsichtlich der Erfüllung psychosozialer und spezifischer Bedürfnisse und äußern diese dementsprechend eher geringfügig oder gar nicht. Zu den Interaktions- und Handlungsstrategien von Pflegebedürftigen eines geschlossenen Bewusstseinskontextes können das Verheimlichen der eigenen Homosexualität, das Vermeiden von Selbstbezeichnungen, das Verleugnen und Täuschen über die homosexuelle Lebensweise sowie das Vermeiden von gegenständlichen Symboliken und Signalen gehören. Auch werden leibliche Kommunikationsformen vermieden, die auf eine Homosexualität hindeuten könnten, bspw. durch das Vermeiden entsprechender nonverbaler Gesten oder eine körperliche Nähe zu anderen homosexuellen Menschen. In der Erfahrung und/oder in der Erwartung einer fehlenden Anerkennung als homosexuelle Person führen sie ihr bisheriges Identitäts- und Stigma-Management in der Altenpflege fort, reklamieren für sich den Schutz und die Sicherheit als erhoffte Maxime und erleben sich dadurch individuell in verschiedenen Lebensbereichen vielfach eingeschränkt. Fehlt eine Anerkennung von Homosexualitäten im Bezugsrahmen der homosexuellen Pflegebedürftigen, fühlen sie sich in ihren homosexuellen Identitätskonstruktionen bestätigt ihren geschlossenen Umgang fortzuführen. Auch wird zumeist auch das Ausleben sexueller Bedürfnisse vermieden.

Wie jedoch beispielhaft anhand einer lesbischen Pflegebedürftigen aufgezeigt, verändert ein geringer Teil der Pflegebedürftigen ihr Identitäts- und Stigma-Management und einhergehend ihre homosexuellen Identitätskonstruktionen aufgrund erfahrbarer Formen der Anerkennung im Pflegesetting. Eine atmosphärisch erfahrbare und faktisch wahrnehmbare soziale Wertschätzung und interaktive Bestätigung gegenüber Homosexuellen führt zu einer Öffnung gegenüber ihrem Umfeld.

### 3. Geschlossener Bewusstseinskontext der Vermutung

Beim geschlossenen Bewusstseinskontext der Vermutung intendiert die homosexuelle Person ihre Homosexualität geheim zu halten, während mindestens eine interagierende Person oder Gruppe die Vermutung hierüber hegt. Die Gefahr eines solchen Bewusstseinskontextes liegt in einer abrupten ungewollten Öffnung, die sich negativ auf das Wohlbefinden der homosexuellen Person auswirken kann, wie dies das Beispiel der beiden oben zitierten schwulen Männer zeigt. Um dies zu vermeiden, berichtet eine lesbische Pflegefachkraft eines ambulanten Pflegedienstes von ihrer sensiblen Umgangsweise mit einem Pflegebedürftigen. Sie wie auch ihre Kolleg\_innen schließen auf die Homosexualität des Pflegebedürftigen aufgrund der Bilder in der Häuslichkeit von ihm und seinem verstorbenen und als solcher bezeichneten „Kollegen“, mit dem er zusammengewohnt und den er gepflegt habe. Auch das explizite Bedürfnis des Pflegebedürftigen, ausschließlich von weiblichen Pflegenden versorgt zu werden, damit er gegenüber der Nachbarschaft nicht als schwul gelte, verweist für sie auf dessen geschlossene Identitätskonstruktion. Die Pflegenden akzeptieren sein Bedürfnis und tragen dafür Sorge, dass keine männlichen Pflegenden ihn besuchen. Würden sie dies nicht gewährleisten, wäre der Pflegebedürftige alltäglich in Angst versetzt, dass sein soziales Umfeld Rückschlüsse zöge und er wohlmöglich geoutet sei, unabhängig davon,

ob dies so ist. Im Sinne des symbolischen Interaktionismus wird der Pflegebedürftige von seiner subjektiven Wahrnehmung der Situation geleitet und nicht von objektiven Maßstäben.

Eine Veränderung des Bewusstseitskontextes der Vermutung kann dann einsetzen, wenn ebenso wie oben bereits beschrieben, innere wie äußere Faktoren dies begünstigen. So berichtet eine Pflegefachkraft von einem Bewohner, dessen innere Motivation der Öffnung durch das erlebte Klima in der Einrichtung getriggert wird: *„weil der ja auch sein ganzes Leben lang, so wie der mal erzählt hat, sich auch mehr oder weniger so versteckt hat. [...] bei dem war das ja früher so, dass er das alles so geheim gehalten hat. Und deshalb denke ich mal, wollte er das erstmal beibehalten. Aber dann, wo der gesehen hat, wie die Reaktion hier ist, wie die Leute hier sind, dass er sich ja schon ein bisschen mehr getraut hat, darüber offen zu reden.“* Einerseits werden hier gezielt vertrauensbildende Maßnahmen zum Beziehungsaufbau seitens der Leitung gesetzt und andererseits scheinen ein integratives offenes Klima gegenüber Homosexuellen in der Pflegeeinrichtung den Mut zur Öffnung sukzessive beim Bewohner zu befördern. Eine gänzlich andere Veränderung des geschlossenen Bewusstseitskontextes der Vermutung hin zur Öffnung ermöglicht eine Pflegefachkraft über die leibliche Kommunikation. Ihrer Vermutung zunächst folgend, versucht sie im Laufe der Pflegebeziehung das Thema Homosexualität in der Interaktion mit einem Bewohner zu verbalisieren, was dieser vehement ablehnt. Gleichwohl gibt der Pflegebedürftige dem Pflegenden auf der nonverbalen Ebene über Händedrücker und in der leiblichen Kommunikation zu verstehen, dass er homosexuell ist. Eine leibliche Öffnung des Bewusstseitskontextes und ein Verstehen ohne Verbalisierung werden möglich.

#### 4. Bewusstseitskontext der tabuisierten Offenheit

Bei einem Bewusstseitskontext der tabuisierten Offenheit liegt zwar ein Wissen um die Homosexualität eines/einer der Interagierenden vor, worüber allerdings nicht offen gesprochen wird. Die Tabuisierung der Homosexualität kann in der Interaktion entweder dadurch aufrechterhalten werden, dass die homosexuelle Person mit weitgehender Sicherheit annimmt, dass ihr Umfeld darüber Bescheid weiß, es aber nicht thematisiert. Oder das Umfeld weiß um die Homosexualität einer Person, die wiederum davon nichts weiß oder ahnt. Eine eventuelle Thematisierung orientiert sich in beiden Fällen an der homosexuellen Person. Im Gegensatz zum geschlossenen Bewusstseitskontext besteht bei der tabuisierten Offenheit die potentielle Möglichkeit oder sogar ein Bedürfnis nach personen- oder gruppenbezogener Öffnung. So outet sich bspw. ein Heimbewohner vor dem Einzug gegenüber der Leitung, die ihm Diskriminierungsfreiheit zusichert. Obwohl er seine homosexuellen Lebensbezüge außerhalb des Heims fortführt, tabuisiert er in den Anfangsmonaten seine Homosexualität im Pflegeumfeld, um personenbezogen zunächst gegenüber den Pflegenden schrittweise Vertrauen und Sicherheit zu finden und eine Öffnung herbeizuführen.

Da bei der tabuisierten Offenheit die potentielle Option zur Öffnung besteht, wird seitens der homosexuellen Pflegebedürftigen weniger Energie in der Aufrechterhaltung der Informationskontrolle gelegt als beim geschlossenen Bewusstseinskontext. Zur Interaktionsstrategie kann mehr oder weniger durchaus das Verwenden eindeutiger Signale oder gegenständlicher Symbole gehören, die auf eine homosexuelle Lebensweise hindeuten. So kann dies ein Versuch sein das Pflegeumfeld zur persönlichen Ansprache zu animieren, wie das ein Heimbewohner ausdrückt: *„Ich habe ja immer gewartet, dass man mich mal anspricht. Ich habe mal so Hinweise gegeben, ne?“* Der Bewohner hofft natürlich, dass die Pflegenden diese Hinweise erkennen und ansprechen. Als Voraussetzung für ein nachfolgendes sukzessives Outing wirkt seine Annahme, dass eine reaktive Ansprache der Pflegenden eher von Akzeptanz geleitet sein wird, wenn ihrerseits eine direkte Thematisierung erfolge. Des Weiteren fördert ein zuvor angestrebter Beziehungsaufbau das notwendige Vertrauen, dass ihm eine selektive Offenbarung möglich werden lässt: *„Und das wird das Nächste sein, jetzt. Ich habe mir ein, zwei schon ausgesucht, denen ich es auch mal sagen werde.“*

Die Auswirkungen der Interaktionen im Bewusstseinskontext der tabuisierten Offenheit können mehrere Dimensionen umfassen. So hält bspw. ein Bewohner seinen geschlossenen Bewusstseinskontext, unter dem er angibt zu leiden, gegenüber seinem Pflegeumfeld aufrecht, obwohl die Pflegenden aufgrund der Kontextbedingungen, bspw. der psycho-sozialen Betreuung durch eine Beratungsstelle für Schwule, um seine Homosexualität wissen müssten. Die Angst vor Entdeckung und die einhergehenden innerlichen Belastungen der permanenten Informationskontrolle könnten hier bspw. durch eine behutsame die Homosexualität anerkennende Annäherung der Pflegenden gemindert werden. Die Veränderung des Bewusstseinskontextes von der tabuisierten hin zu einer personen- oder gruppenbezogenen oder zu einer gänzlichen Offenheit wird dadurch möglich, dass homosexuelle Pflegebedürftige eine eindeutige Sicherheit verspüren, bei einem Outing keine Repressalien zu erfahren, während gleichzeitig Personen oder Gruppen im Umfeld die Signale einer Öffnung erkennen und darauf reagieren.

## 5. Prototypische Identitätskonstruktion mit einem teiloffenen Umgang

Eine bestehende Teiloffenheit bedeutet immer das zeitgleiche Vorliegen unterschiedlicher Bewusstseinskontexte. Der Identitätsprozess der homosexuellen Menschen mit einem vorwiegend teiloffenen Umgang kennzeichnet sich durch eine bestehende Ambivalenz zwischen Offenheit und Geheimhaltung, welche situations-, personen- oder gruppenbezogen je nach subjektiver Erwartung eher in die eine oder andere Richtung gelebt wird. Das Handlungsmuster der Teiloffenheit ist geprägt von biografischen Erfahrungen von Homosexualitätsanerkennenden und zugleich -missachtenden Erfahrungen und wird jeweils selektiv abgewogen. Beispielsweise können Akzeptanz oder Toleranz durch die Primärbeziehungen (bspw. zu den Eltern) für ein homosexuelles

Selbstvertrauen fortwährend förderlich wirken, wohingegen ablehnende Erfahrungen hemmend auf den homosexuellen Identitätsprozess Einfluss nehmen können. Je nachdem wie dieser Identitätskonstruktionsprozess in Wechselwirkung mit dem jeweiligen sozialen (Bezugs-)Umfeld fortwährend verläuft, gibt es Pflegebedürftige, die mit ihrer homosexuellen Identitätskonstruktion der Teiloffenheit in fast allen Lebensbereichen tendenziell offen leben, während sie nur vereinzelt bestimmte Situationen, Personen oder Gruppen hiervon ausschließen und/oder eine Offenbarung auch weniger als eine Bedrohung bewerten. Hingegen gibt es ebenso Pflegebedürftige mit einer homosexuellen Identitätskonstruktion der Teiloffenheit mit der grundsätzlichen Tendenz zu einem weitgehend geschlossenen Umgang in allen Lebensbereichen, während gleichzeitig nur vereinzelt bestimmte Personen oder Gruppen eingeweiht werden, um sich weitgehend vor (evtl. weiteren) Verletzungen ihrer physischen und sozialen Integrität als homosexueller Mensch zu schützen. Im Gegensatz zum bspw. offenen Bewusstseinskontext dominieren allerdings ambivalente und teils eher negative Erfahrungen, die ihr Identitäts- und Stigma-Management bestimmen. Auch zeigen sich vermehrt ambivalente und selbstablehnende Haltungen. Als Interaktions- und Handlungsstrategien homosexueller Identitätskonstruktionen mit einem teiloffenen Umgang sind ein teiloffenes eher konfrontationsvermeidendes Kommunizieren der eigenen Homosexualität, wobei diese nicht strikt gegenüber anderen verleugnet würde, zu benennen. Selbstbezeichnungen und das Verwenden von Symbolen werden situations-, personen- oder gruppenbezogen verwendet oder gleichzeitig vermieden. Ebenso verhält es sich mit der Artikulation und dem Ausleben von homosexualitätsbezogenen Bedürfnissen. Menschen mit einer teiloffenen Identitätskonstruktion insbesondere mit der Tendenz zu eher geschlossenen Bewusstseinskontexten stecken sehr viel Energie in ihre alltägliche Informationskontrolle im Rahmen ihres Identitäts- und Stigma-Managements, was neben ihrem allgemeinen Alltagsstress als zusätzlicher Stressor wirkt.

## 6. Offener Bewusstseinskontext

Die Interaktion im offenen Bewusstseinskontext kennzeichnet sich durch die offenen Interaktions- und Handlungsstrategien homosexueller Menschen mit ihrer Homosexualität und durch das vorhandene zweifelsfreie Wissen ihres sozialen Umfelds darum.

Die spezielle oder integrative Ausrichtung einer Pflegeeinrichtung kann intervenierend auf den offenen Umgang einwirken. So ist bspw. in speziellen Einrichtungen das Outing automatisch gegeben, sobald ein pflegebedürftiger Mensch in diese einzieht. Das Merkmal der Homosexualität gilt hier als Einzugsvoraussetzung und die Offenheit wird bereits mit der Kontaktaufnahme hergestellt. So beschreibt bspw. ein Pflegebedürftiger seine Entscheidungsfindung für den Einzug in eine schwule Pflegewohngemeinschaft wie folgt: *„Ja, weil es schwul ist. Nicht nur diese Einrichtung, sondern das ganze Haus drumherum, sind – nicht nur, aber fast nur Lesben und Schwule hier.“* Pflegedienste oder Pflegeheime mit einer integrativen Pflegekonzeption kommunizieren bspw. über Flyer oder die Verwendung von Signalen, wie das Anbringen einer Regenbogenfahne im Eingangsbereich, ihre Offenheit für Homosexuelle. Solidaritätssignale ma-

chen nach außen hin auf die Einrichtung aufmerksam und können im Vorfeld Sicherheit als Diskriminierungsschutz und Vertrauen für die Kontaktaufnahme herstellen. Auch eine Spezialisierung für Menschen mit HIV wird von einigen Pflegebedürftigen als eine besondere Offenheit gegenüber homosexuellen Menschen gedeutet, wie dies ein schwuler Mann bei der Auswahl seines Pflegedienst beschreibt: *„Den Pflegedienst, wo ich jetzt habe, ist ein Pflegedienst, der hier mit der AIDS-Hilfe zusammenarbeitet. Und das war dann halt nahe gelegen, dass so ein Pflegedienst dazukommt. Ist für mich natürlich auch eine Sache... äh ich bin homosexuell.“* Bei herkömmlichen Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ist die Ausgangssituation für homosexuelle Menschen ungemein schwerer, da sie nicht wissen können, wie mit einer Offenbarung ihrer Homosexualitäten umgegangen werden wird. Dementsprechend fallen ihre Strategien unterschiedlich im Spektrum einer zaghaften Sondierung bis hin zu einer forschenden Offenbarung ihrer Homosexualitäten aus. Ein offener Bewusstseinskontext kann bspw. durch faktisches Handeln als gleichgeschlechtliches Paar im Pflegesetting hergestellt werden, was insbesondere dann notwendig wird, wenn die Rolle des/der sorgenden oder pflegenden Partners/Partnerin aufrechterhalten bleiben soll. Die Atmosphäre eines offenen Bewusstseinskontextes im Pflegesetting kann sich über die kognitive und leiborientierte Erfahrbarkeit eines offenen Klimas gegenüber homosexuellen Menschen vermitteln, wie dies anhand der beiden Beispiele einer lesbischen Frau und eines schwulen Mannes gezeigt wurde, die ihren Bewusstseinskontext gegenüber den Pflegenden öffneten. Eine Offenbarung kann insbesondere in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen nicht nur ein permanentes Outing, sondern auch eine Konfrontation mit den Reaktionen von Mitbewohner\_innen bedeuten, wie das ein Interviewproband im Betreuten Wohnen aufzeigt: *„So Schwulsein ist direkt auch angesprochen worden. Auch mit kritischen Fragen von meinen Nachbarinnen. Hab ich auch drauf Antwort gegeben. Auch mal ein bisschen flapsig, sehen Sie, da haben wir schon wieder ein Vorurteil, hab ich mal gesagt zu einer. Also die konnte keine küssende Männer ausstehen.“*

Ein offener Umgang mit der eigenen Homosexualität von Pflegenden am Arbeitsplatz kann identitätserhaltend und -stärkend auf die homosexuellen Pflegebedürftigen wirken. So nehmen manche von ihnen eine Vorbildfunktion für eine offene Umgangsweise ein und/oder ermöglichen einen vertrauensvollen, sensiblen und empathischen Beziehungsaufbau, wenn um die biografischen und zeitgeschichtlichen Hintergründe von Lesben und Schwulen gewusst wird.

Die Folge eines offenen Bewusstseinskontextes ist eine nicht mehr notwendige Informationskontrolle, wodurch ein offener Umgang mit der eigenen Biografie, also der individuellen homosexuellen Identitätskonstruktion und einhergehender spezifischer Bedürfnisse resultiert. Die Ausgestaltung der Interaktionen fällt je nach konzeptioneller Ausrichtung der Einrichtungen sehr unterschiedlich aus. Eine weitestgehende Offenheit findet sich in den speziellen Pflegeeinrichtungen für schwule Männer. Das wird von den interviewten Bewohnern als Glückseligkeit erfahren. Trotzdem ein dortiges Zusammenleben durchaus nicht als Eintracht erlebt wird, sichert ihnen ein gegenseitig erfahrbarer Respekt, sich nicht permanent und grundlegend als homosexueller Mensch gegenüber der Umwelt erklären zu müssen.

## 7. Prototypische Identitätskonstruktion mit einem offenen Umgang

Die Homosexualitäten anerkennende Faktoren wie etwa anerkennende soziale Ressourcen, bestimmte Zeit- und Generationseffekte und pflegerisches Handeln nehmen förderlich Einfluss auf die fortwährende Konstituierung von homosexuellen Identitäten mit einer hohen Selbstakzeptanz und offenen Umgangsweise. Mit den homosexuellen Identitätskonstruktionen einer vorwiegend offenen Umgangsweise gehen spezifische Bedürfnisse und Erwartungen auch ans Pflegeumfeld einher. Zu den Interaktions- und Handlungsweisen gehören das offene Kommunizieren über die eigene Homosexualität, das Verwenden von Selbstbezeichnungen, das Verwenden von Symbolen und Signalen, das leibliche Kommunizieren hierüber über nonverbale Gesten und Haltungen oder das explizite Benennen spezifischer Bedürfnisse gegenüber dem Pflegeumfeld. An die offene Umgangsweise ist die Erwartung der Pflegebedürftigen gekoppelt, dass sie durch ihr Handeln die gewünschte Anerkennung und Bewahrung ihrer Integrität als homosexueller Mensch im sozialen Umfeld aufrechterhalten können und weitgehend vor Diskriminierungen Schutz finden.

### Schlussbetrachtung

Das Konzept der Bewusstheitskontexte und der dahinterliegenden Identitätskonstruktionen soll aufzeigen, wie Pflegebedürftige mit ihren Homosexualitäten umgehen, wie sie im Pflegesetting wahrgenommen werden und wie sich diese Wahrnehmung in ihren Ausprägungen der Sichtbarkeit, der Vermutung und der Unsichtbarkeit (Nicht-Wahrnehmung) auf ihr Wohlbefinden auswirkt. Ableitend aus dieser Analyse kann gezeigt werden, unter welchen Bedingungen pflegerisches Handeln derart wirksam werden kann, dass ein bestehender Bewusstheitskontext veränderbar wird. Veränderbar bedeutet eine Öffnung der Bewusstheitskontexte, womit Strategien des Versteckens nicht mehr notwendig sind, was das Wohlbefinden homosexueller Menschen fördert. Es wird deutlich, dass das Wissen, die Vermutung oder das Nicht-Wissen um die Homosexualität eines/einer Interagierenden in Wechselbeziehung zur sozialen Umwelt der jeweiligen Zeithistorie und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bedeutsam für die Konstitution und Fortführung der homosexuellen Identitäten sind. Gerade weil das in der Regel zeitgleiche Bestehen unterschiedlicher Bewusstheitskontexte eine multiperspektivische Komplexität hervorbringt, scheint das theoretische Konzept der Bewusstheitskontexte zur Analyse einer tabugeprägten Situation von homosexuellen Menschen im Pflegesetting hilfreich. Es zeigt sich, dass die jeweiligen Bewusstheitskontexte der homosexuellen Pflegebedürftigen und Pflegenden von deren Identitätskonstruktionen abhängen, die wiederum abhängen von den erwartbaren oder erfahrbaren Anerkennungs- und Missachtungsformen des Pflegeumfelds gegenüber homosexuellen Menschen. Damit werden die Bewusstheitskontexte über die Identitätskonstruktionen unmittelbar von einem anerkennenden oder missachtenden pflegerischen Handeln abhängig. Zu einem pflegerischen Handeln der Anerkennung gehört zunächst das

Erkennen der Homosexualität Pflegebedürftiger respektive dass eine solche grundsätzlich für möglich gehalten wird. Auch gehören hierzu die emotionale Zuwendung im Sinne einer pflegerischen Fürsorge sowie die soziale Wertschätzung homosexueller Pflegebedürftiger. Dieses (An-)Erkennen von homosexuellen Pflegebedürftigen mit ihren jeweiligen heterogenen Biografien und Identitäten kann u. a. durch Reflexion und Fortbildung ins pflegerische Handeln sensibel und subjektorientiert integriert werden. Belastende Stressfaktoren, wie die Angst vor Entdeckung, würden minimiert werden können. Das und eine konzeptionelle Öffnung im Sinne einer integrativen Berücksichtigung homosexueller Menschen und deren Bedürfnisse würden eine identitätsstärkende und an der Vielfalt von Lebensentwürfen orientierte Pflege nicht nur, aber vor allem für homosexuelle Pflegebedürftige ermöglichen.

## Literatur

- Clarke, A. E. (2012): Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem postmodern turn. Wiesbaden: Springer VS (Interdisziplinäre Diskursforschung)
- Dannecker, M. (2000): Der „gewöhnliche Homosexuelle“ an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. In: Setz, W. (Hg.): Die Geschichte der Homosexualitäten und die schwule Identität an der Jahrtausendwende. Eine Vortragsreihe. Berlin: Verl. Rosa Winkel (Bibliothek rosa Winkel, 25), S. 177–195
- Gerlach, H.; Schupp, M. (2017): Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen. eingereicht am 12.06.2017. Online verfügbar unter <https://d-nb.info/1149220007/34>, zuletzt geprüft am 28.12.2017
- Glaser, B. G.; Strauss, Anselm L. (1965): Awareness of Dying. By Barney G. Glaser and Anselm L. Strauss. Chicago: Aldine (Observations)
- Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (1974): Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Sammlung Vandenhoeck)
- Goffman, E. (1975): Stigma. Über Techniken d. Bewältigung beschädigter Identität. 1. Aufl. Frankfurt (am Main): Suhrkamp (Suhrkamp-taschenbücher wissenschaft, 140)
- Gogl, A. (1998): Alt, pflegebedürftig und homosexuell – Das Erleben eines betroffenen Patienten und seines Pflegeteams: Hans Huber. In: Pflege (11), S. 224–234
- Keupp, H.; Ahbe, T.; Gmür, W.; Höfer, R.; Mitzscherlich, B.; Kraus, W.; Straus, F. (1999): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. 4. Ausg, 2008. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl (Rowohlt, 55634 : Rowohlts Enzyklopädie)
- Kruse, J. (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden)
- Landeshauptstadt München (2004): Unter'm Regenbogen. Lesben und Schwule in München. Ergebnisse einer Befragung durch die Landeshauptstadt München
- Mead, G. H. (1973): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. 1. Aufl. Frankfurt (am Main): Suhrkamp (Suhrkamp-taschenbücher wissenschaft, 28)
- Plummer, K. (1973): Awareness of Homosexuality. In: Roy Victor Bailey und Jock Young (Hg.): Contemporary Social Problems in Britain. Farnborough, [Lexington, Mass.]: Saxon House; Lexington Books, S. 103–125
- Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. (2009): Lebendige Vielfalt – Schwule und Lesben in Bremen. zur aktuellen Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Land Bremen (2008). Ergebnisse der Fragebogenaktion Lebendige Vielfalt, 2009. Online verfügbar unter <http://www.ratundtat-bremen.de/PDF-Archiv/Downloads-Beratung/Fragebogenaktion-Lebendige-Vielfalt-2008.pdf>, zuletzt geprüft am 01.05.2016

- Strauss, A. L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink (UTB für Wissenschaft, 1776)
- Strauss, A. L.; Corbin, J. M. (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion

*Dr. Heiko Gerlach*

Diplom-Pflegewirt, Falkenried 97, 20251 Hamburg, info@heiko-gerlach.de

*Dr. Markus Schupp* [Korrespondenz]

Diplom-Sozialwissenschaftler, Paul-Schallück-Straße 9, 50939 Köln, mail@markusschupp.de

Philipp Kenel, Claudia Gather, Ralf Lottmann

## **„Das war noch nie Thema hier, noch nie!“ Sexuelle Vielfalt in der Altenpflege – Perspektiven für ein Diversity Management**

“This has never been addressed here, ever!” Sexual Diversity in Long-term Care – Perspectives for Diversity Management

Under the banner of Diversity Management (DM), Economics and Business Studies have conceptualised human diversity within society as a valuable resource for companies. The concept of DM is therefore gaining popularity within human resources across different sectors – also within long-term care. This paper examines the general (theoretical) approach of DM within everyday practices in long-term care facilities, focusing on the case of ‘sexual diversity’. We investigate specific situations in which sexual diversity becomes an ‘issue’ in order to explore specific aspects of the sector (long-term care) and of the targeted diversity ‘dimension’ of sexual diversity, reflecting on important aspects for potential Diversity Management programmes. For this purpose, we analysed problem-centred interviews with managers of different care facilities. It could be demonstrated that a lack of institutional DM measures may cause uncertainty for staff members within their everyday operations. In the discussion, we comment on specific characteristics of Diversity Management within (long-term) care and for the ‘dimension’ of sexual diversity, which seem relevant for implementing adequate measures. In sum, diversity measures seem helpful within the context of care services, however, particular features of this sector need to be taken into careful consideration, such as the relationships between staff and clients. In addition, there can be potential risks for members of staff, such as being ‘outed’ by a third party.

### **Keywords**

Critical Diversity Studies, Diversity, Diversity Management, Sexual Identity, LGBTI, Long-term Care, Human Resources, Homosexuality

---

eingereicht 15.01.2018

akzeptiert 08.05.2018

Unter dem Titel Diversity Management (DM) fasst die Betriebswirtschaftslehre ein Konzept der Personalführung, welches zahlreiche Vorteile menschlicher Vielfalt betont und diese für Betriebe nutzbar machen will. Der vorliegende Artikel bezieht diesen Anspruch des DM-Konzepts auf Einrichtungen der stationären Altenpflege, anhand der Diversity-Dimension „sexuelle Vielfalt“. Es werden Situationen in der Altenpflege, bei denen sexuelle Vielfalt Thema wird, untersucht, um der Frage nachzugehen, welche Aspekte für das Personal und die Klient\_innen im Pflegealltag relevant werden. Dafür wurden problemzentrierte Interviews mit Führungskräften in Pflegeheimen ausgewertet. Es zeigt sich, dass ein fehlendes institutionelles (Diversity) Management zum Umgang mit sexueller Vielfalt Unsicherheiten für das Personal im Betriebsalltag erzeugen kann. In der Diskussion werden Besonderheiten eines DM für die Pflege und für die Dimension sexuelle Vielfalt behandelt und Überlegungen angeschlossen, welche Aspekte für entsprechende Praxismaßnahmen relevant sein können. DM-Maßnahmen erscheinen den Autor\_innen im pflegerischen Kontext sinnvoll, wobei Spezifika dieser Dienstleistungsbranche, wie persönliche Bindungen zwischen Personal und Klient\_innen, und eventuelle Risiken, wie z. B. ein Fremdouiting, berücksichtigt werden sollten.

### Schlüsselwörter

Kritische Diversity-Forschung, Vielfalt, Diversity Management, sexuelle Identität, LSBTI, Altenpflege, Personalführung, Homosexualität

## 1. Einleitung

Die Sicherung von Arbeitskräften ist für die Pflegebranche eine der großen Herausforderungen der kommenden Jahre. Prognosen gehen davon aus, dass in Deutschland bis zum Jahr 2030 ca. 200.000 ausgebildete Pflegenden fehlen werden (Afentakis/Maier 2010). In diesem Kontext wird auch Diversity(Management), ein Konzept aus der Personalführung, zunehmend als Chance diskutiert. Die Berliner Senatsverwaltung schreibt etwa von einer „*Mobilisierung des Beschäftigungspotenzials im Hinblick auf Diversität*“ (2015: o.S.) als eine Maßnahme zur Fachkräftesicherung in der Altenpflege, wobei Pflegeberufe so attraktiver werden und gleichzeitig verschiedene Zielgruppen besser angesprochen werden sollen (Berliner Senatsverwaltung 2015).

Solche sogenannten ‚win-win-Situationen‘ für Mitarbeiter\_innen, Betrieb und auch Kund\_innen werden in der betriebswirtschaftlichen Literatur zu Diversity(Management) häufig aufgeführt (siehe 2.1). Branchenspezifische Besonderheiten werden dabei allerdings oft außer Acht gelassen. DM kam maßgeblich über amerikanische Großunternehmen wie Ford und IBM von den USA nach Deutschland und hat seinen Ursprung in eher industriell geprägten Branchen und Betriebsstrukturen, die sich signifikant von Dienstleistungsbranchen wie der Pflegebranche unterscheiden. Zudem bleibt in weiten Teilen der Literatur zu DM offen, wie zwischen verschiedenen individuellen und gruppenbezogenen Merkmalen differenziert wird, die unter ‚Diversity‘ zusammengefasst werden (Geschlecht, sexuelle Vielfalt<sup>1</sup>, Alter, physische Fähigkeiten,

1 Statt der im Rahmen von Diversity Management meist gewählten Bezeichnungen ‚sexuelle Identität‘ und ‚sexuelle Orientierung‘ oder des Akronyms ‚LSBTI‘ (für lesbisch, schwul, bisexuell, trans\* und inter\*) verwenden wir hier den eher übergeordneten Begriff ‚sexuelle Vielfalt‘, um die Heterogenität der Gruppe zu berücksichtigen. Geht es um einzelne Personen sprechen wir von ‚Identität‘.

kulturelle Vielfalt<sup>2</sup> und Religion/Weltanschauung, siehe 2.1). Wo ‚Diversity‘ draufsteht, werden in Praxis und Forschung aber nur selten mehrere ‚Diversity-Dimensionen‘ berücksichtigt. Die Dimension der sexuellen Vielfalt bleibt oft unberücksichtigt, während andere, wie Geschlecht und kulturelle Vielfalt, häufiger im Zentrum stehen. Doch inwiefern ist der Anspruch des Diversity Managements (DM) universell (branchenübergreifend) und übertragbar (auf verschiedene ‚Dimensionen‘)? Inwiefern gelten also die Prinzipien des DM auch für die Pflege als personenzentrierte Dienstleistung, wo die Beziehungen zwischen Personal und den zu Pflegenden (Kund\_innen) eine große Bedeutung haben, bzw. was ist hier zu berücksichtigen?

Der vorliegende Artikel stellt Überlegungen dazu an, welche Besonderheiten die Dimension sexuelle Vielfalt in der Pflege aufwirft und welche Aspekte für ein DM von sexueller Vielfalt hier Berücksichtigung finden sollten. Dafür wurden Interviews, die im Rahmen des Forschungsprojekts ‚Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter‘ (kurz: ‚GLEPA‘)<sup>3</sup> erhoben wurden, ausgewertet. Wir gehen der Frage nach, wie die Befragten mit der sexuellen Vielfalt im Pflegealltag umgehen und welche Spezifika die Altenpflege und die Dimension sexuelle Vielfalt in diesen Situationen aufweisen. In der Diskussion gehen wir ferner darauf ein, ob sich aus den Ergebnissen zentrale Aspekte für ein DM in der Altenpflege in Bezug auf sexuelle Vielfalt ableiten lassen.

Der Beitrag ist folgendermaßen aufgebaut: zunächst wird der Forschungsstand zu DM allgemein, zu spezifischen Merkmalen der Diversity-Dimension sexuelle Vielfalt, sowie zum Diversity Management innerhalb der Pflegebranche dargestellt (Abschnitt 2). Auf dieser Basis kann die Forschungslücke für den hier vorliegenden Beitrag genauer beschrieben werden. Der darauffolgende Abschnitt (3) skizziert die methodischen Aspekte der qualitativen Studie GLEPA. Die im Rahmen von GLEPA durchgeführten Interviews mit Führungskräften bilden die Grundlage für die in diesem Beitrag vorgestellten Ergebnisse zu DM in der Altenpflege mit Bezug zur sexuellen Vielfalt. Diese werden in Abschnitt 4 anhand konkreter Interviewpassagen präsentiert und illustriert. Anhand der vorgestellten Ergebnisse gehen wir anschließend in der Diskussion (5) darauf ein, ob sich hieraus zentrale Aspekte für ein Diversity Management in der Altenpflege in Bezug auf sexuelle Vielfalt ableiten lassen. Abschließend werden unsere Ergebnisse und Schlussfolgerungen reflektiert und Forschungsdesiderate diskutiert.

2 Im Englischen wird meist der Begriff ‚Race‘ verwendet. Im Deutschen wird die Übersetzung ‚Rasse‘ vermieden, doch sind auch die vorwiegend vorzufindenden Begriffe ‚ethnische/kulturelle Zugehörigkeit/Herkunft‘, ‚Ethnizität‘ oder ‚Hautfarbe‘ problematisch. Diese machen, genauso wie der Begriff ‚Race‘, u. a. keinen Unterschied zwischen verschiedenen Exklusions- oder Diskriminierungserfahrungen (etwa aufgrund der Hautfarbe oder durch Migrationserfahrungen). Fortan benutzen wir hier den Begriff ‚kulturelle Vielfalt‘, da im pflegerischen Kontext meist ‚kulturelle‘ Aspekte wie Sprache oder kultureller Umkreis thematisiert werden (Stichwort: ‚kultursensible Altenpflege‘) – wohl wissend, dass auch dieser Begriff nicht unproblematisch ist.

3 ‚GLEPA‘ wurde vom Institut für angewandte Forschung Berlin e.V. gefördert (2015-17) und von der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin durchgeführt. Das GLEPA-Forschungsprojekt beinhaltete eine Kooperation mit Praxispartnern aus LSBTI-Organisationen und Pflegedienstleistern. GLEPA fokussierte die Situation und die Bedarfe von LSBTI sowohl anhand von Interviews mit pflegebedürftigen Senior\_innen als auch mit Expert\_innen in der Pflege und im Bereich LSBTI.

## 2. Forschungsstand: Diversity (Management) in der Pflege

### 2.1 Diversity und Diversity Management

Der Grundgedanke des Diversity-Konzepts geht davon aus, dass Menschen unterscheidbare individuelle und gruppenbezogene Merkmale aufweisen, welche als ‚Dimensionen‘ bezeichnet werden (Krell 2008; Köllen 2012; Hanappi-Egger 2015). Ein verbreitetes Diversity-Modell geht auf Loden/Rosener (1991) zurück und umfasst sechs ‚Kerndimensionen‘: Geschlecht, sexuelle Vielfalt, Alter, physische Fähigkeiten, kulturelle Vielfalt und Religion oder Weltanschauung (Charta der Vielfalt 2011; Hanappi-Egger 2015). Diese sechs sozialen oder individuellen Merkmale, oder eben Dimensionen, werden auch meist in der Antidiskriminierungsgesetzgebung verschiedener Länder berücksichtigt, so auch in Deutschland seit 2006, im Rahmen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2006).

Diversity Management ist, vereinfacht, die Anwendung des gesellschaftlichen Vielfalts-Gedankens auf die organisationale Ebene, etwa in Unternehmen oder Behörden. Ziel ist, dass *„alle Mitarbeitenden Wertschätzung erfahren und motiviert sind, ihr Potential zum Nutzen der Organisation einzubringen“* (Charta der Vielfalt e.V. 2011: 1). In der Management-Perspektive wird Vielfalt somit als ein Instrument zur Steigerung der unternehmerischen Leistung und Wertschöpfung gesehen (Europäische Kommission 2012; Department for Business, Innovation and Skills 2013). McKinsey schreibt dazu: *„Diversity? Die personelle Vielfalt in Organisationen, führt zu eindeutigen ökonomischen Vorteilen: Unternehmen mit gemischt zusammengesetzten Vorständen haben (...) Renditeunterschiede von mehr als 50%, zeigt unsere breit angelegte Untersuchung in Deutschland, Frankreich, Großbritannien und den USA“* (2011: 3).

Konkreter identifiziert die betriebswirtschaftliche Literatur fünf ökonomische Argumente für den Einsatz von DM (Hanappi-Egger 2015: 215). Dazu gehören: (1) „Kostenreduktion“ (ibid.), etwa durch Bindung von Mitarbeiter\_innen an das Unternehmen, sowie durch Steigerung deren Motivation, (2) „Personalressourcen“ (ibid.), da das Unternehmen als Arbeitgeber (für manche Personengruppen) attraktiver wird, (3) „Marketing“ (ibid.), um neue Kund\_innengruppen zu erschließen und/oder um das Image des Unternehmens zu verbessern, (4) „Kreativität und Problemlösungskompetenz“ (ibid.), weil menschliche Vielfalt auch eine Vielfalt der Perspektiven in betriebliche Prozesse miteinbringt, und (5) „Flexibilisierung innerhalb des Unternehmens und eine bessere Wahrnehmung des organisationalen Umfelds“ (ibid.: 216), sowie eine verbesserte Reaktion auf Veränderungen.

Solche sogenannten ‚win-win-Argumente‘ für DM werden allerdings auch kritisch betrachtet, etwa als Übertragung eines wirtschaftlichen Nutzenkalküls auf menschliche Vielfalt (Kubisch 2003; Rastetter/Dreas 2016). Dabei wird beklagt, dass DM ethische Prinzipien einer ökonomischen Marktlogik und der Gewinnmaximierung unterordnet (Krell 2008; Meuser 2013; Bührmann 2015). Ferner wird konstatiert, dass DM soziale Ungleichheiten oder Machtverhältnisse unzureichend thematisiert (Walgen-

bach 2012). In der betrieblichen Praxis und in der empirischen Forschung werden außerdem in den seltensten Fällen alle (sechs) Diversity-Dimensionen – die zudem sehr verschiedenartig sind, wie das Geschlecht, das Alter, der Glaube, die physischen Fähigkeiten, etc. – gleichzeitig und gleichwertig betrachtet. Häufig wird nur eine Dimension fokussiert – in Deutschland meist das Geschlecht (Kubisch 2003; Köppel 2014; Rastetter/Sieben 2015) – während die sexuelle Vielfalt oft unberücksichtigt bleibt.

## 2.2 Studien zur DM-Dimension sexuelle Vielfalt

Die vorliegenden Forschungsbeiträge zur Dimension sexuelle Vielfalt sind überwiegend aus betriebswirtschaftlicher Perspektive und praxisnah verfasst. Sie fokussieren Vielfalt oft im Rahmen von unternehmerischem Erfolg und versuchen ggf. einen Zusammenhang zwischen Umsatz und Vielfalt herzustellen. Häufig wird darin insbesondere die Homosexualität von Führungskräften thematisiert. Köllen (2010) legte eine der ersten wichtigen Studien zur sexuellen Vielfalt in Unternehmen vor. Er stellte fest, dass von den 30 DAX-Unternehmen 22 DM-Maßnahmen umsetzen, davon aber lediglich 7 Unternehmen, die sexuelle Vielfalt berücksichtigen. Die Dimension Geschlecht hingegen kommt in allen 22 DM-Konzepten vor. Der Völklinger Kreis (2015) stellt in einer jüngeren Studie über 117 Unternehmen fest, dass 50% die sexuelle Vielfalt berücksichtigen (ein deutlicher Zuwachs im Verhältnis zu einer ähnlichen Studie von 2013, wo es nur 37% der befragten Unternehmen waren). Allerdings handelt es sich bei den meisten erfassten Unternehmen um Unterzeichner der ‚Charta der Vielfalt‘, also um Betriebe, die sich explizit zur Umsetzung von DM-Maßnahmen bereit erklärt haben, und um große Unternehmen mit über 1.000 Beschäftigten.

Dass die sexuelle Vielfalt beim DM immer noch unterrepräsentiert ist, zeigt sich vor allem auch im Vergleich zu den anderen Dimensionen: In der Studie vom Völklinger Kreis (2015) liegt die sexuelle Vielfalt auf dem vorletzten 6. Rang für die untersuchten Unternehmen. Dem Verein ‚Charta der Vielfalt‘ zufolge sehen 60% der Unternehmen in Deutschland 2016 nach eigenen Angaben keinen Handlungsbedarf, DM-Maßnahmen in Bezug auf die Dimension sexuelle Vielfalt einzuführen, womit diese Dimension hier den allerletzten Rang einnimmt. Bei dieser Studie war der Anteil an Unterzeichnern der ‚Charta‘ geringer als in der Studie des Völklinger Kreises (und erfasst somit eher auch Unternehmen in Deutschland, die sich nicht explizit mit DM-Maßnahmen beschäftigen). Diese Untersuchungen zeigen, dass die in diesem Beitrag betrachtete Dimension der ‚sexuellen Vielfalt‘ zwar (in der Theorie zu Diversity/DM) den Kerndimensionen zugerechnet wird, aber in der Forschung und in der betrieblichen Praxis wenig Beachtung findet (Krell 2008; Köllen 2010; 2012).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zu sexueller Vielfalt im Rahmen von DM wenig sozialwissenschaftliche Studien vorliegen. Wenn überhaupt, überwiegt meist eine funktionalistische Forschungsperspektive (Sieben/Rastetter 2017). Außerdem lässt sich feststellen, dass trans- und intergeschlechtliche Personen kaum vorkommen. Dies wird unter anderem damit erklärt, dass für diese Merkmale im Gegensatz zu Ge-

schlecht, Alter und Nationalität kaum Datengrundlagen vorliegen (Sieben/Rastetter 2017: 20). Des Weiteren werden branchenspezifische Aspekte selten beleuchtet, weswegen der folgende Abschnitt näher auf pflegerelevante Literatur zum Thema DM eingeht.

### 2.3 Diversity Management In der Pflege In Deutschland

Auch in der Pflegebranche wird das Konzept des DM aufgegriffen. Doch ähnlich wie in den meisten anderen Branchen findet die Dimension sexuelle Vielfalt weniger Beachtung als andere Dimensionen. Für Deutschland stellen die Beiträge von Herrmann/Kätker (2007) und Gransee et al. (2009) die empirischen Arbeiten zu DM in der Pflege dar. Beide Arbeiten führen die Dimension sexuelle Vielfalt in den theoretischen, einleitenden Abschnitten auf, gehen in den empirischen Fallstudien aber nicht auf sexuelle Vielfalt ein. Gransee et al. (2009) fokussieren im empirischen Teil lediglich die Dimensionen ‚Geschlecht‘ (z. B. die Männergesundheitsförderung oder geschlechtsspezifische Aspekte in der Interaktion zwischen Ärzt\_innen und Patient\_innen) und die ‚kulturelle Vielfalt‘ (z. B. Barrieren in der Gesundheitsförderung von Migrant\_innen oder Beratung für pflegende Angehörige demenzerkrankter Migranten und Migrantinnen). Herrmann/Kätker (2007) präsentieren Fallbeispiele, die sich auf die Dimensionen ‚kulturelle Vielfalt‘, ‚Geschlecht‘ und ‚Alter‘ beziehen. In Schmidt/Walter (2014) werden lediglich einige good practice Initiativen für Homosexuelle genannt.

In Bezug auf eine Berliner Studie stellen Schröder/Scheffler folgerichtig eine „Diskrepanz von Theorie und Praxis“ (2015: 6) fest. Vom Berliner Senat gibt es zwar seit 2005 Seniorenleitlinien, die auf eine Berücksichtigung der sexuellen Vielfalt verweisen. Doch „[o]bwohl die Hälfte der befragten Leitungskräfte eine stärkere Thematisierung spezifischer Bedürfnisse von LSBT Senior\_innen rein theoretisch für notwendig hält, passiert in der Praxis der Einrichtungen fast nichts. Die Verantwortung hierfür wird wenn, dann dem Ausbildungsbereich ‚zugeschoben‘ bzw. bleibt unerfüllt. Theoretische Konzepte wie bspw. die Berliner Seniorenleitlinien sind über der Hälfte der Befragten zwar bekannt, werden aber in der eigenen Praxis kaum umgesetzt“ (Schröder/Scheffler 2016: 6).

In dem Zitat zeigt sich auch eine zentrale Besonderheit in der Forschung zu DM in der Pflege. Statt sich auf das Personal zu konzentrieren, werden hier die „Bedürfnisse von LSBT Seniorinnen“ fokussiert, welche aus einer betrieblichen Perspektive die Klient\_innen, Patient\_innen oder Kund\_innen wären. Damit wird in der Pflege meist nur eine Perspektive von DM betrachtet, die in der betriebswirtschaftlichen Literatur als ‚Absatzmarkt‘ bezeichnet würde: „Die externe Strategieausrichtung bezieht sich auf den Absatzmarkt und wird häufiger (auch) im US-amerikanischen Kontext realisiert. Hierbei geht es darum, durch geeignete Zielgruppenansprache (Ethno-Marketing, Gay-Marketing, SeniorInnen-Marketing, etc.) neue KundInnen-Segmente zu erschließen und Marktanteile zu vergrößern. Entsprechende Aktivitäten werden aber auch zunehmend von Firmen im deutschsprachigen Raum gesetzt“ (Hanappi-Egger 2015: 219).

Für das übliche betriebswirtschaftliche Verständnis von DM ist das eher ungewöhnlich, denn primär zielt DM – als ein Konzept aus der Personalführung – auf Diversity in der Belegschaft, wie folgendes Zitat zeigt: „Im Mittelpunkt [von DM] steht die Idee, dass es betriebswirtschaftlich sinnvoller ist, die für bestimmte Jobs am besten geeigneten Individuen zu rekrutieren anstatt reflexartig stereotype Ausgrenzung zu reproduzieren. Diversitätsmanagement bezieht sich also vor allem auf den Personalbereich (Hanappi-Egger 2015: 218).

Dieser einseitige Fokus auf Diversity in der Klient\_innenschaft in der Pflege zeigt sich auch im Diskurs über die Dimension ‚kulturelle Vielfalt, welcher momentan an Bedeutung gewinnt. Khan-Zvornicanin stellt als Leitfrage einer ‚kultursensiblen (Alten-)Pflege‘ heraus: „Wie werden alte, kranke Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen der professionellen Altenhilfe beraten, betreut und gepflegt?“ (2016: 13). Auch hier steht offensichtlich nicht die klassische (betriebswirtschaftliche) DM-Perspektive auf Vielfalt der Mitarbeitenden als Ressource im Vordergrund. Eine ähnliche Sichtweise lässt sich auch in einer Broschüre mit Handlungsempfehlungen zur sexuellen Vielfalt in der Pflege erkennen: Stummer (2014) schlägt vor, das Konzept und das Wissen über ‚kultursensible Pflege‘ auf LSB(TI) zu übertragen. LSB(TI) Personal als Pflegenden – im Sinne des personalbezogenen DM – werden auch hier nicht thematisiert.

Wenn die ‚kulturelle Vielfalt‘ bei Mitarbeitenden thematisiert wird, dann dominiert meist ein defizitorientierter Blick, z. B. in Bezug auf mangelnde Deutschkenntnisse der Mitarbeitenden (Oldenburger 2010; Friebe 2016). Einige Beiträge stellen allerdings auch ‚kulturelle Vielfalt‘ als Ressource vor. Rommelspacher (2016) etwa schildert, wie Fachkräfte mit transkulturellen Erfahrungen als ‚Mittler‘ zwischen Kolleg\_innen und Patient\_innen fungieren können.

Es lässt sich festhalten: (Auch) in der Forschung zu DM in der Pflege liegt der Fokus überwiegend auf einer einzelnen Dimension (meist ‚Geschlecht‘, zunehmend ‚kulturelle Vielfalt‘), wird aber trotzdem mit ‚Diversity‘ oder ‚Diversity Management‘ überschrieben, so als würden alle sechs ‚Kerndimensionen‘ adressiert (Rommelspacher/Kollak 2016; Khan-Zvornicanin 2016). Unter dem Thema DM bleibt so die Dimension sexuelle Vielfalt meist außen vor. Insofern stoßen die im Folgenden vorgelegten Ergebnisse in eine Forschungslücke, da die sexuelle Vielfalt in der Altenpflege in Deutschland – insbesondere in Bezug auf die Mitarbeitenden – in den Blick genommen wird. Wir fragen, wie die Befragten die sexuelle Vielfalt im Pflegealltag verhandeln und welche Thematiken, Problematiken und Besonderheiten für die Altenpflege und die Dimension sexuelle Vielfalt dabei aufgezeigt werden. Der weitgehend universell und übertragbar formulierte Anspruch der DM-Literatur wird somit mit dem empirischen Material aus der GLEPA-Studie kontrastiert.

### 3. Methodisches Vorgehen

Die Datengrundlage für die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse sind Interviews des Forschungsprojekts ‚Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter‘ (kurz:

,GLEPA<sup>4</sup>). Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden u. a. zehn Interviews mit Expert\_innen durchgeführt (überwiegend Personen mit leitenden Funktionen in Pflegebetrieben der stationären Altenhilfe). Die Interviewleitfäden wurden in Anlehnung an das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) entwickelt. Die Interviews dauerten durchschnittlich ca. 60 Minuten. Von den zehn Interviews wurden für diesen Beitrag vier Interviews ausgewählt, da diese im besonderen Maße das Thema LSBTI-Personal in der Pflege behandeln. Von den vier Interviewpartner\_innen sind zwei cisweiblich (eine lesbisch, eine heterosexuell) und zwei cis-männlich (einer schwul, einer heterosexuell).<sup>4</sup> Die Auswertung erfolgte nach den Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007). Bei der Auswertung der Daten wurde zunächst das Spezifische der jeweiligen Interviews herausgearbeitet. Mittels eines Codierleitfadens wurden dann zentrale Kategorien, Besonderheiten und Gemeinsamkeiten im Material zu den Untersuchungsfragen entwickelt und differenziert.

Die in der Datenerhebung erfassten Betriebe haben keine institutionalisierten DM-Maßnahmen in Bezug auf die sexuelle Vielfalt implementiert. Die Präsentation der Ergebnisse im Folgenden ist also keine Evaluierung bestehender DM-Maßnahmen. Die Rekrutierung der Expert\_innen erfolgte über einen GLEPA-Praxispartner, wobei sich alle Befragten freiwillig für die Bereitschaft zu einem Interview gemeldet haben. Wir müssen daher davon ausgehen, dass die befragten Heimleiter\_innen zu den stärker an LSBTI-Themen interessierten und informierten Führungspersonen von Pflegebetrieben gehören. Möglicherweise liegt bei ihnen ein geringeres Ausmaß an Wissenslücken zum Thema vor als im Durchschnitt der Heimleiter\_innen in Pflegebetrieben. Auch das Präsentationsinteresse in der Interviewsituation könnte von einem vergleichsweise starken Interesse für LSBTI-Themen geleitet sein, weil die Befragten antizipieren, dass eine gewisse Sensibilität im Umgang mit dem Thema vom Interviewer erwünscht sein könnte.

Ein Votum der Ethikkommission der projektleitenden Hochschule wurde nicht eingeholt, da keine Interventionen vorgenommen wurden und alle Teilnehmenden selbstbestimmt über Zustimmung oder Ablehnung der Interviewanfrage entscheiden konnten. Einwilligungserklärungen aller Befragten wurden eingeholt; auf die allein wissenschaftliche Nutzung der Daten wurde verwiesen. Sämtliche Daten wurden anonymisiert. Die Autor\_innen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## 4. Ergebnisse

Empirisch konnten drei wichtige Bereiche identifiziert werden, die einen Bezug zu DM herstellen: 1) der betriebliche Umgang mit Outing-Situationen des Pflegepersonals 2) (fehlendes) Wissen zur sexuellen Vielfalt im Betrieb und 3) LSBTI-Mitarbeitende als Ressource für die Pflegeeinrichtung. Diese drei Bereiche sowie deren Ausprägungen und Zusammenhänge werden im Folgenden dargestellt und durch Interviewausschnitte illustriert.

<sup>4</sup> Als ‚cis‘ werden jene Personen bezeichnet, die sich mit ihrem Geburtsgeschlecht identifizieren.

#### 4.1 Der betriebliche Umgang mit Outing-Situationen des Personals

In diesem Abschnitt werden Äußerungen vorgestellt, die sich direkt auf Outing-Situationen beziehen. Dies betrifft Textstellen, in denen die sexuelle Vielfalt problematisiert wird oder wo Reaktionen auf Outing-Situationen beschrieben werden. Außerdem wurden Erfahrungen von lesbischem und schwulem Personal in Outing-Situationen angesprochen.

Alle Interviewten geben an, dass es positiv sei, wenn ihre Mitarbeitenden offen mit ihrer Homosexualität oder Transidentität umgehen. Sie zeichnen ein deutliches Bild, dass sie als Führungskraft ein Outing von Mitarbeitenden begrüßen. In einem Fall wird zudem von einer aktiven Unterstützung von Seiten des Betriebs berichtet: *„... ein Coming-Out hatten wir auch mal in einer Einrichtung. Ich muss gerade überlegen, wie das war früher. (.) Da hatten wir, ich glaube, einen 17-Jährigen (.) oder 18 oder so irgendwie, war der Zivi, glaube ich. Wird 18 gewesen sein. Der hatte – hatte in der Zeit, wo er da war, ein Coming-out, der wurde aber sehr unterstützt“* (IPE1: 233).<sup>5</sup>

Auch eine interviewte lesbische Wohnbereichsleiterin eines Pflegeheimes konstatiert bezüglich ihres eigenen Coming-Out in ihrer Pflegeeinrichtung: *„direkt in der Pflege, hab ich da nicht so schlechte Erfahrungen gemacht“* (IPE2: 123), was ein akzeptierendes Umfeld suggeriert.

Trotz dieser positiven Grundhaltung scheint es jedoch keine eingespielten Vorgehensweisen oder gar betrieblichen Standards zu geben, um auch institutionell zu signalisieren und festzuhalten, dass gleichgeschlechtliche und trans\* Lebensweisen als gleichwertig akzeptiert werden. Interessant für den o. g. Fall ist, dass die lesbische Führungskraft eine potentiell positive Erfahrung negiert: *„nicht so schlechte Erfahrungen“* (ibid.). Das ist deshalb aufschlussreich, da der Interviewer nach negativen und positiven Erfahrungen gefragt hatte. Mögliche positive Erfahrungen werden von der Interviewten nicht in Betracht gezogen.

Ähnlich verhält es sich bei Äußerungen der heterosexuellen Heimleiter\_innen, etwa bei der Neueinstellung einer transsexuellen Mitarbeitenden in einem Betrieb: *„Alle anderen haben das recht gelassen genommen. (...) Und die Bewohner, die sind damit wirklich locker umgegangen so“* (IPE1, 37). Die Textstelle zeigt, dass auch hier der Heimleiter dieser Pflegeeinrichtung eine cis-normative Haltung unterstellt und negative Reaktionen von Seiten des Kollegiums oder der Klient\_innen antizipiert. Dieses Voraussetzen einer binären Geschlechterordnung sowie von Heteronormativität führt im Praxisalltag häufig dazu, dass Mitarbeiter\_innen ihre geschlechtliche und sexuelle Identität verstecken, was diese i. d. R. als Einschränkung erleben: *„Das ist auf jeden Fall ne Einschränkung. Also das ist so ganz alltäglich. Heute hab ich zum Beispiel ner Bewohnerin erzählt, dass mein Kind krank is und dann will man schon sagen, da is die Mama zu Hause. Aber das verstehn die ja dann gar nicht. Dann isses schon ne Einschränkung, dass man das nich offen erzählen kann“* (IPE2: 125).

5 IPE1 bis IPE4 sind die anonymisierten Bezeichnungen für die ausgewählten interviewten Heimleiter\_innen.

Fehlendes institutionelles DM, etwa durch betriebliche Standards oder Leitlinien in Bezug auf das Outing von LSBTI-Personal, zeigen sich an weiteren Stellen. Ein Heimleiter beschreibt, wie ein Kollege nach der Vorstellung der neuen transgeschlechtlichen Mitarbeiter\_in das Gespräch sucht: *„Und zum Beispiel blieb der Haustechniker dann in der Runde nachher sitzen, was er sonst nie tut, er springt sonst immer mit als Erstes auf und wartete, bis alle draußen sind und sagte dann zu mir, völlig entgeistert: Chef, das war doch ein Mann! Ja? Und (.) also ganz so ... ha, schockiert“* (IPE1: 37).

Der Haustechniker zeigt an dieser Stelle Klärungsbedarf und wendet sich damit an den Heimleiter, welcher damit in eine Vermittlerrolle gerät. In einem weiteren Fall in einem anderen Pflegeheim wird dies noch deutlicher: Eine Heimbewohnerin spricht hier direkt die sexuelle Identität einer Mitarbeiterin an. Konkret will die verunsicherte Bewohnerin wissen, ob besagte Mitarbeiterin lesbisch sei. Die Heimleiterin daraufhin: *„Hm, ich sage, am besten ist es, wenn Sie sich mal mit Petra<sup>6</sup> darüber unterhalten, mit der Dame, die das betrifft, unterhalten, fragen Sie sie einfach“* (IPE3: 61).

Auch diese Heimleiterin kommt somit in eine Vermittlerrolle in Bezug auf die sexuelle Vielfalt des Personals, obgleich ihr das eventuell gar nicht bewusst ist und sie unvorbereitet auf diese Rolle reagiert: *„Da bin ich in einen Gewissenskonflikt gekommen und habe gesagt: Naja ... Habe mir so gedacht, was machst du denn jetzt? Vielleicht mögen die das nicht, dass das publik wird?“* (IPE3: 77).

Die Befragte ist hier zum einen unsicher, wie sie reagieren soll, zum anderen sieht sie sich als Führungskraft, als Vertreterin der Einrichtung, nicht direkt in der Verantwortung. Sie delegiert die Aufgabe letztlich an die Bewohnerin und die Mitarbeiterin selbst und informiert sich lediglich im Anschluss an das Gespräch zwischen den beiden: *„Die Wohnbereichsleiterin hat mir ... mich hinterher (.) in Kenntnis gesetzt. Ich habe gefragt: Und, haben Sie mit den Damen gesprochen? Jaja. Ich sagte: Und? (.) Ja, das stimmt. Sie hat ein Problem damit“* (IPE3: 103).

Auch wenn die Führungskraft also einen Bedarf sieht, dass ‚das Thema‘, also die sexuelle Vielfalt, angesprochen und ‚geklärt‘ wird, handelt sie nicht selbst aktiv. Eine verantwortungsvolle Vorgehensweise der Führungskraft, um einen diskriminierungsfreien Raum für ihr Personal herzustellen, ist nicht erkennbar. Die lesbische Pflegenden und die verunsicherte Heimbewohnerin waren letztlich in der Lage, die Situation selbst zu lösen – ohne Unterstützung oder Moderation durch die Organisation oder Führungskraft. Die Heimleiterin ist sich zudem selbst unsicher, ob sie angemessen auf die Nachfrage der Bewohnerin bezüglich der sexuellen Identität einer Pflegenden reagiert hat. Ihre Reaktion ist spontan und lässt erkennen, dass sie sich nicht an einer offiziellen betrieblichen Vorgabe oder Verfahrensweise orientieren kann. Die befragten Führungspersonen – und somit die Organisationen – sind auf solche Situationen nur bedingt vorbereitet und geraten dadurch tendenziell in eine Überforderung. Wenn es keine betrieblichen Standards gibt, handelt jede\_r nach eigenem Wissen und Gutdünken. Wie es um dieses steht, wird im nächsten Abschnitt dargelegt.

6 Alle Namen in den Interviewpassagen sind geändert.

#### 4.2 (Fehlendes) Wissen zur sexuellen Vielfalt im Betrieb

Wie bereits erwähnt, gibt es in den von uns untersuchten Einrichtungen keine betrieblichen Standards für den Umgang mit LSBTI-Personal im Sinne eines Diversity Managements. Dadurch können sich die befragten Heimleiter\_innen in Arbeitssituationen lediglich an ihren persönlichen Kompetenzen und Kenntnissen in Bezug zum Thema LSBTI orientieren. Die jeweiligen individuellen Kompetenzen und Lebensweltkenntnisse der Heimleiter\_innen zu LSBTI erlangen so eine zentrale Bedeutung für den Umgang mit LSBTI-Themen, da Entscheidungen und Verhaltensweisen v. a. auf dieser Basis getroffen werden. Dieser Abschnitt beinhaltet daher Textstellen, die Aufschluss über die Lebensweltkenntnisse der Befragten zu LSBTI geben.

Unsere Daten zeigen insgesamt unterschiedliche Erfahrung mit und Wissenskompetenzen zum Thema LSBTI in den untersuchten Einrichtungen. Die Aussagen der Interviewpartner\_innen stimmen darin überein, dass das Thema in betrieblichen Fortbildungen noch nicht auf der Agenda stand: *„das war noch nie Thema hier, noch nie! Noch nie irgendwo. (.) Als er das eingebracht hat, dass es da ein Forschungsprojekt gibt. Und da bin ich einfach hellhörig geworden und habe gesagt, das interessiert mich“* (IPE3: 41).<sup>7</sup>

Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass die interviewten Heimleiter\_innen teilweise über ein eher eingeschränktes Wissen zu den Lebenswelten von LSBTI-Personen verfügen und diesen gelegentlich stereotype Merkmale zuschreiben. Ein heterosexueller Heimleiter setzte etwa sexuelle Identität mit Sexualität und sexuellen Vorlieben und Praktiken gleich (IPE1: 73; IPE3: 141). Dadurch entsteht die Schwierigkeit, in einen Dialog über sexuelle Vielfalt und sexuelle Identitäten zu gelangen: *„Äh ja, eigentlich ... ja, hätte ich es jetzt nicht getan, weil ich ja bei den anderen auch nicht frage, äh sind Sie eigentlich heterosexuell oder wie geht's Ihnen eigentlich mit Ihrer Sexualität? Also ja, das - das halt wirklich ein etwas (.) Unterfragtes irgendwie. Und für mich hätte das so ein bisschen so was wie (.) ja, ich weiß nicht, warum - warum soll ich jemanden ... Sexualität haben wir ja alle. Also warum soll ich jemand nach seiner speziellen Ausrichtung ... ich frage ja auch nicht andere: Sagen Sie mal, stehen Sie auf Füße oder so? Ja? Oder (lacht)“* (IPE1: 79).

Darüber hinaus wird Transgeschlechtlichkeit in unseren Daten wiederholt mit Travestie bzw. Cross-Dressing verwechselt: *„es gab auch einen Bewohner, zum Beispiel trans war, so, also der sich dann ... der einen anderen Kleiderschrank haben wollte“* (IPE1: 31). Eine stereotype Gleichsetzung von sexueller und geschlechtlicher Identität erfolgt auch in weiteren Fällen mit Bezug auf die Kleidung (IPE3: 141).

Die von uns interviewten heterosexuellen Heimleiterinnen und Heimleiter orientieren sich insgesamt häufig an klischeehaften Bildern und Symbolen. Davon unterscheidet sich das Wissen bei den interviewten lesbischen und schwulen Mitarbeitenden und Heimleiter\_innen.

<sup>7</sup> Aussage der interviewten Heimleiterin zum Grund ihrer Teilnahme an einem Interview im Rahmen unseres Forschungsprojekts. Der erste Satz dieses Abschnittes wurde als direktes Zitat in den Titel dieses Beitrags integriert.

### 4.3 LSBTI-Mitarbeitende als Ressource für die Pflegeeinrichtung

Die von uns befragten LSBTI-Mitarbeitenden zeigen in unseren Daten einen relativ hohen Wissensstand über die Lebenswelt von LSBTI-Personen. In diesem Abschnitt werden wir darlegen, welche Kompetenzen dabei für den Alltag mit LSBTI-Pflegebedürftigen hilfreich sein können und inwiefern die LSBTI-Mitarbeitenden ihre Perspektive in Bezug zur betrieblichen Ebene setzen.

Generell postulieren mehrere (auch heterosexuelle) Expert\_innen, dass bei LSBTI-Pflegepersonal ein größeres Verständnis für die Situation von LSBTI-Pflegebedürftigen und ihren Bedarfen vorhanden ist. Damit meinen die Befragten ein „besseres Reinversetzen“ und Nachvollziehen von Lebensgeschichten und Ausgangssituationen (IPE2: 141) sowie ein „schnellerer Draht“ zu Senior\_innen, die – wie sie – schwul oder lesbisch sind oder sein könnten (IPE4: 285). Dieser Zugang erlaube ein größeres Potenzial bei der Sicherstellung von Teilhabe im Pflegealltag z. B. für szenenahe Angebote (IPE4: 109ff.; IPE2: 43). Die Kenntnis der Lebenswelten von LSBTI erlaubt möglicherweise einen unbeschwerteten und selbstverständlicheren Zugang mit Humor und Empathie: *„ich könnte mir vorstellen, dass es einfach (.) an manchen Stellen eine andere Art des Umgangs ist, des Humors ist, des Miteinanders, des Ausgleichens“*, so ein Heimleiter (IPE4: 135). Schwule oder lesbische Führungskräfte waren zudem in der Lage, Probleme innerhalb der Pflege zu erkennen, z. B. in heteronormativ empfundenen Dokumenten (hier: Aufnahmebögen, die allein auf heterosexuelle Ehepartner abgestellt sind, IPE2: 23; IPE4: 37).

Die befragten lesbischen, schwulen und trans\* Mitarbeitenden bringen eine Expertise mit, die als Ressource für den Betrieb genutzt werden kann, besonders in der Pflege von LSBTI-Personen. Sie können somit auch als Ansprechpartner\_innen für potenzielle LSBTI-Klient\_innen innerhalb der Pflegeeinrichtung fungieren. Dies wird indirekt auch von einem heterosexuellen Heimleiter erkannt und unterstützt, wenn dieser eine Parallele zur kultursensiblen Altenpflege zieht: *„also das ist an der Stelle genauso wie (.) wenn ich gucke, dass ich türkische Bewohner habe und gucke, dass sie auf einen Bereich kommen, wo wenigstens ein türkischer Mitarbeiter ist. Der ... weil der kann ja auch öffnen und Türöffner sein für Kulturelles so, und das finde ich in dem Bereich auch so, dass ich denke, also wenn jemand käme, wo ich das wüsste, dass das so ist, dann fänd ich das auch toll, wenn der auf dem Bereich wäre, wo zum Beispiel der schwule Mitarbeiter ist, weil ich ja ... weil ich den auch so erlebe, dass der offen damit umgeht. Ja, und ich dann wüsste, okay, es gibt eine Person da oben, die begegnet jetzt dem, der da gekommen ist, auf eine offene Art und er weiß auch darum, was für ihn wichtig ist, ja?“* (IPE1: 217).

So eine Aussage wird jedoch dann problematisch, wenn über Differenzierungsmerkmale wie die sexuelle Orientierung persönliche Zuständigkeiten innerhalb des Berufs etabliert werden (sollen). Das Risiko dabei ist, wie es auch Rommelspacher (2016) in Bezug auf die kulturelle Vielfalt benennt, dass das Thema ‚sexuelle Vielfalt‘ dann an Einzelne delegiert wird und der Betrieb als Ganzes sich nicht damit auseinandersetzt.

Interessant ist, dass von mehreren Heimleiter\_innen (IPE1; IPE4) ferner die Zusammensetzung der Teams thematisiert wird. Hier wird eine ‚gute Mischung‘ angestrebt, wozu wohl auch gehört, LSBTI-Pflegende im Team mit dabei zu haben: *„Also das ist schon wichtig, glaube ich, da einfach da so eine Sensibilität kriegt man schneller ... kriegt man dann auch schneller in so ein Team ja auch hinein. Und das (.) ist so, dass das tatsächlich eine wichtige Rolle spielt, ja. Dass es ein guter Mix ist auch, so die Teams“* (IPE4: 163).

Dieses Zitat illustriert für die Dimension sexuelle Vielfalt eine positive Konnotation einer Perspektivenvielfalt, frei nach dem Credo des Diversity-Magaments ‚Gemischte Teams liefern bessere Ergebnisse‘.

## 5. Diskussion

Wir haben untersucht, wie sexuelle Vielfalt in Betrieben der stationären Altenhilfe thematisiert und verhandelt wird, wobei sich hinsichtlich der Haltungen und der Alltagssprachen ein mannigfaltiges Bild bei den Interviewten darstellt. Die Ergebnisse in 4.1 – Der betriebliche Umgang mit Outing-Situationen des Personals – zeigen, dass alle Führungskräfte ein Outing von schwul-lesbischem Personal begrüßen. Für das Personal selbst bestehen aber trotzdem Situationen, in denen es sich gezielt nicht outet. Sexuelle Vielfalt war in unseren Daten gelegentlich Ursache von Nachfragen und Konflikten im Betrieb. In diesen Fällen können Heimleiter\_innen rasch überfordert sein und Schwierigkeiten haben, angemessen zu reagieren. An betrieblichen Standards konnten sie sich in diesen Situationen nicht orientieren, da es diese zu diesem Thema/dieser Dimension nicht gab. In 4.2. – (Fehlendes) Wissen zur sexuellen Vielfalt im Betrieb – wurde gezeigt, dass es zwischen heterosexuellen und homosexuellen Führungspersonen in der Pflege bedeutende Unterschiede bei den Kenntnissen über die Lebenswelten von LSBTI geben kann. Heterosexuelle Heimleiter\_innen orientieren sich in den betrachteten Fällen eher an Stereotypen als an differenzierten Bildern zu LSBTI-Personen. Darauf aufbauend konnte in 4.3 – LSBTI-Mitarbeitende als Ressource für die Pflegeeinrichtung – gezeigt werden, warum LSBTI-Personal als eine Ressource für den Betrieb betrachtet werden kann, insbesondere im Umgang mit LSBTI-Pflegebedürftigen. LSBTI-Personal scheint es leichter zu gelingen, Problemlagen von LSBTI und (mögliche) Maßnahmen zur Verbesserung der Sichtbarkeit von LSBTI in der Pflege zu erkennen. Das differenziertere Wissen des schwul-lesbischen Personals über Lebenswelten von LSBTI mag hierfür eine Grundlage bilden.

Mit Blick auf die Argumentationen aus der betriebswirtschaftlichen DM-Theorie (siehe 2.1) lässt sich aus den empirischen Ergebnissen aus der Pflegebranche Folgendes schlussfolgern: Die Annahme, dass vielfältiges Personal eine Ressource darstellt, um gewisse Zielgruppen des ‚Absatzmarkts‘ (hier: die LSBTI-Pflegebedürftigen) besser anzusprechen, wird tendenziell bestätigt. Dieser Aspekt kann zudem auf das ‚Produkt Pflegequalität‘ ausgedehnt werden, wenn es beispielsweise um die Berücksichtigung von Lebensweltkenntnissen und Teilhabe bei LSBTI-Klient\_innen geht. Dies mag als Besonderheit der Branche zu verstehen sein, da die Beziehungen zwischen Personal

und Kund\_innen in der Pflege eher langfristig, persönlich und intim sind. Sie haben damit einen großen Einfluss auf die Qualität der Pflege; oder betriebswirtschaftlich gesprochen: sie sind für die Qualität des ‚Produkts‘ entscheidend.

Damit unterstützen unsere Daten gleichzeitig eine Annahme der DM-Literatur (u.a. Hanappi-Egger 2015), dass ‚Vielfalt im Team‘, bzw. ein ‚gemischtes‘ Team eine gewisse Perspektivenvielfalt ins Unternehmen einbringt. So könnte es auch im Bereich der Pflege zu besseren Ergebnissen der Pflegequalität – nicht nur – für LSBTI kommen, wie es das DM-Konzept suggeriert. Allerdings stehen wir hier erst am Anfang und es bräuhete weitere Studien, die sich explizit mit dieser Thematik befassen. Diversity-sensibles (bzw. LSBTI-)Personal könnte außerdem durch die differenzierteren Kenntnisse als ‚Mittler‘ zwischen Kolleg\_innen sowie zwischen Kolleg\_innen und Patient\_innen gelten. Doch wie Rommelspacher (2016: 216) bereits anmerkt, halten auch wir dies vor allem dann für problematisch, wenn sie quasi als ‚LSBTI-Beauftragte‘ dazu dienen könnten, den Betrieb als Ganzes aus der Verantwortung zu entlassen, sich grundlegend mit Vielfalt auseinanderzusetzen (Lottmann/Kollak 2018). Was sich ebenfalls mit der DM-Literatur in Einklang bringen lässt, ist, sind positive Effekte auf die Motivation von Pflegenden, wenn sie die Möglichkeit haben, ‚Out im Beruf‘ zu sein (Köllen 2012; Völklinger Kreis 2015). Ein Outing wird auch von allen interviewten Führungskräften begrüßt. Außerdem gibt es deutliche Hinweise darauf, dass es eine Einschränkung für das schwul-lesbische Personal bedeuten kann, sich ggf. im Beruf ‚verstecken‘ zu müssen.

In Bezug auf die Pflegebranche konnten wir einige Besonderheiten für einen DM-Ansatz ausmachen. So erscheint eine deutliche Trennung zwischen internen und externen Stakeholdern, also zwischen Kund\_innen und Personal – wie im betriebswirtschaftlichen DM vorgenommen – im Pflegekontext sehr schwierig. Die Pflege ist eine personenzentrierte Dienstleistung, in denen Mitarbeitende und Klient\_innen ein im besonderen Maße enges Verhältnis zueinander haben, welches von Intimität gekennzeichnet ist. Das Personalführungskonzept DM muss in der Pflege demzufolge die Kund\_innen (hier: die Heimbewohner\_innen) stärker als in anderen Branchen berücksichtigen. Diskriminierung kann in der Pflege – womöglich mehr als in anderen Arbeitsumfeldern – auch von Seiten der Kund\_innen provoziert werden. DM-Maßnahmen zu LSBTI in der Pflege sollten also bestenfalls beide Seiten (Personal/Leitung und zu Pflegenden) miteinbeziehen. An dieser Stelle wäre es zudem sinnvoll zu reflektieren, ob diese Erkenntnisse über die Ausgestaltung von DM-Maßnahmen in der Pflege auch in anderen personenbezogenen Dienstleistungen wirksam werden könnten. Ferner ist, wie oben bereits thematisiert, die Beziehung zwischen Personal und Kunde/Kundin wichtig für die Qualität der Pflege, was in entsprechenden DM-Maßnahmen ebenfalls beachtet werden sollte.

Die hier vorgestellten Ergebnisse sind zweifelsohne vor dem Hintergrund einiger Limitationen der Studie zu betrachten. Wie auch in Kapitel 3 sei darauf hingewiesen, dass die Anzahl der ausgewerteten Interviews mit vier (aus zehn geführten Interviews mit Expert\_innen) gering ist. Außerdem ist davon auszugehen, dass die Führungskräfte, die sich freiwillig für unsere Interviews gemeldet hatten, dem Thema ‚sexuelle

Vielfalt und Pflege' vergleichsweise offen und akzeptierend gegenüberstehen. Bei einer höheren Anzahl an Interviewpartner\_innen oder mit einer anderen Samplingstrategie hätte sich hier womöglich ein gemischteres Bild und auch ablehnende Haltungen in Bezug auf die sexuelle Vielfalt ergeben. Des Weiteren wurden durch unsere Auswertung Pflegeheime erfasst, welche keine DM-Maßnahmen in Bezug auf die untersuchte Dimension implementiert hatten. Eine Evaluation oder Bewertung von bestehenden DM-Maßnahmen oder ein Vergleich von Pflegeheimen mit und ohne DM-Maßnahmen konnte anhand unserer Ergebnisse daher nicht vollzogen werden.

Aus unserer Sicht sind sorgfältig konzipierte DM-Maßnahmen in der Pflege zu unterstützen. Hier gilt es auch, Risiken differenziert in den Blick zu nehmen. So ist zum Beispiel ein Fremddouting von Seiten des Betriebs oder der Führungspersonen zu vermeiden. Fortbildungen zur sexuellen Vielfalt sind sicherlich ein geeignetes Instrument, um für die Lebenswelten von LSBTI-Personen beim pflegerischen und nicht-pflegerischen Personal zu sensibilisieren. Darüber hinaus könnten betriebliche Standards für ein diskriminierungsfreies Umfeld sorgen. Eine nach außen offene und akzeptierende Haltung kann außerdem für LSBTI-Mitarbeitende die Attraktivität einer Pflegeeinrichtung steigern. Angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege ist dies ein wichtiger Aspekt für die Rekrutierung und insbesondere für die langfristige Bindung des Personals.

Ferner erscheinen internationale und innovative Beispiele aus der Praxis, wie der ‚Pink Passkey®‘, vielversprechend, um die Sichtbarkeit von LSBTI-freundlichen oder -offenen Pflegeeinrichtungen nach außen zu verdeutlichen und Kund\_innen gezielt ansprechen zu können (Linschoten et al. 2016). Beim ‚Pink Passkey®‘ handelt es sich um ein niederländisches Zertifikat und Auditverfahren, welches in Regeldiensten pflegerischer Versorgung sicherstellen will, dass lesbische Frauen, schwule Männer, bisexuelle, inter\* und trans\* Personen bei Pflegebedürftigkeit eine gute Versorgung erhalten. In Deutschland ist dieses Auditverfahren bislang erst in zwei Pflegeheimen implementiert worden (ebd.: 234ff.). Dieses oder ähnliche Auditverfahren könnten somit in der deutschen Altenpflege sicherlich noch weiter verbreitert werden, um eine Standardisierung mit Blick auf menschliche Vielfalt – nicht nur für LSBTI – weiterzuentwickeln.

## Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik*, 62 (11), S. 990-1002
- Balsam, K./Mohr, J. (2007): Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. In: *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 306-319
- Berliner Senatsverwaltung (2015): Fachkräftesicherung. unter <http://www.wertarbeitgbh.de/projekte.php?id=15> (17.05.17)
- Bührmann, A. (2015): Diversitätsmanagementkonzepte im sozialwissenschaftlichen Diskurs. Befunde, Diskussionen und Perspektiven einer reflexiven Diversitätsforschung. In: Genkova, Petia/Ringeisen, Tobias (Hg.): *Handbuch Diversity Kompetenz: Perspektiven und Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Springer, S. 1-12
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2006): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). [Online] unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/agg/gesamt.pdf> (20.01.17)
- Charta der Vielfalt e.V. (2011): Diversity Management. [Online] unter: <http://www.charta-der-vielfalt.de/diversity/diversity-management.html> [abgerufen am 15.12.16]
- Charta der Vielfalt e.V. (2013): Factbook Diversity. [Online] unter: [https://www.charta-der-vielfalt.de/fileadmin/user\\_upload/beispieldateien/Bilddateien/Diversity\\_Tag/Factbook\\_Diversity.pdf](https://www.charta-der-vielfalt.de/fileadmin/user_upload/beispieldateien/Bilddateien/Diversity_Tag/Factbook_Diversity.pdf) (14.06.17)
- Charta der Vielfalt e.V. (2016): Diversity in Deutschland. [Online] unter: [https://www.charta-der-vielfalt.de/fileadmin/user\\_upload/beispieldateien/Downloads/Studien/STUDIE\\_DIVERSITY\\_IN\\_DEUTSCHLAND\\_2016-11.pdf](https://www.charta-der-vielfalt.de/fileadmin/user_upload/beispieldateien/Downloads/Studien/STUDIE_DIVERSITY_IN_DEUTSCHLAND_2016-11.pdf) (15.06.17)
- Department for Business, Innovation and Skills (2013): *The Business Case for Equality and Diversity: A Survey of the Academic Literature*. London: Department for Business, Innovation and Skills
- Europäische Kommission (2012): Implementation Checklist for Diversity Management. [Online] unter: [http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/checklist\\_diversitymanagement\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/checklist_diversitymanagement_en.pdf) [abgerufen am 15.12.16]
- Frank, J. (2006): Gay Glass Ceilings. In: *Economica*, 73 (291), S. 485-508
- Friebe, J. (2016): Pflegende mit Migrationshintergrund als Adressaten der Bildung in der Altenhilfe. In: Rommelspacher, B./Kollak, I. (2016) (Hg.): *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen*. Frankfurt: Mabuse-Verlag, S. 217-240
- Frohn, D. (2013): Subjektive Theorien von lesbischen, schwulen und bisexuellen bzw. transidenten Beschäftigten zum Umgang mit ihrer sexuellen bzw. ihrer Geschlechtsidentität im Kontext ihrer beruflichen Tätigkeit – eine explorative qualitative Studie [106 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 14(3), Art. 6, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs130368>
- Gransee, C./Lorenz, J./Deneke, C./Seibt, A./Weber, P. (2009) (Hg.): *Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen*. Berlin: LIT-Verlag
- Hanappi-Egger, E. (2015). *Diversitätsmanagement und CSR*. In: Schneider, A./Schmidpeter, R. (Hg.): *Corporate Social Responsibility: Verantwortungsvolle Unternehmensführung in Theorie und Praxis*, 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 211-223
- Herrmann, E./Kätker, S. (2007): *Diversity Management: Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen*. Bern: Verlag Hans Huber
- Khan-Zvornicanin, M. (2016): *Kultursensible Altenhilfe? Neue Perspektiven auf Programmatik und Praxis gesundheitlicher Versorgung im Alter*. Bielefeld: Transcript
- Köllen, T. (2010): *Bemerkenswerte Vielfalt: Homosexualität und Diversity Management – Betriebswirtschaftliche und sozialpsychologische Aspekte der Diversity-Dimension „sexuelle Orientierung“*. München, Mering: Hampp-Verlag
- Köllen, T. (2012): *Privatsache und unerheblich für Unternehmen? Der Stand der Personalforschung zur „sexuellen Orientierung“*. In: *Zeitschrift für Personalforschung*, 26 (2): S. 143-166

- Köllen, T. (2013): Bisexuality and diversity management – Addressing the B in LGBT as a relevant sexual orientation in the workplace. In: *Journal of Bisexuality*, 13 (1): 122-137
- Köppel, P. (2014): *Diversity Management in Deutschland: Benchmark 2014. Strategie oder Alibi?* München: Synergy Consult
- Krell, G. (2008): Diversity Management: Chancengleichheit für alle und auch als Wettbewerbsfaktor. In: Krell, G. (Hg.): *Chancengleichheit durch Personalpolitik*. 5. Aufl. Wiesbaden: Gabler: S. 63-80
- Kubisch, S. (2003): Wenn Unterschiede keinen Unterschied machen dürfen. Eine kritische Betrachtung von „Managing Diversity“. In: *Frauenrat der Frauenbeauftragten ASFH, Gender-/ Geschlechterfrage-nupdate*, 7: S 4-10
- Kuckartz, U. (2005): Computergestützte Inhaltsanalyse. in: L. Mikos and C. Wegener. *Qualitative Medienforschung. Ein Handbuch*. Konstanz: UVK Verl.-Ges, S. 445-457
- Linschoten, M., Lottmann, R./Lauscher, F. (2016). »The Pink Passkey®« – ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBT\*I-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen. In R. Lottmann, R. Lautmann, M.d.M. Castro Varela (Hg.), *Homosexualität\_en und Alter(n)* (pp. 233–241). Wiesbaden: VS Verlag
- Loden, M., /Rosener, J. B. (1991): *Workforce America! Managing employee diversity as a vital resource*. Homewood: Business One Irwin
- Lottmann, Ralf/Kollak, Ingrid (2018): Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige – Ergebnisse des Forschungsprojekts GLESA. In: *International Journal of Health Professions*, 5(1): 53–63
- Marquardt, G./Delkic, E./Motzek, T. (2016): Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen. *ifo Dresden berichtet* 1/2016
- Mayring, Philipp (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim
- McKinsey & Company, Inc. (2011): *Vielfalt siegt! Warum diverse Unternehmen mehr leisten*. [Online] unter: [https://www.mckinsey.de/files/Vielfalt\\_siegt\\_deutsch.pdf](https://www.mckinsey.de/files/Vielfalt_siegt_deutsch.pdf) (Zugriff: 01.04.2018)
- Meuser, M. /Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: S. 71-93
- Meuser, M. (2013): Diversity Management – Anerkennung von Vielfalt? In: Pries, L. (Hg.): *Zusammenhalt durch Vielfalt?* Wiesbaden: Springer, S. 167-181
- Oldenburger, J. (2010): *Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im interkulturellen Team als Ressource für eine erfolgreiche kultursensible Altenpflege*. Hamburg: Diplomica Verlag
- Rastetter, D./Sieben, B. (2015): Beiträge zu Diversity Management in BWL-Zeitschriften –Themen und Perspektiven. In: Hanappi-Egger, E./Bendl, R. (Hg.): *Diversität, Diversifizierung und (Ent)Solidarisierung. Eine Standortbestimmung der Diversitätsforschung im deutschen Sprachraum*, Wiesbaden: Springer VS, 127-148
- Rastetter, D./Dreas, S. (2016): Diversity Management als eine betriebliche Strategie –zwischen Marktlogik und Fairness. In: Fereidooni, K. (Hg.): *Diversity Management*. Wiesbaden: VS, 317-337
- Rommelspacher, B. (2016). *Pflege in einem multikulturellen Umfeld*. In Rommelspacher, B./Kollak, I. (Hg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen Frankfurt/M.:* Mabuse-Verlag, S. 197–216
- Rommelspacher, B./Kollak, I. (2016) (Hg.): *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen*. Frankfurt: Mabuse-Verlag
- Schmidt, B./Walter, C. (2014): Vom Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz zu Diversity Management im Gesundheitswesen. In: Bouncken et al. (Hg.) *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II: Prozesse, Produktivität, Diversität*. Wiesbaden: Springer
- 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. Schröder (Hg.), *Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine*. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 319–336

- Sieben, B./Rastetter, D. (2017): Personal- und Organisationsforschung zu Gender und Diversity im deutschsprachigen Raum. In: Zeitschrift für Diversityforschung und –Management, 2 (2), S. 8-23
- Stummer, G. (2014): Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule: Informationen für die professionelle Altenpflege. Köln: Rubicon e.V.
- Völklinger Kreis e.V. (2013): Diversity Management in Deutschland 2013. Berlin: Völklinger Kreis e.V.
- Völklinger Kreis e.V. (2015): Diversity Management in Deutschland 2015. Berlin: Völklinger Kreis e.V.
- Walgenbach, K. (2012): Intersektionalität – eine Einführung. URL: [www.portal-intersektionalität.de](http://www.portal-intersektionalität.de) (Zugriff: 01.08.2017)

*Philipp Kenel (M.A.)*

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Campus Schöneberg, Badensche Straße 52  
10825 Berlin, [e\\_kenel@doz.hwr-berlin.de](mailto:e_kenel@doz.hwr-berlin.de)

*Prof. Dr. Claudia Gather*

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Campus Schöneberg, Badensche Straße 52  
10825 Berlin, [claudia.gather@hwr-berlin.de](mailto:claudia.gather@hwr-berlin.de)

*Dr. Ralf Lottmann*

University of Surrey, Department of Sociology, Center for Research on Ageing and Gender  
Guildford, GU2 7XH, United Kingdom, [r.lottmann@surrey.ac.uk](mailto:r.lottmann@surrey.ac.uk)

Ralf Lottmann

## **LSBT\*I-Senior\_innen in der Pflege: Zu Relevanz und Besonderheiten sozialer Netzwerke und der Arbeit mit Angehörigen**

LGBT\*I Older Adults needing Long-term Care: The Relevance and Attributes of Social Networks in Work with Caregivers

This paper focuses on the social relationships of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) older adults needing long-term care and partnership work with caregivers in care settings. The author demonstrates why working with caregivers is particularly important with this group of older adults, who, in comparison to their heterosexual peers, are more likely to be childless, single and to live alone. The qualitative analysis is based on eight biographic-narrative interviews with people in need of care. The results show how constructions of sexual identities and the development of social networks over the life course shape the lives of LGBT\*I older adults who are in need of care. The paper highlights the challenges of partnership working with caregivers in long-term care that takes into account the diverse sexual and gender identities of LGBT\*I older adults, as well as

---

eingereicht 02.02.2018

akzeptiert 16.03.2018

the relevance of family of choice. The author problematizes heteronormativity in long term care and makes recommendations for future action.

### Keywords

LGBTI, long-term care, homosexuality, working with caregivers, social networks, family of choice

Der Beitrag fokussiert die sozialen Beziehungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans-\* und intergeschlechtlichen (LSBT\*I) Pflegebedürftigen und die Angehörigenarbeit in der Pflege. Der Autor illustriert, warum für diese Senior\_innen, die im Vergleich zu heterosexuellen Senior\_innen häufiger kinderlos, Single und alleinstehend sind, die Angehörigenarbeit eine hohe Bedeutung besitzt. Die qualitative Analyse basiert auf acht biografisch-narrative Interviews mit Pflegebedürftigen. Sie zeigt auf, wie Konstruktionen sexueller Identität und die Gestaltung sozialer Netzwerke über die Lebensspanne das Leben als LSBT\*I-Senior\_in bis in ein Pflegeheim prägt. Der Artikel verdeutlicht die Herausforderungen der Angehörigenarbeit in der Pflege, die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialer Arbeit erfordert sowie die Berücksichtigung des individuellen Umgangs mit sexueller und geschlechtlicher Identität und der Bedeutung wahlfamilialer sozialer Beziehungen. Der Autor problematisiert Heteronormativität in der Angehörigenarbeit, diskutiert die Ergebnisse im Hinblick auf die Rahmenbedingungen von Pflege und gibt Handlungsempfehlungen.

### Schlüsselwörter

LSBT\*I, Altenpflege, Homosexualität, Angehörigenarbeit, soziale Netzwerke

## Einführung

Wird bei heterosexuellen, pflegebedürftigen Menschen zumeist selbstverständlich auf Verwandte bei der finanziellen und praktischen Unterstützung in der Pflege gesetzt, so ist dies bei LSBT\*I-Pflegebedürftigen<sup>1</sup> weniger eindeutig oder kaum der Fall. Die Frage nach der Relevanz sozialer Netzwerke bei LSBT\*I-Senior\_innen und Pflegebedürftigen gewann im Verlauf des Forschungsprojekts „Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter“ (GLEPA) zunehmend an Bedeutung. Bei der Analyse der narrativen Interviews entstand ein heterogenes Bild zur Rolle sozialer Beziehungen im Alter, das in diesem Beitrag dargestellt wird. Unter Zuhilfenahme vorliegender Studien werden die qualitativen Daten theoretisch wie handlungspraktisch für die Angehörigenarbeit in der Pflege eingeordnet und diskutiert.

Theoretische Arbeiten zu LSBT\*I und Pflege gibt es ausgesprochen wenige. Es kann – vor allem – angloamerikanische Literatur zur Situation von älteren LSB-Personen herangezogen werden, nur selten sind diese jedoch pflegebedürftig und kaum gibt es Informationen zu trans- und intergeschlechtliche Senior\_innen. Pflegewissenschaftliche Arbeiten, die sich mit Angehörigen in der Pflege befassen, konnten ebenso nicht herangezogen werden.

<sup>1</sup> Die Schreibweise \* bietet zusätzlich zu den bekannten Geschlechtsidentitäten eine weitere, offene Kategorie an für Menschen, die sich eigenständig definieren.

Der Beitrag geht insbesondere der Frage nach, inwieweit die Zugehörigkeit zur LSB(T\*I)-Community und die wahlfamiliale Verbundenheit das Erleben pflegerischer Versorgung und die soziale Teilhabe von pflegebedürftigen LSBT\*I-Senior\_innen beeinflussen. Im nachfolgenden Kapitel soll zunächst aufgezeigt werden, welche Unterschiede innerhalb der Bevölkerungsgruppe der LSBT\*I-Senior\_innen – im Vergleich zur heterosexuellen Mehrheitsbevölkerung – in Bezug auf soziale Netzwerke im Alter und in der Pflege ausgemacht werden können. Im Anschluss daran wird das qualitative Forschungsdesign und die genutzte Methode der rekonstruktiven Sozialforschung erläutert. Anhand von vier Interviews werden Beispiele sozialer Beziehungen von LSBT\*I-Pflegebedürftigen illustriert. Dabei steht im Mittelpunkt, in welchem Maße soziale Beziehungen aus einer biografischen Perspektive heraus im Alter und bei Pflegebedürftigkeit für die Befragten relevant sind und welche Bedeutung sie bei der Gestaltung ihrer sozialen Netzwerke haben. Diese Ergebnisse werden abschließend mit Rückgriff auf die herangezogenen Studien diskutiert und für konkrete Handlungsempfehlungen für die Pflege genutzt.

## Forschungsstand

Einige Studien zur Situation älterer LSBT\*I ziehen Konzepte heran, die Ressourcen, soziale Beziehungen und Zugehörigkeit zu Milieus und Klassen in den Blick nehmen (vgl. Heaphy et al. 2004; Heaphy 2009). Um soziale Netzwerke, sozialen Zusammenhalt und sozioökonomische Ressourcen bei LSBT\*I-Senior\_innen analysieren zu können, werden seit einigen Jahren Erkenntnisse der Queer Theory und Intersektionalitätsforschung herangezogen. So postulieren Heaphy und King, dass freundschaftliche Beziehungen im Gegensatz zu Beziehungen zur Herkunftsfamilie das soziale Netzwerk von LSBT konstituieren (Heaphy 2009: 122). Mittels der Beziehungen zu Freund\_innen und (früheren) Partner\_innen gestalten LSBT\*I ihre „Wahlfamilie“ – ein Begriff, der in Abgrenzung von der biologischen Familie zu verstehen ist (King 2016: 93). Wirken Vertrauen, Solidarität und Normen von Reziprozität in sozialen Beziehungen im Sinne des Sozialkapitals bei LSB(T\*I) und Heterosexuellen ähnlich, so können diese für LSB(T\*I) auch einen Puffer darstellen, um einen persönlichen Umgang mit Stress in einer heteronormativen Gesellschaft zu finden (ebd.: 103f.). LSB(T\*I) können mit hohem sozialem und kulturellem Kapital sowie sozialer Unterstützung (z. B. aufgrund von Netzwerkstrukturen) besser auf ein Leben im Alter vorbereitet sein als ihre heterosexuellen Altersgenoss\_innen (Richard/Brown 2006). Sehr schwierig wird die Situation sozialer Teilhabe im Alter für LSB(T\*I), wenn sie einen hohen Minoritätenstress erleben und geringes soziales und kulturelles Kapital zusammenkommen oder zudem über die LSBT\*I-Community nur geringe Unterstützung über den Lebensverlauf erfahren haben. Hierbei bestehen erhebliche Unterschiede aus einer intersektionalen Perspektive hinsichtlich Geschlecht und sozioökonomischem Status (King 2016: 103f.).

## „Biologische Kernfamilie“ versus „Wahlfamilie“

Mit Bezug auf die ‚biologische Kernfamilie‘ weisen lesbische, schwule, bisexuelle sowie trans- und intergeschlechtliche Erwachsene im Vergleich zur heterosexuellen Mehrheitsgesellschaft eine andere Gestaltung sozialer Beziehungen auf. So verweisen Brennan-Ing et al. (2014) auf veränderte Rahmenbedingungen in der Lebensführung, die insbesondere Auswirkungen auf die soziale Unterstützung im Alter mit sich bringen. Viele sind kinderlos. In einer ersten deutschen Studie gaben nur 14,7% der von Brauckmann/Schmauch (2007: 6ff.) befragten Lesben zwischen 50 und 73 Jahren an, ein Kind oder mehr zu haben (ähnlich bei Gerlach/Szillat 2017: 64).

Brennan-Ing et al. (2014) weisen für LSBT-Personen stärkere gesundheitliche Risiken nach (Fredriksen-Goldsen et al. 2013; Wallace 2011) und untersuchen in diesem Zusammenhang die Bedeutung enger sozialer Beziehungen, die in der Lebensphase Alter soziale und pflegerische Unterstützung bieten (Brennan-Ing 2014 et al.: 23f.). Werden bei älteren Heterosexuellen die Kinder und Lebenspartner zu den wichtigsten Kontakt- und Betreuungspersonen, die die Unterstützung im Alter (Hoff 2006: 279) und im Pflegefall (Eurofamcare 2005: 5) leisten, so sind bei älteren Homosexuellen Freund\_innen zu 77% auf Platz eins der Unterstützungshierarchie im Alter (bei Heterosexuellen sind diese auf Platz drei oder vier; Lehr 2003: 284, 288). Mit dem Alter nimmt die Bedeutung der freundschaftlichen Kontakte bei LSB zu (Heaphy 2009: 129). Verwandtschaftliche Beziehungen von LSBT\* zu Geschwistern, Nichten und Neffen sind nicht nur nicht schlechter in der Unterstützungshierarchie im Alter platziert, sie fallen als Unterstützungsressource auch öfter aus (Heaphy et al. 2004: 891). In der Studie von Heaphy et al. (2004) wird in einer Frage zudem die pflegerische Versorgung thematisiert. Im Falle einer notwendigen pflegerischen Versorgung betrachten auch verpartnerte LSB-Senior\_innen die Partner\_in als Hauptunterstützungsressource (50% bei Lesben, 29,9% bei Schwulen: ebd.: 890f.). Allerdings ist an dieser Stelle auf einen hohen Anteil an Singles vor allem bei schwulen Männern zu verweisen, den die Studie nicht ausführt und nachfolgend näher betrachtet wird.

Die britische „Stonewall-Studie“ hat Befunde zum (regelmäßigem) Kontakt von LSB-Befragten mit ihrer biologischen Familie im Vergleich mit heterosexuellen Befragten ermitteln können. Während 57% der heterosexuellen Befragten Angehörige der Herkunftsfamilie mindestens wöchentlich sehen, trifft dies nur auf 23% der LSB Befragten zu (Guasp 2011: 5). Brauckmann/Schmauch (2007) stellen für lesbische Frauen fest, dass „FreundInnen“ eine besondere Bedeutung für lesbische Senior\_innen haben (Brauckmann/Schmauch 2007: 16). Die Freund\_innen können als Rückgrat der sozialen Unterstützung im Alter für LSB verstanden werden (vgl. Brennan-Ing et al. 2014: 44). Internationale Studien weisen tendenziell relativ große Freundschaftsnetzwerke für LSBT\* aus und sprechen von sog. Wahlfamilien oder ‚families of choice‘ (Hughes/Kentlyn 2011: 437). Zwar verfügen lesbische Befragte im Vergleich zu schwulen Männern über vielfältigere familiäre Kontakte, berichteten aber auch stärker von einer sog. negativen Unterstützung durch die Herkunftsfamilie, womit Zurückweisung oder das Verletzen von Gefühlen gemeint ist (Brennan-Ing et al. 2014: 37).

Bislang wird nur in qualitativen Studien darauf verwiesen, dass LSB-Senior\_innen aufgrund häufiger Kinderlosigkeit beispielsweise gezielt intergenerationelle Beziehungen in ihrem sozialen Netzwerk pflegen (King 2016: 96f.) und darüber positive Coping-Strategien entwickeln. Misoch (2016) macht andererseits auf das altershomogene Unterstützungsnetzwerk aufmerksam, das aufgrund der ähnlichen Hilfewahrscheinlichkeit der Freund\_innen aus der gleichen Generation hinsichtlich der Potenziale für soziale Unterstützung im Alter als fragil zu bewerten ist (Misoch 2016: 142).

## Alleinleben und Singleanteil

Leider lassen sich deutsche Längsschnittstudien, wie das sozioökonomische Panel, der Mikrozensus oder der Alterssurvey (DEAS), zum Alleinleben, Familienstand und zur Häufigkeit sozialer Kontakte von LSBT\*I-Senior\_innen (oder gar Pflegebedürftige) nicht heranziehen, da sie sexuelle oder geschlechtliche Identitäten nicht ausreichend differenziert erheben. Der Beitrag nimmt daher Bezug auf drei internationale Studien, die nicht nur im Rahmen von „Convenience-Samples“ (oder auch Spontan-Stichproben) allein mit LSB-Senior\_innen, sondern auch im direkten Vergleich zu Heterosexuellen zu aussagekräftigen Ergebnissen gekommen sind.<sup>2</sup> Eine britische Untersuchung aus dem Jahr 2011 untersuchte die Wohn- und Lebenssituation von älteren Schwulen, Lesben und Bisexuellen im Vergleich zu Heterosexuellen. Demnach sind LSB-Personen signifikant eher Single (40 % zu 15 % bei Heterosexuellen) und leben zu 41% allein – im Vergleich zu 28% bei Heterosexuellen (Guasp 2011:4ff.). In einer US-Studie, die Homo- und Heterosexuelle telefonisch befragte (Wallace 2011), lebten homosexuelle Männer in einem Alter von 50 bis 70 Jahren sogar zu 50,5% allein, im Gegensatz zu 13,4% der heterosexuellen Männer gleichen Alters. Lesbische Frauen in diesem Alter waren ebenso zu einem höheren Anteil, aber zu einem geringeren Verhältnis im Vergleich zu den schwulen Männern, alleinlebend: 28,3% im Vergleich zu 19,3% bei heterosexuellen Frauen (ebd.: 2f.). Andere Studien bestätigen diese Werte (Brennan-Ing et al. 2014: 31ff.); Angaben zu trans- und intergeschlechtlichen Senior\_innen hierzu fehlen in o.g. Studien.

## Besondere Lebenslagen und Risiken sozialer Isolation

In einer Gesamtschau bisher existierender quantitativer Untersuchungen kann zusammengefasst werden, dass ältere LSBT\*I-Senior\_innen im Vergleich zu heterosexuellen Senior\_innen eher kinderlos und eher alleinlebend sind sowie eher über altershomogene soziale Netzwerke verfügen und deshalb wahrscheinlich früher und häufiger soziale wie pflegerische Unterstützungsbedürftigkeit im Alter aufweisen. Auch aufgrund eines über den Lebensverlauf erlebten Minderheitenstressses, wonach Ange-

<sup>2</sup> Ein „Convenience-Sample“ ist im Gegensatz zum „Random-Sample“ (Zufallsstichprobe) eine Stichprobe, die nicht per Zufallsprinzip gebildet wurde. Ausgewählt werden jene Personen, die leicht erreichbar sind, beispielsweise Leser von Zeitschriften bzw. Nutzer bestimmter Internetseiten. Sie sind nicht repräsentativ.

hörige z. B. sexueller Minderheiten überproportional Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung mit unterschiedlichen Folgen für ihre psychische Gesundheit erfahren (im besonderen Maße bei HIV/Aids bei schwulen Männern, siehe Drewes 2015: 415ff. und King 2016: 95), bestehen bei LSBT\*I-Senior\_innen herausfordernde Situationen in der Lebensphase Alter und bei eintretender Pflegebedürftigkeit. Damit geht für LSBT\*I-Personen im Alter eine im Verhältnis zur Durchschnittsbevölkerung höhere Abhängigkeit von Regeldiensten der Altenhilfe einher. Daraus entstehen besondere Aufgaben für den Wohlfahrtsstaat und die Altenhilfe. So verweisen Kneale (2016: 116) Brennan-Ing et al. (2014: 44, 48) auf eine höhere Isolationsgefahr für LSBT\*-Senior\_innen.<sup>3</sup> Von grundlegender Bedeutung hierbei ist, dass diese höhere Abhängigkeit von formalen Versorgungsstrukturen (bei einer schlechteren Gesundheitssituation von LSBT\*-Senior\_innen) aufgrund befürchteter Diskriminierung auf ein starkes, antizipiertes Unbehagen gegenüber Altenhilfeeinrichtungen trifft (Schröder et al. 2012; Gardner et al. 2013).

## LSBT\*I Spezifika und Regeldienste der Altenhilfe

Mittlerweile belegen diverse Umfragen und wissenschaftliche Studien auch in Deutschland fehlende Kenntnisse bei Einrichtungen der Altenhilfe gegenüber LSBT\*I-Senior\_innen bzw. antizipierte Ängste bei der Bevölkerungsgruppe gegenüber diesen Einrichtungen. Bereits in der Münchner Befragung von Unterforsthuber/Franz (2004) verneinten über 90 Prozent der schwulen, lesbischen und bisexuellen Befragten, dass die vorhandenen Einrichtungen im Umgang mit Homosexuellen kompetent seien. Gerlach/Szillat (2017) bestätigte für schwule Männer die Ergebnisse der Studie von Brauckmann/Schmauch (2007) über ältere Lesben im Alter, wonach schwule Senioren zum überwiegenden Teil die Einrichtungen und Angebote der professionellen Altenhilfe hinsichtlich der Berücksichtigung von LSB-Senior\_innen als negativ bewerteten (je nach Einrichtungsart zwischen 50,7% und 81,3% Ablehnung bei Gerlach/Szillat 2017: 211f.; 96% bei Brauckmann/Schmauch 2007: 19). Die Perspektive von trans-\* und inter-Senior\_innen bleibt leider in diesen Studien außen vor. An dieser Stelle sei zudem betont, dass antizipierte Ängste mit tatsächlichen Erfahrungen in Einrichtungen der Pflege nicht gleichgesetzt werden können. Ablehnungen und Ängste gegenüber Altenhilfeeinrichtungen sind zudem von einer generellen Skepsis gegenüber stationären Einrichtungen der Altenhilfe geprägt. Hier besteht für diese Pflegebranche ein Potenzial für eine positivere Entwicklung, zumal laut einer Umfrage von Schröder et al. (2012) die Hälfte der befragten Berliner Pflegeeinrichtungen angeben, dass LSBT\*I-Themen stärker zu behandeln seien und damit im Grundsatz offen für die Thematik scheinen.

Vor dem Hintergrund dieser Besonderheiten in der Gestaltung sozialer Netzwerke bei LSBT\*I-Senior\_innen ist die GLEPA-Studie der Frage nachgegangen, wie die Be-

<sup>3</sup> Isolation meint eher objektive Gegebenheiten im Bereich sozialer Beziehungen und Kontakte und umfasst nicht automatisch eine eher subjektiv erlebte Einsamkeit (siehe dazu Lehr 2003: 292).

fragten – biografisch betrachtet – ihre sozialen Beziehungen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit gestalten und was das für die Angehörigenarbeit in der Pflege bedeuten könnte.

## Methodisches Vorgehen

Die Grundlage für die nachfolgenden Ergebnisse bilden Interviews des Forschungsprojekts ‚Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter‘ (kurz: ‚GLEPA‘).<sup>4</sup> Es wurden acht biografisch-narrative Interviews mit lesbischen, schwulen, trans- und intergeschlechtlichen Pflegebedürftigen durchgeführt, die den interviewten Personen einen größtmöglichen Raum bei der Selbstpräsentation erlauben (Loch/Rosenthal 2002: 221). Die Interviews wurden von einem cis-männlichen (schwul) und einer cis-weiblichen (lesbisch) Mitarbeitenden des Forschungsprojekts durchgeführt.

Um keine vorschnellen Verallgemeinerungen unter dem Signum LSBT\*I anhand einzelner Vertreter\_innen der Zielgruppe zu produzieren, wurden bei der Auswahl der Interviews möglichst unterschiedliche Personen ins Sample aufgenommen. Bisexuelle Personen konnten trotz bundesweiter Suche in über 300 Selbsthilfeeinrichtungen und Anzeigen in einschlägigen Magazinen und mittels spezifischer Flyer nicht gefunden werden. Um auch Biografien von trans- und intergeschlechtlichen Menschen erfassen zu können, wurden die Kriterien insofern erweitert, als dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegen musste, jedoch starke gesundheitliche Einschränkungen wie chronische Erkrankungen. Alle acht Interviews wurden nach Transkriptionsregeln von Hoffmann-Riem (1984: 331) transkribiert und nach Methoden der rekonstruktiven Sozialforschung (Rosenthal 1993) ausgewertet.

Zwei der acht Interviews wurden mit einer lesbischen Frau und einer intergeschlechtlichen Person geführt, die dem Gesetz nach nicht pflegebedürftig waren. Beide waren aber zum Zeitpunkt des Interviews älter als 60, chronisch erkrankt und schwerbehindert. Alle anderen Interviewpersonen sind pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (Pflegestufe 1 und 2). Diese Gruppe der Befragten bestand aus drei cis-weiblichen (lesbischen) und drei cis-männlichen (schwulen), einer trans- und einer intergeschlechtlichen Person.<sup>5</sup> Die Altersspanne betrug zum Zeitpunkt der Befragung 59 bis 92 Jahre (das Durchschnittsalter betrug 72 Jahre).

Ein Votum der Ethikkommission wurde nicht eingeholt, da keine Interventionen vorgenommen wurden. Die Teilnehmenden konnten über Zustimmung oder Ablehnung der Interviewanfrage selbständig entscheiden und die Interviews jederzeit abbrechen. Einwilligungserklärungen aller Befragten wurden eingeholt; auf die allein wissenschaftliche Nutzung der Daten wurde verwiesen. Der Autor weist darauf hin, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

4 ‚GLEPA‘ wurde vom Institut für angewandte Forschung Berlin e.V. gefördert (2015-17) und von der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin durchgeführt. Das Forschungsprojekt beinhaltet eine Kooperation mit Praxispartnern aus LSBT\*I-Organisationen sowie einem Pflegedienst und einem Heimträger.

5 Als cis werden jene Personen adressiert, die sich mit ihrem Geburtsgeschlecht identifizieren.

Für die Analyse der Interviews wurden maßgeblich Kriterien der biografischen Fallrekonstruktion nach Rosenthal (1993) herangezogen. Für alle Interviews wurde das von Rosenthal vorgeschlagene Vorgehen (Analyse der biographischen Daten, text- und thematische Feldanalyse, Strukturhypothesen, Kontrastierung der erzählten mit der erlebten Lebensgeschichte und Feinanalyse einzelner Textstellen) durchgeführt (ebd.: 6f.). Für diesen Artikel wurden insbesondere Aspekte des „erzählten und des erlebten Lebens“ sowie die Ergebnisse der Feinanalysen in Bezug zur Angehörigenarbeit herangezogen. In dem von Gabriele Rosenthal (1993) beschriebenen Verfahren zur rekonstruktiven Sozialforschung ist u. a. maßgebend, zwischen erzählter und erlebter Lebensgeschichte zu differenzieren. In getrennten Analyseschritten werden die biographische Bedeutung der Lebensgeschichte in der Vergangenheit (erlebte Ebene) und die Bedeutung dessen für die Selbstpräsentation in der Gegenwart (erzählte Ebene) analysiert. „Rekonstruktiv“ meint, dass die Bedeutung einzelner Textstellen aus dem Gesamtzusammenhang des Interviews erschlossen wird. Die nachfolgend vorgestellten Interviews sollen einerseits typisch für die Zielgruppe die Daten darstellen und andererseits die vorgefundene Heterogenität widerspiegeln. Anhand der vier Falldarstellungen werden (beispielhaft für das Sample) die individuelle Gestaltung wahlfamilialer Strukturen im Alter und Besonderheiten bei der Angehörigenarbeit in der Pflege aufgezeigt.

## Ergebnisse

Zu den acht Interviewten zunächst einige einführende Bemerkungen. Abgesehen von einem Interviewten, zeigt sich bei allen befragten Senior\_innen eine hohe Bedeutung sozialer Beziehungen außerhalb der biologischen Kernfamilie, die bereits in der Literatur vielfach beschrieben wird. Bei den homosexuellen cis-geschlechtlichen Befragten wurden negative Erfahrungen mit den Eltern und Geschwistern indirekt thematisiert. Zwei homosexuelle Befragte konnten über einen „neuen Anschluss“ an eine biologische Familie berichten, der durch die jeweiligen Partnerschaften entstand. Die trans- und intergeschlechtlichen Interviewten berichteten explizit über negative Erfahrungen im Elternhaus und dem Umgang von Eltern mit ihrer geschlechtlichen Identität. Die drei lesbischen Pflegebedürftigen und zwei von drei schwulen Pflegebedürftigen erhalten im Vergleich zu den anderen Interviewten ein hohes Maß an sozialer Unterstützung über wahlfamiliale Beziehungen zu Freund\_innen, die meist selber homosexuell sind. Bei den trans- und intergeschlechtlichen Interviewten erfolgten eindeutige positive Bewertungen zu wahlfamilialen Beziehungen nur im Hinblick auf Unterstützungen bei der Transition oder der geschlechtsangleichenden Operation. Nachfolgend werden anhand der Befragten Sofia und Emil die Gestaltung wahlfamilialer Beziehungen im Alter und mit Anton und Eike biografisch bedingte Besonderheiten sozialer Netzwerke von LSBT\*I-Senior\_innen verdeutlicht.

Sofia<sup>6</sup>, ist 76 Jahre alt, gebürtig aus einer Großstadt in Südamerika und als Erwachsene in eine westdeutsche Großstadt gezogen. Hier lebt sie noch immer und wohnt im

6 Die Namen der Befragten wurden aus Gründen der Anonymisierung geändert.

vierten Stock eines Mietshauses ohne Aufzug. Sie bezieht Grundsicherung, ist stark gehbehindert und wird von ihrer Lebenspartnerin in geringem Umfang pflegerisch versorgt. Sofia hat Pflegestufe I beantragt, doch die Bewilligung steht aus. Sie ist daher nicht im Sinne des SGB XI als pflegebedürftig zu betrachten. Aufgrund ihrer Gehbehinderung und ihrer durch die Wohnlage bedingte Einschränkung der Mobilität wurde sie trotz ausstehender gesetzlicher Anerkennung der Pflegebedürftigkeit ins Sample genommen. In der Konfrontation von „erlebten und erzählten Leben“ wird bei Sofia erkennbar, dass sie ihre wahlfamilialen Beziehungen mit ihrem lesbischen Coming-Out und ihren Lebenspartnerinnen eng verknüpft. Das Motto ihrer Selbstpräsentation könnte folgendermaßen zusammengefasst werden: ‚Ich bin frauenliebend, bin einen mitunter steinigen Weg gegangen, ich will respektiert und gesehen werde – mein Lesbisch-Sein ist mehr als eine sexuelle Praktik‘. Sofia befürchtet im Falle eines ernstes Pflegeereignisses aus diesem biografischen Bedeutungshintergrund heraus eine ungenügende Versorgung und homophobe Reaktionen in regulären Angeboten der Pflegedienste. Getreu des Buchtitels von Bochow (2005) „Ich bin schwul und will das auch bleiben“, der diese Sorge anhand von Interviews mit schwulen Senioren verdeutlicht, will auch Sofia im Alter und in der Pflege lesbisch bleiben können. Sie antizipiert eine pflegerische Versorgung auf dem Hintergrund biografischer Erfahrungen, wie es in nachfolgender Textstelle erkennbar wird:

Sofia: *„Die Sache ist, in dem Moment, wo die Person erfährt, dass ich eine Lesbe bin, ne? Dass sie sich richtig verhält“ (lacht).*

Interviewer: *„Was heißt ‚richtig‘?“*

Sofia: *„Richtig... dass ich kein Monster bin.“*

Interviewer: *„Hm. Erzähl.“*

Sofia: *„Ja! Die Reaktion von manchen Leuten, wenn die erfahren, dass du Lesbe oder schwul bist: iiiih.“ (IP02: 356ff.)*

Sofia bringt dieses Unbehagen gegenüber pflegerischen Einrichtungen mit früheren Erfahrungen in Verbindung, wie solchen mit Behörden, bei denen sie Ablehnungen bzw. homophobe Reaktionen aufgrund ihres Lesbisch-Seins erfahren hat. Die Unterstellung, Pflegende könnte sie als „Monster“ empfinden, bezieht sich zum einen auf Sofias Wunsch, als lesbische Frau auch im Alter und in der Pflege sichtbar bleiben zu können. Zum anderen knüpft diese Äußerung an ihre Angst, frühere negative Erfahrungen im Umgang mit ihrer sexuellen Identität erneut erleben zu müssen aber nicht mehr wehrhaft genug zu sein, selbst für ihre Selbstbestimmung eintreten zu können.

Sofia nutzt sehr gezielt die in der LSBT\*-Community verbreitete Terminologie wie „Lesbe“ oder „gay“. U. a. darüber gelingt es ihr, den ‚Zugang‘ zu Selbsthilfestrukturen der lesbischen Community herzustellen. Sie nutzt ein LSBT\*-Zentrum in ihrer Stadt und ist selbst ehrenamtlich dort gelegentlich aktiv. Diesen Lebensstil will Sofia nicht durch pflegerischen Versorgungsbedarf aufgeben und verdeutlicht die Relevanz wahlfamilialer Kontakte im Alter: *„Tja (.) wir müssen sehen, dass wir eng zusammenhalten. Und, gestern Morgen hat eine (.) Lesbe mich angerufen und hat gesagt: ‚Du, ich habe da, da ein paar Adressen. Kannst du anrufen, schicke ich die (.) Mail, und‘... und sie hat die Zeit*

*genommen und am PC gesessen und das für mich gesucht. Und da hätte ich anfangen heulen zu können, vor lauter Freude. Dass jemand mir eine Stunde ihrer Zeit geschenkt hat. Etwa – die nicht besonders eng befreundet mit mir ist, aber weiß, dass ich das brauche.“ (IP02: 472ff.)*

Sofia setzt damit nur scheinbar alltägliche Begebenheiten in einen für sie relevanten Kontext lesbischen Lebens. Die emotionale Bedeutung des sozialen Kontakts zur lesbischen Community und die Relevanz wahlfamilialer Bezüge auch im Alter werden hier sichtbar. Dieser Kontaktwunsch zu schwul-lesbischen Lebenswelten ist bei allen homosexuellen Interviewten meist direkt, und in einem Fall nur indirekt deutlich geworden. Wie dieser Kontaktwunsch zu LSBT\*I-Lebenswelten auch im Falle von Pflegebedürftigkeit realisiert und die Gestaltung des sozialen Netzwerks durch das eigene Erleben der sexuellen Identität beeinflusst wird, wird anhand eines weiteren Beispiels verständlich.

Emil ist 71 Jahre alt, erhält Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegestufe I) durch einen ambulanten Pflegedienst. Er hat durch einen Unfall einen Arm und ein Bein verloren. Er wuchs in einer mittelgroßen Stadt in der DDR auf. Er bezeichnet sich als schwulen Mann und lebt heute allein in einer deutschen Großstadt. Er schilderte in der Eingangserzählung des Interviews eine Gewalterfahrung auf einer Klappe<sup>7</sup> zu DDR-Zeiten [kurz nach der Abschaffung des § 151 StGB der DDR, ehemals § 175 StGB]. Er wurde so gewaltsam geschlagen, dass er stationär behandelt werden musste und einige Tage nicht zur Arbeit gehen konnte. Im direkten Anschluss daran erzählt Emil von der „Versorgung durch einen ‚Freund‘“, den er noch nicht lange kannte: *„da ist mir der zweite kleine Zwischenfall passiert. Ich hatte einen (.) ja, sagen wir mal jetzt nur noch ‚nen Bekannten. Ich hatte mal geglaubt, dass es ein Freund wäre, aber der Bekannte hatte sich dann negativ entwickelt. Und der hatte immer Spaß daran gehabt, mich zu baden. Und irgendwann muss es ihn geritten haben... entweder war er so unter Strom, bekifft oder keine Ahnung was, dass er mich hat in der Wanne liegen lassen, meine Technik abgekoppelt, und ist stiftend gegangen. Nun war das natürlich nicht sehr kreativ, denn ich kannte den Namen und konnte also der Polizei sagen: ‚wer, was, wann, wo‘. Da gab’s also auch ein – ein Verfahren... na gut, das bringt dann so viel immer nicht. Aber das war, ähm, meine zweite (.) unerfreuliche (.) Bekanntschaft, die ich hab‘ machen müssen. So, des war’s aber. Und das in siebzig Jahren, ist doch ne ganz gute Quote, wa?“ (IP11: 117)*

Emil erzählt von zwei Übergriffen, die er miteinander in Verbindung setzt. Das erste Mal wird er zusammengeschlagen, ein anderes Mal hilflos in der Badewanne liegen gelassen und ausgeraubt. Im zweiten Fall kann er selbst den Täter anzeigen, wenn auch offensichtlich keine erhebliche Strafe dabei herausgekommen ist. Er relativiert die Vorfälle als „unerfreuliche“ Bekanntschaften. Wenn er anschließend die Vorfälle von einer anderen Warte aus betrachtet, stellt er sie sogar „als nicht so schlimm“ dar, da es nur zwei Vorfälle in 70 Jahren gewesen seien, was Emil offenbar für eine geringe Quote für

<sup>7</sup> „Klappe“ ist ein umgangssprachlicher, in der schwulen Szene gebräuchlicher Begriff für eine öffentliche Toilette, die von Männern, die Sex mit Männern haben wollen, aufgesucht wird. Von den schwulen Interviewten wurde sie als üblicher Ort des Kennenlernens [vor allem im letzten Jahrhundert] genannt.

einen schwulen Mann hält. Es werden hier Anzeichen von Zynismus erkennbar. Emil tendiert dazu, diese Ereignisse aus der Distanz zu betrachten, zieht die Konsequenz, dass die Person im zweiten Fall nicht mehr als ‚Freund‘ bezeichnet werden könne. Im Interview mit Emil wird deutlich, dass sein vor allem schwuler Freundeskreis und dessen Erhalt ihm sehr wichtig ist. Sein Präsentationsinteresse folgt dem des aktiv Gestaltenden, um den man sich keine Sorgen machen soll oder darf. Er ist danach jemand, der in einem großen Netzwerk eingebunden ist, viele unterschiedliche Freunde hat, (weil er) sich um diese sorgt und darüber auch einen Bezug zur schwulen Szene herstellen kann. Er problematisiert in dem Interview nicht, dass er in der Gestaltung seines sozialen Netzwerks auch von instabilen Kontakten (o.g. ‚Freund‘) zur schwulen Szene abhängig ist. Da Emils Leben stark von einem schwulen Lebensstil geprägt ist, hat er folgerichtig einen ‚schwulenfreundlichen‘ Pflegedienst gewählt.

Anton ist 75 Jahre alt, lebt seit circa 15 Jahren in einem Pflegeheim in einer ostdeutschen Großstadt (Pflegestufe II), in der er auch geboren wurde und aufgewachsen ist. Er ist halbseitig gelähmt und leicht demenziell eingeschränkt. Sein letzter Lebenspartner ist circa fünf Jahre vor dem Interview gestorben. Im späteren Verlauf der Eingangserzählung kommt Anton auf seinen Umgang mit seiner sexuellen Orientierung zu sprechen: *„Ich habe so nie gelebt [wie „ein Homosexueller“, Anmerkung des Autors], habe immer frei, frank, frei ... und das ging! Es ... na, der hat ... das ging wunderbar! Und bis dass mein ... der ... alle wussten Bescheid. Mein Freund und so. War vollkommen klar. Und habe mich mit ... ich habe furchtbar gerne getanzt und so. Also das ... habe jetzt ... so, ich habe keine Familie, keine Angehörigen, nichts. Nichts. Aber Freundschaften. Ja. Die kommen Weihnachten und ja, am Festtag sind sie natürlich nicht hier, aber das ist nicht schlimm.“* (IP13: 76)

Anton berichtet hier zunächst offen über seinen homosexuellen Lebensstil und bewertet diesen ausdrücklich positiv. Er verknüpft diesen mit seinem aktuellen sozialen Netzwerk, das eher übersichtlich ist. Auch wenn Anton auf keine freundschaftlichen Beziehungen aus vergangenen Tagen verweisen kann, schildert er diese Situation als unproblematisch. Er muss erkennen, dass im Pflegeheim kaum eine seiner früheren Freundschaften, von denen er im Verlauf des Interviews spricht und die sein Leben in künstlerischen Kreisen prägten, von Bestand ist. Seine Lebenspartner sind relativ früh verstorben. Anton lehnt das Wort „schwul“ für sich ab, bezeichnet das Wort – nicht unüblich für die Generation – als „furchtbar“ (IP13: 260)<sup>8</sup> und assoziiert mit einem „Homosexuellen“ einen Menschen, der nicht frei, sondern meist im Verborgenen lebe. Beschreibungen von Coming Out-Situationen im Pflegeheim gestaltet Anton wiederum durchaus selbstbewusst im Handeln sowie insbesondere im Aushalten von unklaren Situationen gegenüber dem Pflegepersonal. Das wird im Pflegealltag dann erkennbar, wenn er beispielsweise annimmt, dass ein Begrüßungskuss des damaligen Lebenspartners den Mitbewohner im Zimmer und eine ebenso anwesende Ärztin „perplex“ werden ließe (IP13: 374) oder wenn er beschreibt, wie er mit Irritationen bei heterosexuel-

8 Die Textstelle, in der Anton das Wort „schwul“ aufgreift: „Na, ich finde es zum Beispiel ganz furchtbar, dass dieses Wort ‚schwul‘ – schwul benutze ich überhaupt nicht. Also finde ich entsetzlich. Finde ich ganz fürchterlich (IP13: 260).

len Mitbewohnern umgeht (IP13: 244ff.). Obwohl Anton in solchen Situationen auf Coping-Strategien eines schwulen Mannes zurückgreifen kann, so kann er die in anderen Studien beschriebenen positiven Effekte eines schwulen Lebensstils nicht nutzen. Er kommuniziert nicht mit der lesbischen Pflegekraft eines anderen Wohnbereichs, nur weil beide homosexuell sind. Er negiert eine Bedürftigkeit als schwuler Mann und käme auch nicht auf die Idee, einen schwulen Besuchsdienst zu kontaktieren. Dem steht ein starkes Verlangen nach sozialer Teilhabe oder Besuchen von Kulturangeboten gegenüber. Erwartungen an Unterstützung und regelmäßigen Kontakt werden vor allem an die Schwester des ehemaligen Partners gerichtet. Nun scheint es für Anton irrelevant, ob Ansprache oder Teilhabe einen Bezug zu ihm als homosexuellen Mann aufweisen, doch hat sein Umgang mit seiner eigenen Identität als homosexueller Mann Folgen für seinen Alltag im Pflegeheim. Das Vermeiden jeglicher Art spezifischer „homosexueller Terminologie“ führt bei Anton dazu, dass er die Selbsthilfestrukturen der schwulen Community nicht als Ressource nutzen kann. Er überlässt es den anderen, sich einen Reim aus seinem Leben/Lebensstil zu machen, geht aber davon aus, dass sie ihn als schwulen Mann wahrnehmen: *„Das kann sich doch jeder zusammenreimen. Und wenn er so dumm ist ... und das ... irgendwann wird er das schon merken“* (IP13: 264). Eine vergleichbare Umgangsweise haben wir nur bei einer weiteren Befragten in unserem Sample beobachten können, der 92-jährigen lesbischen Pflegebedürftigen Conny, die erst im Alter von 60 Jahren ihr Coming Out hatte – obgleich nicht untypisch für die Generation lesbischer Frauen. Bei beiden Interviewten kann das soziale Netzwerk nur bedingt als belastbar und zufriedenstellend und eine LSBT\*I-Community als nicht greifbar gewertet werden.

Eike ist 78 Jahre alt, kam in einer westdeutschen Großstadt zur Welt und wurde zum Mann erzogen. 1960 heiratete Eike „in der Hoffnung auf Besserung“ der von Ärzten zunächst als sexuelle Störung gewerteten Situation als Transfrau. In der Ehe lebte Eike vermehrt das Frau-Sein. Aus der Beziehung, die nach der Transition beendet wurde, gingen zwei Kinder hervor. Heute lebt Eike als Frau und bezeichnet sich als transident. Sie war vor ihrer Transition Meister in einem handwerklichen Beruf und nach der geschlechtsangleichenden Operation erfolgte eine Umschulung zur Industriekauffrau ohne anschließende Eingliederung in den Erwerbsmarkt. Sie bezieht ambulante Leistungen aus der Pflegeversicherung (Stufe 1) und wohnt in einem Seniorenheim in einer deutschen Großstadt.

Das „erlebte Leben“ ist gekennzeichnet von vielen Kämpfen in den 1970er bis 1990er Jahren, in denen kaum aufgeklärte Mediziner\_innen zu finden waren. Nur mit viel Engagement auch in neu gegründeten ehrenamtlichen Organisationen vor Ort gelingt Eike eine erfolgreiche geschlechtsangleichende Operation. Sie berichtet von Konflikten und Kämpfen auch im persönlichen Umfeld, abgebrochenen Freundschaftsbeziehungen bis ins höhere Alter. Sie präsentiert sich als diejenige, die den Weg gehen musste, der Opfer mit sich brachte. Die folgende Textstelle zeigt eine die bis dato geltende problematische Rechtslage. Sie ist ein Beispiel für gesellschaftliche Diskriminierung von Trans-Personen und wie deren Wunsch nach Familienleben sozial und gesetzlich behindert wird:

Eike: *„Die Fin... die Selbstfindung, das Ich-Werden hatte natürlich das Problem, dass der § 8 des Transsexuellen-Gesetzes vorschrieb, dass für die Personenstandsänderung nach durchgeführter OP keine zwei Frauen verheiratet sein dürfen. Ja? Ich war ja, wenn ich ... wenn ich die Personenstandsänderung habe, war ich ja rechtsgültig Frau. Also musste ich mich scheiden lassen. Weil eine Frau ja mit so jemand nicht mehr zusammenleben kann, hat mir der Richter damals gesagt. (...) Viele, viele Menschen konnten die Umstellung nicht mit mir machen. Ja, ich habe heute noch Leute, die sagen: Jaja, die [Vorname] war ja mal ein Mann. Also gerade, wenn ich es merke, wenn ich dabei bin, dann sage ich: Das stimmt ja nicht, ich war ja nie ein richtiger Mann. Ich habe zwar wie ein Mann ausgesehen, habe funktio..., biologisch funktioniert wie ein Mann, aber das war auch schon alles. Ja?“*

Interviewer: Mhm.

Eike: *„Okay! Dieses, was ich jetzt da angesprochen hatte, war, dass natürlich auch im privaten Bereich es große Änderungen gegeben hat. Das heißt, Trennung von der Familie, Scheidung, ich war alleine. Obwohl ich eigentlich mit der Familie (hustet) das gemeinsam machen wollte.“ (IP31: 47ff.)*

Erst auf Nachfragen ist Eike auf die Situation mit der Familie eingegangen. Die Transition hat zu Konflikten in der Familie geführt, über die sie nicht gerne berichtet. Der Prozess der Transition ließ sich in Hinsicht auf ihre Kernfamilie nicht positiv gestalten. Dass Eike ein belastetes Verhältnis zu Ex-Partnerin und den Kindern zu haben scheint, wird erst an der folgenden Textstelle etwas deutlicher: *„Ja, ich bin ausgezogen und die sind bei der Mutter geblieben. Ja. Der Sohn war 14 und die XZ, die war 20. Ja. Ja, wir haben heute noch Kontakt. Obwohl ich der Meinung bin, ich habe versucht, die Kinder nie alleine zu lassen. Ich habe versucht, den Kindern auch über meine Situation zu berichten, von meiner Situation zu erzählen und warum das so gekommen ist und warum ich die Familie verlassen habe. Ich hatte das Gefühl, die Kinder haben es sehr gut mit mir gemeint. Die (.) ja, aber (.) es scheint doch irgendwas zurückgeblieben zu sein, ein Schaden, den sie nicht wissentlich verarbeiten können, ja? Das sage ich jetzt so als Psychologin, ja? Natürlich sind die Kinder froh, dass ich hier wohne. Denn solange ich hier wohnen kann, selbstständig, haben sie keine Probleme mit mir. Ja, ist doch logisch! Ja? Mal so viel zu den Kindern. Also so sind ... die Kinder hassen mich nicht. Die Kinder sind da“ (IP31: 63).*

Eike agiert hier als Analytikerin ihrer Familie und urteilt „als Psychologin“, wonach eine Frau-Werdung solche Nachteile nun mal beinhalte. Es bleibt unklar, welche anderen Möglichkeiten ihr offenstanden in der Gestaltung der familiären Beziehungen und wieviel soziale Unterstützung Eike tatsächlich von ihren Kindern und der Ex-Frau im Seniorenheim erfährt. Bei gelegentlichen Auseinandersetzungen im Heim kann Eike ihre langjährigen Erfahrungen im Aushalten von skeptischen Fragen und Blicken von Mitbewohner\_innen nutzen. Sie kann durch ihr selbstbewusstes und eigenes proaktives Auftreten das soziale Miteinander in ihrer näheren Umgebung gestalten und mit einigen Mitbewohnerinnen organisiert sie alltägliche soziale und instrumentelle Unterstützung. Das „Motto“ für das Präsentationsinteresse könnte lauten: ‘Ich musste kämpfen, meinen eigenen Weg gehen, will mich nicht mehr erklären müssen’. Eike fühlt sich angekommen nach ihrer Transition. Sie überlässt es – durchaus selbstbewusst – den an-

deren, mit ihr klar zu kommen, beispielsweise morgens, wenn sie ohne Perücke den Pflegedienst empfängt.

Abschließend muss mit Blick auf die Daten und die Teilhabesituation der Interviewten in den jeweiligen Pflegesettings festgestellt werden, dass die Befragten in multipler Weise vulnerabel sind und als Pflegebedürftige differenzierte Strategien der Angehörigenarbeit erfordern, um eine gute Pflege- und Lebensqualität erzielen zu können. Diese werden in der Diskussion aufgegriffen. Sie gehen unterschiedlich mit der (Un-)Sichtbarkeit von LSBT\*I in Einrichtungen der Altenhilfe um. An Sofia und Emil wird die Relevanz des Freund\_innenkreises für die Lebensqualität im Alter und in der Pflege für LSB(T\*I) deutlich. Durchgängig wurde von den lesbischen wie bei schwulen Befragten direkt oder indirekt zum Ausdruck gebracht, nicht wieder „in den Schrank“ (der Lebensstillen) zurück, sondern – auch ohne Lebenspartner\_innen – sichtbar sein zu wollen; wahlfamiliale Beziehungen helfen ihnen dabei. Für die trans- und intergeschlechtlichen Interviewten gilt dies nicht minder; hinzukommt für sie insbesondere die Berücksichtigung von erlebten Diskriminierungen und Traumata – ob in der gesundheitlichen Versorgung oder im persönlichen Umfeld. Sowohl bei Anton als auch bei Eike wurden beispielhaft und in unterschiedlichem Maße erkennbar, wie individuell Identitätsprozesse verlaufen und welche unterschiedlichen Bedarfslagen diese für die heterogene Bevölkerungsgruppe mit sich bringen. Wie auf diese individuellen Bedarfe eingegangen und wahlfamiliale Beziehungen von LSBT\*I-Senior\_innen als Ressource in der pflegerischen Praxis genutzt werden können, wird abschließend diskutiert.

## Diskussion

Die Ergebnisse der Analyse der narrativen Interviews macht das Bedürfnis der Interviewten deutlich, in Einrichtungen der Altenhilfe als LSBT\*I-Person sichtbar bleiben zu können und wie bedeutsam hierfür wahlfamiliale Beziehungen und professionelle Unterstützung aus der Community sind. Die Relevanz sozialer Netzwerke, die in der Literatur für LSB-Senior\_innen belegt ist, zeigt sich in unseren Daten auch mit LSBT\*I-Pflegebedürftigen. Bei einer Nicht-Infragestellung von Hetero- und Cis-Normativität der Netzwerkarbeit können die Potenziale der Angehörigenarbeit nicht vollständig genutzt werden und LSBT\*I-Pflegebedürftigen bleiben auf sich allein gestellt. Heteronormativität in den Einrichtungen heißt, allen Bewohner\_innen wird zunächst Heterosexualität unterstellt (vgl. King 2016: 110f.). Und in einer cis-normativen Pflegeeinrichtung gibt es nur entweder weiblich oder männlich als Ausprägungen von Geschlecht – Annahmen, die relevant für die Gestaltung der sozialen Teilhabe von LSBT\*I sind. Wenn LSBT\*I-Senior\_innen pflegebedürftig werden, ist ein Kampf um die eigene Identität kontraproduktiv für das Sicherheitsgefühl und das individuelle Wohlbefinden in der jeweiligen Einrichtung. Wahlfamiliale Beziehungen und Kontakte zur LSBT\*I-Lebenswelt erleichtern es den Befragten in erheblichem Maße, diese Ziele auch in pflegerischen Settings zu erhalten (vgl. King 2016: 103f.). Aus diesen

Gründen ist eine diversity-sensible Angehörigenarbeit, die biografisch bedingte Unterschiede und potenzielle Ressourcen wahlfamilialer Beziehungen erkennt, von zentraler Bedeutung.

Die Analyse der Daten zeigt, dass es für die Befragten immer wieder nötig wurde, proaktiv Teilhabe herzustellen und den jeweiligen (LSBT\*I)Lebensstil einzufordern (vgl. auch Richard/Brown 2006: 62). Denn in der Pflegepraxis bleiben spezifische Angebote für sie aus oder sind aus verschiedenen Gründen oftmals inadäquat. Soziale Arbeit und Biographiearbeit in der Pflege sind geeignet, Türöffner für Lebensgeschichten zu liefern und Freund\_innen und Lebenspartner\_innen in den Pflegealltag zu integrieren, aktiv einzubinden und als Ressource zu betrachten. Professionalität und kompetente Praxis heißt, nicht-normatives Begehren und nicht-normative Körper für möglich zu halten und spezifische Bedarfe dieser Menschen mit ihren unterschiedlichen Lebensweisen erkennen zu können – auch mit ihren Widerständen oder Eigenheiten im Umgang mit ihrer eigenen sexuellen und/oder geschlechtlichen Identität.

Netzwerkanalysen im Rahmen des Care - und Case-Managements eignen sich für LSBT\*I Pflegebedürftige in besonderer Weise (Kollak & Schmidt 2016: 16f.). Gutes Care- und Case-Management versteht fachspezifische und „einschlägige“ Besuchs- und Begleitdienste als wichtige Ressourcen für die Angehörigenarbeit zu nutzen (siehe auch Brennan-Ing et al. 2014: 31ff.). Laut Gerlach/Szillat (2017) gibt es jedoch bundesweit bislang nur in drei Großstädten Besuchs- und Begleitdienste (nur) für Schwule (in Berlin, Frankfurt/M. und München). Besuchsdienste speziell für Lesben werden sogar nur in Berlin und München angeboten (ebd.: 254f.). Dabei ist das Interesse an diesen Begleit- und Besuchsdiensten groß (Braukmann/Schmauch 2007: 24). Verwiesen sei zudem auf die in Studien festgestellte höhere Isolationsgefahr für LSBT\*-Senior\_innen (Kneale 2016: 116; Brennan-Ing et al. 2014: 44, 48). Aus Sicht des Autors besteht daher eine beidseitige Verantwortung sowohl des Wohlfahrtsstaates als auch der LSBT\*I Community für einen verbesserten Austausch zwischen den Einrichtungen der Altenhilfe und der LSBT\*I-Community. Hierbei muss besondere Aufmerksamkeit insbesondere denjenigen gelten, die – wie Anton und Conny und in unserem Sample – aus vielfältigen Gründen Hemmnisse haben oder hatten, sich zu outen, einschlägige Freund\_innenkreise aufzubauen oder Begrifflichkeiten (wie „schwul“) zu verwenden. Mit Blick auf die von Heaphy (2004, 2009) und Brennan-Ing et al. (2014) illustrierte Relevanz wahlfamilialer Beziehungen werfen die Daten zudem die Frage auf, wie belastbar diese sein können, sobald es zu einem altersbedingten pflegerischen Bedarf im wahlfamilialen Freundeskreis kommt (interessant ist hier auch ein Vergleich zu der gesellschaftlich stigmatisierten Erkrankung HIV/Aids). Hier gibt es noch erhebliche Forschungsdesiderate.

Um konkrete Aktivitäten für eine diversity-sensible Angehörigenarbeit mit LSBT\*I-Pflegebedürftigen für die eigene Einrichtung zu entwickeln und eine Offenheit für LSBT\*I-spezifische Angehörigenarbeit zu signalisieren, sei daher neben Fortbildungsmaßnahmen für das pflegerische wie nichtpflegerische Personal in ambulanten wie stationären Einrichtungen für die Alltagspraxis u.a. empfohlen

- Aufnahmebögen zu nutzen, die nicht allein auf heterosexuelle Begrifflichkeiten und Netzwerke abstellen,
- Broschüren gezielt (auch) für LSBT\*I-Personen zu entwickeln und offene Veranstaltungen wie Filmabende zum Themenfeld LSBT\*I anzubieten, um darüber Offenheit gegenüber LSBT\*I-Personen unter den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und dem Personal zu signalisieren,
- Aspekte wie zum Umgang mit Partner\_innen des LSBT\*I-Auditverfahren „Pink Passkey“ aufzugreifen (vgl. Linschoten et al. 2016).

Diese Beispiele mögen in der Pflegepraxis Tätige fragen lassen, wie dies angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege erreicht werden soll. In der Tat sind die Rahmenbedingungen problematisch für eine gute Pflegequalität. Das gilt jedoch nicht nur für eine individuelle und biographie-sensible Pflege für LSBT\*I-Personen. Diese machen die Mängel nur exemplarisch sichtbar und fordern normative Strukturen heraus. LSBT\*I-Pflegebedürftige könnten für eine tatsächlich diversitätssensible Altenpflege auch in der Angehörigen- und Netzwerkarbeit als Beispiel verstanden werden.

Die GLEPA-Studie weist einige Limitationen auf, auf die an dieser Stelle hingewiesen wird. So ist mit Sofa nur eine von acht Interviewten eine Befragte mit Migrationserfahrung. Weitere Differenzierungsmerkmale – wie Körperbehinderung oder Klasse – konnten in diesem Beitrag nicht in dem Umfang dargelegt werden, wie es wünschenswert wäre. Aus forschungspraktischen Gründen konnten die Fallrekonstruktionen nicht vollumfänglich bei allen Interviewten durchgeführt werden. Eine Typenbildung unterblieb u. a. aufgrund der Samplestruktur und der Kürze der Projektlaufzeit. Auf Aufrufe zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt über Anzeigen in einschlägigen Zeitschriften und Emails an Selbsthilfegruppen reagieren vor allem szenenahe Befragte.

In der Kürze des Beitrags konnte die Gefahr von Re-Traumatisierungen vor allem von trans- und intergeschlechtlichen Senior\_innen aufgrund ihrer Erfahrungen im Gesundheitssystem nicht bearbeitet werden. Hier besteht ein erheblicher Forschungsbedarf. Auch Vergleiche zwischen LSBT\*I-Senior\_innen mit kinderlosen heterosexuellen Senioren und Seniorinnen sollten in naher Zukunft in der Forschung aufgegriffen werden.

## Literatur

- Bochow, M. (2005): Ich bin doch schwul und will das immer bleiben. Hamburg: Männerschwarm
- Brauckmann, S./Schmauch, U. (2007): Lesbische Frauen im Alter – ihre Lebenssituation und ihre spezifischen Bedürfnisse für ein altengerechtes Leben. Forschungsbericht des gFFZ. Frankfurt am Main: Fachhochschule Frankfurt - gFFZ
- Brennan-Ing, M./Seidel, L./Larson, B./Karpik, S. E. (2014): Social Care Networks and Older LGBT Adults: Challenges for the Future. In: Journal of Homosexuality 61(1), 21-52
- Drewes, J. (2015): Gesundheit schwuler Männer. In: Kolip, P./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber, 409-419

- EUROFAMCARE (2005): "Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage". Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse aus der EUROFAMCARE-Sechs-Länder-Studie. <http://docplayer.org/18838479-Zusammenfassende-uebersicht-der-ergebnisse-aus-der-eurofamcare-sechs-laender-studie.html> [Stand 2018-01-18]
- Fredriksen-Goldsen, K. I./Kim, H.-J./Barkan, S. E./Muraco, A./Hoy-Ellis, C. P. (2013): Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results from a Population-Based Study. In: *American Journal of Public Health* 103(10), 1802-1809
- Gardner, A.T./de Vries, B./Mockus, D. S. (2013): Aging Out in the Desert: Disclosure, Acceptance, and Service Use Among Midlife and Older Lesbians and Gay Men. In: *Journal of Homosexuality* 61(19), 129-144
- Gerlach, H./Szillat, C. (2017): Schwule im Alter. Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg. Wiesbaden: Springer VS
- Guasp, A. (2011): Lesbian, Gay and Bisexual People in Later Life. Stonewall, London. [http://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/LGB\\_people\\_in\\_Later\\_Life\\_\\_2011\\_.pdf](http://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/LGB_people_in_Later_Life__2011_.pdf) [Stand: 2017-12-26]
- Heaphy, B./Yip, A. K. T./Thompson, D. (2004): Ageing in a Non-heterosexual Context. In: *Ageing & Society* 24, 881-002
- Heaphy, B. (2009): Choice and Its Limits in Older Lesbian and Gay Narratives of Relational Life. In: *Journal of GLBT Family Studies* 5(1-2), 119-138
- Hoff, A. (2006): Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: VS Verlag, 231-287
- Hoffmann-Riem, C. (1984): *Das adoptierte Kind. Familienleben mit doppelter Elternschaft*. München: Wilhelm-Fink-Verlag
- Hughes M./Kentlyn S. (2011): Older LGBT People's Care Networks and Communities of Practice. In: *International Social Work* 54(3), 436-444
- King, A. (2016): *Older Lesbian, Gay and Bisexual Adults: Identities, Intersections and Institutions*. London: Routledge
- Kneale, D. (2016): Connected Communities? LGB Older People and their Risk of Exclusion from Decent Housing and Neighbourhoods. In: *Quality in Ageing and Older Adults* 17 (2), 107-118
- Kollak, I./Schmidt, S. (2016): *Instrumente des Care und Case Management Prozesses*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Lehr, U. (2003): *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle + Meyer
- Loch, U./Rosenthal, G. (2002): *Das narrative Interview*. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber, 221-232
- Linschoten, M./Lottmann, R./Lauscher, F. (2016): »The Pink Passkey®« – ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBT\*I-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen. In: Lottmann, R./Lautmann, R./Castro Varela, M. (Hrsg.): *Homosexualität\_en und Alter(n)*. Wiesbaden: Springer VS, 233-241
- Misoch, S. (2016): »Lesbian, gay & grey«. Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50(3), 239-246
- Rosenthal, G. (1993): Reconstruction of Life Stories: Principles of Selection in Generating Stories for Narrative Biographical Interviews. In: *The narrative study of lives* 1(1), 59-91. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-59294> [Stand: 2017-11-29]
- Richard, C. A./Brown, A. H. (2006): Configurations of Informal Social Support Among Older Lesbians. In: *Journal of Women & Aging* 18(4), 49-65
- Schröder U. B./Schondelmayer A. C./Scheffler, D. (2012): Gesamtevaluation zur Initiative „Berlin tritt ein für Selbstbestimmung und Akzeptanz sexueller Vielfalt“. Ergebnisbericht. In: Landesstelle für Gleichbehandlung gegen Diskriminierung (Hrsg.) *Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation* Nr. 28. [http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb\\_ads/gglw/isv/bericht\\_gesamtevaluation\\_isv\\_final\\_bf.pdf?start&ts=1395929334&file=bericht\\_gesamtevaluation\\_isv\\_final\\_bf.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb_ads/gglw/isv/bericht_gesamtevaluation_isv_final_bf.pdf?start&ts=1395929334&file=bericht_gesamtevaluation_isv_final_bf.pdf) [Stand: 2015-08-31]

- Unterforsthuber A./Franz, H. (2004): Unterm Regenbogen – Lesben und Schwule in München. München: Landeshauptstadt München (Hrsg.) Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen
- Wallace, S. P./Cochran, S. D./Durazo, E. M./Ford, C. L. (2011): The Health of Aging Lesbian, Gay and Bisexual Adults in California. Los Angeles, CA: UCLA Center for Health Policy Research

*Dr. Ralf Lottmann*

University of Surrey, Department of Sociology, Center for Research on Ageing and Gender  
Guildford, GU2 7XH, United Kingdom, r.lottmann@surrey.ac.uk

Kathryn Almack, John Crossland

## **Erfahrungen von LSBT\*-Patient\_innen am Ende ihres Lebens – Die Situation Sterbender in England und Erkenntnisse der Studie „The Last Outing“**

The experiences of LGBT older adults at the end of their lives: “End of Life Care” in England and findings from the study “The Last Outing”

This paper addresses the end of life experiences of lesbian, gay, bisexual, and trans (LGBT) older adults and their carers. The authors provide an overview of end of life care policies and guidelines in England with a specific focus on diversity. Key themes regarding the needs of LGBT patients and their carers are then outlined from a research study “The Last Outing”, from which the authors demonstrate the importance of visibility for LGBT patients in both institutional and community based end of life care settings. This mixed-methods study combined a quantitative component that surveyed 237 participants with a subsequent qualitative component comprising 60 semi-structured interviews that were analysed thematically. The article highlights the specific vulnerabilities of dying LGBT patients and the relevance of both sexual orientation and gender identity to good practice in health and social care, including working with partners and carers. The authors discuss the findings in relation to the social policy contexts of both England and Germany and highlight best practice examples.

### **Keywords**

LGBT, End of Life Care, Older Adults, Homosexuality, Social Networks, Dying

Der Beitrag thematisiert die Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie transgeschlechtlichen (LSBT\*) Sterbenden und ihren Angehörigen. Die Autor\_innen liefern zudem einen Überblick über „end of life care“ in England und neue Richtlinien im Ge-

eingereicht 08.03.2018

akzeptiert 15.05.2018

sundheitswesen im Umgang mit Diversität. Anhand der Studie „The Last Outing“, werden zentral relevante Themen und Bedürfnisse von LSBT\*-Patient\_innen und ihren Angehörigen vorgestellt. Die Studie basiert auf einem mixed-method Ansatz, der eine quantitative Studie mit 237 Teilnehmenden mit einer qualitativen Studie verknüpft, die wiederum Daten aus 60 problemzentrierten Interviews thematisch analysiert. Dabei illustrieren die Autor\_innen die Bedeutung der Sichtbarkeiten von LSBT\*-Patient\_innen in der ambulanten wie in der stationären Versorgung am Lebensende. Der Artikel verdeutlicht die spezifische Vulnerabilität sterbender LSBT\*-Patient\_innen und die Relevanz der sexuellen und geschlechtlichen Identität in der pflegerischen Praxis und im Umgang mit den Angehörigen. Die Autor\_innen diskutieren die Ergebnisse mit Berücksichtigung der sozialpolitischen Rahmenbedingungen in England und Deutschland und best practice Beispielen.

### Schlüsselwörter

LSBT\*, Sterbebegleitung, Altenpflege, Homosexualität, soziale Netzwerke, Sterben

“You matter because you are you,  
and you matter to the end of your life” (Saunders 1976)

Dame Cicely Saunders (1918 - 2005)

Gründerin der Hospizbewegung in England

## Einleitung

Dieser Artikel befasst sich mit dem bislang kaum erforschten Themenfeld zu pflegebezogenen Bedürfnissen und Erfahrungen am Lebensende von lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgeschlechtlichen Senior\_innen (LSBT\*<sup>1</sup>). Es ist ein Beitrag für den Themenbereich Alter(n), Soziale Arbeit und Gesundheit mit der Perspektive von LSBT\* (der bislang schwule Männer und lesbische Frauen und deren Bedarfe fokussierte).

Dieser Beitrag liefert zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Versorgung am Lebensende und der Sterbebegleitung in England und deren gegenwärtige organisationale Strukturen.<sup>2</sup> Er stellt anschließend Aspekte der Sterbebegleitung für LSBT\*-Senior\_innen und den Forschungslücken in diesem Bereich dar und nimmt anschließend Ergebnisse der ersten britischen Studie zu Bedarfen bei der Sterbebegleitung von LSBT\* in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dabei werden die auf pflegerische Unterstützung von Familien und Freund\_innen bezogenen Bedürfnisse und Sorgen der mit Sterbeprozessen konfrontierten Befragten fokussiert. Für diesen Beitrag gehen wir der Frage nach, welche Bedarfe die befragten LSBT\*-Patient\_innen haben und welche Erfahrungen sie bezogen auf die gesundheitliche Versorgung am Lebensende gemacht haben. Die Studie nimmt dabei auch explizit Bezug auf den aktuellen englischen sozialpolitischen Kontext der Bewertung neuer Richtlinien, die entsprechende Versorgungslücken bei dieser Bevölkerungsgruppe identifiziert hat (CQC 2016). Der

1 Das Sternchen (\*) bietet zu den bekannten Geschlechtsidentitäten eine weitere, offene Kategorie für Menschen, die sich einer Geschlechterdichotomie entziehen möchten.

2 Der englische Begriff “end of life care” meint die Versorgung im letzten Lebensjahr. Da die direkte Übersetzung für den deutschen Kontext irritieren könnte, nutzen wir den englischen Begriff. Siehe auch Erläuterungen zum Begriff im Kapitel „Einführung in “end of life care” im Vereinigten Königreich“.

Beitrag benennt und diskutiert zudem positive Beispiele, die Wege aufzeigen, wie eine angemessene und gleichberechtigte „end of life care“ Versorgung entwickelt und zentrale Prinzipien von Würde und Respekt für alle berücksichtigt werden können.<sup>3</sup>

## Vergleiche zwischen Ländern

Bevor wir eine Dienstleistung bzw. sozialpolitische Richtlinie aus dem britischen Ausland vorstellen, müssen wir uns fragen, welcher Zweck damit erfüllt werden soll. Soll sie schlicht eine andere Perspektive aufzeigen oder soll sie als Versuch dienen, der einen gesundheitspolitischen Lernprozess bewirken könnte? Wenn letzteres der Fall ist, dann müssen auch die (sozialpolitischen) Rahmenbedingungen betrachtet werden. Auch wenn Gesundheitspolitik stets vom nationalen Kontext geprägt ist, ein Transfer von Erfahrungen kann dann erfolgen, wenn die Einflüsse dieses Kontexts verstanden werden (Klein 1997; Marmor/Wendt 2012). Daher werden wir in aller Kürze Gesundheits- sowie Pflegedienste in ihrem institutionellen und soziokulturellen Setting verorten und dabei die besondere Problematik der begrifflichen Gleichwertigkeit sowie deren Übersetzung berücksichtigen (Hantrais 1999; Baistow 2000).

Insbesondere seit den Verfassungsreformen der späteren 1990er Jahren sind die politischen Rahmenbedingungen im Vereinigten Königreich recht kompliziert. Unter anderem durch die sog. „devolution“ (Dezentralisierungen), infolgedessen Schottland, Wales und Nordirland (aber nicht England) eigene Landesparlamente bekamen. Seitdem unterschied sich nach und nach die Gesundheits- und Sozialpolitik in den verschiedenen Ländern des Vereinigten Königreichs. Im Verlauf dieses Artikels diskutieren wir hauptsächlich die englische Situation. Wir werden jeweils kenntlich machen, ob andere Länder gemeint sind oder das Vereinigte Königreich.

Im Unterschied zu Deutschland gibt es im Vereinigten Königreich im Bereich Gesundheit und Pflege kein Sozialversicherungssystem, sondern mit dem National Health Service (NHS) ein direkt aus Steuern finanziertes Gesundheitssystem, das den Prinzipien „universal“ (zugänglich für alle) und „free“ (kostenlos, abgesehen von der Steuerlast) folgt. Jedoch sind Zuzahlungen für Rezepte, Brillen und zahnärztliche Dienstleistungen obligatorisch und vom Einkommen abhängig. Bisher wurden und werden immer noch die meisten Gesundheitsdienstleistungen direkt vom NHS, also von den staatlichen Einrichtungen, angeboten – dieser Bereich ist jedoch seit einigen Jahren Gegenstand heftiger politischer Debatten. Seit der Implementierung des von der konservativen Partei initiierten Health and Social Care Act im Jahr 2012 wird ein eher marktorientierter Ansatz verfolgt. Das Gesetz hat insofern neue Strukturen nach sich gezogen, als dass sog. Clinical Commissioning Groups eingerichtet wurden. Diese von Hausärzten (General Practitioners) geleiteten Gruppen bestimmen die Bedarfs-

<sup>3</sup> Unser besonderer Dank gebührt Dr. Ralf Lottmann, Marie Skłodowska-Curie Fellow am Centre for Research on Ageing and Gender (CRAG) der University of Surrey, Großbritannien. Er hat maßgeblich an der Fertigstellung des Artikels und einem Transfer der Inhalte für ein deutsches Publikum beigetragen. Zudem danken wir Dr Anne Patterson, Dr Meiko Makita, Professor Jane Seymour, Professor Andrew Yip (University of Nottingham) und Dr Anita Sargeant (University of Bradford) für die Mitwirkung an der Studie „The Last Outing“.

planung vor Ort, setzen Prioritäten bei der Versorgung und entwickeln Strategien für die Zukunft. Dabei müssen sie mit den gemäß des Care Act 2014 für nicht-medizinische Pflege und Unterstützung (social care) hauptverantwortlichen kommunalen Behörden eng zusammenarbeiten und können Dienstleistungen von diversen Anbietern wie Krankenhäusern, ambulanten Krankendiensten usw. (zum besten Preis) „einkaufen“ – einschließlich Leistungen privater Anbieter wie zum Beispiel Virgin Healthcare. Die Zusammenarbeit zwischen „health and social care“ bei der Versorgungsplanung wird als „joint commissioning“ bezeichnet.

Der Care Act ist – grob betrachtet – dem Sozialgesetzbuch XI ähnlich. Doch folgt der Care Act in seiner Umsetzung dem Kapitel sieben des SGB XII insofern, als dass bei allen Antragsteller\_innen eine Überprüfung des Einkommens und Vermögens erfolgt, um einen entsprechenden Pflegekostenanteil zu bestimmen. Im Gegensatz zum NHS-Prinzip der Kostenfreiheit, sind die über die Kommunen verwalteten Pflege- und Unterstützungsdienstleistungen in England nicht (unbedingt) kostenlos. Pflegebedürftige müssen sich bei der Kommune anmelden, um ein Bedarfsassessment zu beantragen, welches überwiegend von einem/einer Sozialarbeiter\_in (oder seltener von Pflegefachpersonal, Ergotherapeut\_innen usw.) nach den Kriterien des Care Act durchgeführt wird. Diese Kriterien basieren auf das „wellbeing principle“, d. h. sie richten sich nach der durch Krankheit oder Behinderung beschränkten Alltagskompetenz und deren Auswirkung auf das Wohlbefinden. Das Assessmentverfahren ist dahingehend unterschiedlich zu dem vom MDK geführten Verfahren nach §18 SGB XI, als dass soziale Aspekte der Versorgung eine größere Rolle spielen, in den Bereichen körperliche Pflege und den hauswirtschaftlichen Verrichtungen scheinen starke Ähnlichkeiten zu herrschen.<sup>4</sup> Gesundheits- und Pflegedienste sollen sowohl auf der individuellen Fallebene wie auf der Organisationsebene zusammenarbeiten, um die (individuelle) Versorgung sicherstellen zu können. In der Praxis sorgt der Unterschied zwischen dem kostenlosen NHS und den nicht kostenfreien Pflegediensten für organisatorischen Streitigkeiten darüber, wer für welchen Teil des gesamten Versorgungspaketes zuständig ist. In diesem Kontext werden auch die Dienstleistungen für Menschen am Lebensende in Auftrag gegeben und bereitgestellt. Ferner müssen alle öffentlichen Dienste dem „Equality Act“ folgen, wonach Alter, Transgeschlechtlichkeit und sexuelle Orientierung zu den neun „protected characteristics“ (geschützte Eigenschaften) gehören. Diesen „Equality Act“ werden wir im nachfolgenden Kapitel erneut aufgreifen.

## Einführung in „end of life care“ im Vereinigten Königreich

Im Vereinigten Königreich wird unter „end of life care“ eine gesundheitliche bzw. pflegerische Versorgung am Lebensende, genauer gesagt, im letzten Lebensjahr verstanden – auch wenn anerkannt wird, dass eine solche Zeitperiode sich schwierig prognostizie-

<sup>4</sup> Neue politische Entscheidungen haben selbstverständlich großen Einfluss auf diese Prozesse. So wird es bei der sozialen Teilhabe in der Pflege vermutlich durch die Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in Deutschland Annäherungen an die britische Situation geben. Der Brexit wird ebenso Folgen für die Gesundheitspolitik im Vereinigten Königreich nach sich ziehen, die derzeit jedoch kaum abschätzbar sind.

ren lässt. Ziel ist, dass Patient\_innen in dieser Phase so gut wie möglich leben und menschenwürdig sterben können. Eine palliative Versorgung dagegen meint die – oftmals langfristige – Behandlung einer unheilbaren tödlichen Krankheit, wobei nicht unbedingt damit gerechnet wird, dass der Tod rasch eintreten wird (NHS England 2014). Aufgrund dieser vergleichsweise differenzierten Leistungen gilt das Vereinigte Königreich im Bereich palliativer Versorgung am Lebensende international führend.<sup>5</sup>

Wie oben erwähnt, ist die Gesundheitsversorgung in England kostenlos und wird über den National Health Service organisiert. Im gesamten National Health Service, einschließlich 200 Krankenhäuser und 8.000 Hausarztpraxen, arbeiten ungefähr eine Million Mitarbeiter\_innen. Im Jahr 2008 wurden die ersten Versorgungsrichtlinien für „end of life care“ in England eingeführt. Diese sollten eine Versorgung in hoher Qualität für alle Erwachsenen sicherstellen, inklusive der Wahlmöglichkeit für Betroffene in Bezug auf die Frage, wo sie am liebsten leben bzw. sterben möchten. Ähnliche Strategien wurden später auch in den anderen Ländern des Vereinigten Königreichs entwickelt. Diese Maßnahmen stellen das Rahmenkonzept im Bereich der Versorgung zum Lebensende dar, welches als zehnjährige Strategie konzipiert wurde und alle lebensverkürzenden Krankheiten (nicht nur Krebs) umfasste. Es wurde eine Art Versorgungspfadansatz entwickelt, der folgende Schritte umfasst:

1. Erkennen von Menschen, die sich dem Lebensende nähern und Klärung dessen, welche „end of life“ Versorgung diese bevorzugen
2. Assessment des Patientenbedarfs sowie Begutachtung hinsichtlich der Präferenzen des/der Patient\_in
3. Koordinierung der Versorgung auf individueller und strategischer Ebene
4. Erbringung aller Dienste in hoher Qualität
5. „Gesicherte Versorgung“ der letzten Tage des Lebens
6. Versorgung nach dem Tod (End of Life Care Strategy, DoH 2008a)

Über eine dreijährige Periode wurde dieses Rahmenprogramm durch eine Finanzierung von zwölf Millionen Pfund ausgestattet, um die Versorgungsqualität für Erwachsene, die sich dem Lebensende nähern, zu verbessern, so dass sie im gewünschten Ort mit einer personenzentrierten Versorgung leben und sterben können. Eine nationale Arbeitsgruppe – the National End of Life Care Programme – wurde eingeführt, um die Umsetzung der Strategie zu gewährleisten. Die operationalen Aufgaben wurden den regionalen und lokalen Behörden des NHS übertragen. Diese Arbeitsgruppe erreichte zwischen 2008 und 2013 wesentliche Verbesserungen in der „end of life care“ Versorgung (Kennedy, Seymour et al. 2009; NHS England 2014). Exemplare guter Praxis wurden initiiert und eine Reihe „Leitfäden für die gute Praxis“ wurden publiziert („Der Weg zum Erfolg“/ „Route to Success“) mit Hinweisen zu bestimmten Krankheiten, unterschiedlichen Settings und Communities. Gemäß des „Equality Act“ müssen

5 Das Vereinigte Königreich führt im Jahr 2015 den „Quality of Death Index“ als erstplatziertes Land an. Dieser Index ist ein internationaler Qualitätsstandard der palliativen Versorgung in 80 Ländern (Bericht des Economist Intelligence Unit 2015). Die Kriterien dafür umfassten folgende Themenfelder: die Qualität der Infrastruktur von Krankenhäusern und Hospizen, die Zahl und Kompetenzen des Personals, die Bezahlbarkeit und Qualität der Versorgung.

Richtlinien auf ihre Wirkung auf benachteiligte Gruppen geprüft werden (equality impact assessment). Die Evaluierung ergab, dass LSBT\*-Patient\_innen im besonderen Maße gefährdet sind, Diskriminierung in Bezug auf die Qualität der „End of Life“-Versorgung zu erfahren, und die empirische Befundlage als dürftig zu bewerten war (Department of Health 2008b). 2011/12 wurde der Leitfaden „The route to success in end of life care—achieving equality for lesbian, gay, bisexual and transgender people“ entwickelt (NEOLCP 2012). Dieser war Ausgangspunkt der Studie „The Last Outing“, die vom britischen Marie Curie Research Grants Scheme ([www.mariecurie.org.uk](http://www.mariecurie.org.uk)) finanziert wurde. Es ist ein zweijähriges Sondierungsprojekt, das als erste britische Studie in diesem Bereich die Erfahrungen von älteren LSBT\* Menschen in Bezug aufs Lebensende untersuchte<sup>6</sup> (Almack et al 2015).

Die Befunde des „Last Outing“-Projektes trugen den Erkenntnissen des Berichts der Care Quality Commission (die nationale Aufsichtsorganisation in England für Pflegeheime, Krankenhäuser etc.) bei (CQC 2016), der fortwährende Ungleichheiten in diesem Themenbereich hervorhebt. So weist der Bericht daraufhin, dass Anbieter aufgrund fehlender Kenntnis um die Bedürfnisse von LSBT\*-Patient\_innen eine mitunter geringere Versorgungsqualität erhalten.

Das neueste Rahmenkonzept „Ambitions for Palliative and End of Life Care – a national framework for local action 2015-2020“ – stellt Arbeitspakete dar, die die individuell gewünschte Pflege und die Unterstützung aller beteiligten Akteure optimieren, die Erfahrung von „end of life care“ in der ambulanten wie stationären Pflege radikal verbessern sowie die Koordination sämtlicher Dienstleistungen in diesem Bereich sichern sollen. Ein wesentliches Ziel der gesundheitspolitischen Entwicklung im Bereich „end of life care“ ist u. a., dass Patient\_innen die Behandlung selbstbestimmt planen sollen (advance care planning). Dieser Aspekt der Versorgung ist ein personenzentrierter Ansatz, der den Betroffenen die Möglichkeit bieten soll, ihre Präferenzen über künftige Behandlungsoptionen und Pflegesettings selbst zu bestimmen (Rietjens et al., 2017). Diese individuelle Entscheidungskompetenz bei den Betroffenen ist eine grundlegende Strategie, die immer mehr Menschen einen „guten Tod“ ermöglichen soll.

## Forschung zu „end of life care“ bei LSBT\*-Patient\_innen

Die Frage, inwiefern Ungleichheiten und Widrigkeiten, mit denen LSBT\*-Personen am Ende des Lebens konfrontiert sind, begegnet werden können, ist durch den Mangel an (praxisnaher) Forschung zu diesem Themenbereich schwer zu beantworten. Harding et al. (2012) hat in einer Gesamtschau von englischsprachigen peer-review Artikeln zwischen 1990 und 2010 zwölf relevante Artikel zur Versorgung von LSBT\* am Lebensende identifiziert, die insbesondere Krebserkrankungen fokussierten. Die Erfahrungen von Bisexuellen und Trans\* blieben auch hier zumeist aus. Insofern gilt eine

<sup>6</sup> Der Titel der Studie lautet: The Last Outing: exploring end of life experiences and care needs in the lives of older LGBT people

Ausweitung von Praxis von und Forschung zu palliativer Versorgung und Sterbebegleitung als notwendig (Murray 2008). In den letzten Jahren gab es allerdings eine bemerkenswerte Forschungstätigkeit im angloamerikanischen Raum (Almack et al. 2010; Cartwright et al. 2012; Rawlings 2012; Lawton 2013).

Die Versorgung am Ende des Lebens bzw. Sterbebegleitung hatte im Bereich der Forschung zu LSBT\* bereits vor allem hinsichtlich der Erfahrungen von jüngeren schwulen Männern mit HIV und Aids Aufmerksamkeit erfahren. Diese Forschungsaktivitäten weisen jedoch kaum einen Bezug zu älteren LSBT\*-Generationen auf, deren Erfahrungen von Versorgung am Lebensende und Verlust mit Alter(n)serfahrungen und Alterserkrankungen in Verbindung stehen. Im Grunde entspringen diese Arbeiten aus einer Zeit, in der die Diagnose HIV/Aids mit einer kurzen Überlebensphase einherging. Sie umfassten Themen, die mit der Erkrankung verknüpft waren wie Stigmatisierungsprozesse durch HIV/Aids, die Erfahrungen von zahlreichen Verlusten innerhalb des sozialen Netzwerks und „Überlebensschuld“ (Wright/Coyle 1996). In jüngeren Jahren, als ein Ergebnis des medizinischen Fortschritts, HIV wird mittlerweile als chronische – nicht mehr tödliche – Erkrankung (long term condition) gesehen (obwohl sie lebensverkürzend wirkt).

Ältere Menschen in einem Alter von 65 Jahren und älter sind (wiederum) die größte Bevölkerungsgruppe, die eine „end of life“ Versorgung benötigen (Ruth/Verne 2010). Während grundlegende Aspekte dieser Versorgung alle Senior\_innen betreffen und nicht nur LSBT\*, so identifizierte aktuellere Forschung in diesem Bereich LSBT\*-spezifische Aspekte, die für die Bevölkerungsgruppe in besonderem Maße relevant sind. Zum einen ist eine Unkenntnis gegenüber den heterogenen Bedürfnissen von älteren Menschen auszumachen, die in nicht-traditionellen Lebensformen leben. Insbesondere Sterbebegleitung weist eine Fokussierung auf traditionelle Beziehungen innerhalb der biologischen Familien auf (Manthorpe 2003; Thönnies/Jakoby 2011).

Ein weiterer relevanter Faktor bei der Betrachtung der Situation von alternden LSBT\*-Senior\_innen ist die höhere Wahrscheinlichkeit für lebensbedrohende Bedingungen mit zunehmenden Alter, die aus einem Minoritätenstress folgen. So werden Risikofaktoren im Gebrauch bzw. Missbrauch beim Tabak- und Alkoholkonsum mit Minoritätenstress in Verbindung gebracht (Fredrikson-Goldsen et al. 2013). Minoritätenstress bezeichnet ein definiertes, hohes und chronisches Stressniveau, dem Angehörigen einer stigmatisierten Bevölkerungsminderheit ausgesetzt sind. Es wird als soziale Determinante anerkannt und beinhaltet Stigmaerfahrungen, Ausgrenzungen und Diskriminierungen, die die gesundheitliche Situation und Lebensqualität von LSBT\*-Personen beeinflussen (Wilkinson/Marmot 2003). Minoritätenstress kann zudem zu einer geringeren sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe führen bzw. aufgrund von früheren Erfahrungen mit oder Vorbehalten gegenüber Gesundheitsanbietern, eine gesundheitliche Versorgung oder Behandlung nicht oder verspätet in Anspruch zu nehmen (Almack 2016).

## Das Forschungsprojekt „The Last Outing“

Die nachfolgend präsentierten Daten sind Teil der UK-weiten Studie „The Last Outing“ (das letzte Outing) (2012-15). Hauptziel der Studie war die Situation älterer LSBT\*-Personen in Bezug auf Lebensende und den dazu gehörenden Versorgungsbedarf detaillierter zu untersuchen, da bislang dazu bisherige Studien kaum Erkenntnisse beitragen konnten.<sup>7</sup>

Das Forschungsdesign sollte die Untersuchung unterschiedlicher Aspekte der selben Anliegen in Breite und Tiefe ermöglichen. Die quantitativen und qualitativen Studienbestandteile folgten einer spezifischen Technik („following a thread“) wonach Themen, die eine weitere Untersuchung verlangen, identifiziert und auch in nachfolgenden Studienbestandteile weiter verfolgt werden (Moran-Ellis et al 2006; O’Cathain et al 2010). Mit Sicht auf den Mangel an amtlichen Daten oder empirischen Studien über die Perspektive älterer LSBT\* Menschen sollte dieser Ansatz zum einen einen quantitativen Datensatz einer vielfältigen Stichprobe ermöglichen, um eine Wirkung auf die Gesundheitspolitik(en) gewährleisten zu können. Zum anderen konnten so aus der Umfrage sich entwickelnden Themenstellungen durch qualitative Methoden tiefergehend verfolgt werden.

Es ist daher eine Mixed-Methods-Studie, die einen quantitativen Teil (n=237) mit einem qualitativen Teil (problemzentrierte Interviews mit 60 Teilnehmenden der Unterstichprobe) verband. An der quantitativen Untersuchung konnten Briten im Alter von 60 Jahren und älter teilnehmen, die sich selbst als lesbisch, schwul, bisexuell oder trans\* bezeichnen. Ferner konnten LSBT\*-Personen unter 60 Jahren teilnehmen, die sich in einer Partnerschaft mit einer LSBT\*-Person befanden, die 60 Jahre und älter waren.

Um das Ausmaß und die Intensität des Engagements mit einem Thema der „end of life care“ Versorgung bzw. der Sterbebegleitung analysieren zu können, war es nötig, dass die Teilnehmenden an der Studie sich über die „end of life care“ bzw. der Sterbebegleitung bereits Gedanken gemacht, darüber gesprochen und Pläne gemacht haben. Die Befragung konnte online oder per Post erfolgen.

Es konnten Befragte aus dem ganzen Vereinigten Königreich gewonnen werden, wobei für die Rekrutierung von Befragten LSBT\*-Organisationen, soziale Medien wie Twitter und soziale Organisationen wie Senior\_innenverbände etc. genutzt wurden (für weitere Details, auch den soziodemographischen Daten siehe Almack et al. 2015). Die Untersuchung beinhaltete 81 geschlossene Fragen zu den o. g. Aspekten sowie weitere offene Fragen. Zusätzlich zu den soziodemographischen Daten wurden Angaben zur (offen oder nicht offen gelebten) sexuellen Orientierung, sowie zu geschlechtlichen Identitäten erhoben. Ferner wurden Informationen zu den Plänen und Präferenzen der

7 Die Untersuchungsfragen behandelten folgende Themenstellungen: 1. Besonderen Bedarf oder Präferenzen älterer LSBT\*-Personen in Bezug auf „End of Life Care“ zu identifizieren. 2. Der Einfluss von sexueller Orientierung bzw. Geschlechtsidentität auf ihre Erfahrungen zu untersuchen. 3. Ihre Familien- sowie Freundschaftsnetzwerke zu untersuchen und deren Einfluss auf Erlebnisse im späteren Lebensabschnitt bis zum Lebensende. 4. Beweise zu heben, die die künftige Entwicklung guter Praxis informieren könnten.

Betroffenen und Angehörigen bezogen auf mögliche Pflege sowie Fragen zu finanziellen und sozialen Ressourcen eingeholt. Die Themenblöcke für die Interviews sind nach Erfahrungen in der quantitativen Studie entstanden und fokussierten Einstellungen, Ängste und Erfahrungen zu „end of life care“ sowie Bedarfe für und Quellen von Unterstützung und Information. Als Teil des Interviews wurden auch Netzwerkkarten verwendet, um das soziale Netzwerk der Befragten visualisieren zu können (Hartman 1979). Diese Methodik ermöglichte Diskussionen über Lücken und Kontinuitäten in den sozialen Beziehungen der Befragten, wenn Sprache inadäquat wurde um die volle Bedeutung dessen zu erfassen (Ray/Street 2005; Almack 2007). Dieser Prozess beinhaltete ein Skizzieren und die Diskussion des individuellen sozialen Netzwerkes der Befragten, die ebenso wie die Interviews aufgezeichnet und voll transkribiert wurden.

Angewendet wurde die induktive thematische Analyse (Lincoln/Guba 1985). Sie ermöglicht die unabhängige Entwicklung aufkommender Themen durch Teammitglieder, die in Bezug auf Konsistenz und Reliabilität in mehreren Durchgängen gemeinsam geprüft wurden. Für eine weitergehende Datenanalyse wurde die thematische narrative Analyse angewandt (Riessman 2008). Die unter bestimmten Themen codierten Daten wurden in Bezug auf den Lebensweltkontext und die biografischen Angaben untersucht (Plummer 2007). Nachfolgend werden wir Ergebnisse der qualitativen Daten entlang der zentralen Themenstellungen darstellen, die aus den Interviews mit den Teilnehmenden entwickelt werden konnten. Dabei unterscheiden wir zwischen Erfahrungen der Teilnehmenden bei dem Erhalt von Pflege in der ambulanten und stationären Versorgung.

## Versorgung zu Hause

Die meisten Befragten in Untersuchungen zur Versorgung am Lebensende äußern den Wunsch, zu Hause gepflegt zu werden (Gomes/Higginson 2008; Leadbeater/Garber 2010).

Zuhause bis zum Tode gepflegt zu werden, kann als Präferenz vorausgesetzt werden (ungeachtet der Tatsache, wie schwierig dies möglicherweise umsetzbar erscheint). Doch geht diese Präferenz bei den Befragten mit entsprechenden Ängsten einher – nicht zuletzt damit, dass das Zuhause ein privater, häufig „sicherer“ Ort für das jeweilige Individuum ist. Das Überlassen von privaten und häuslichen Räumen für eine breite Überprüfung der Verhältnisse schüchtert Patienten\_innen oftmals ein. Die Präferenz, Zuhause sterben zu wollen, kann es daher erforderlich machen, eine ganze Reihe von Pflege- und Betreuungspersonal in sein Zuhause „rein lassen“ („Coming In“) zu müssen – welches ein „Coming Out“ gegenüber den Pflegenden nötig macht (Brotman et al. 2007; Price 2010). Ein schwuler Mann, der mit seinem älteren Partner zusammenlebt, beschreibt diesen Vorgang: *„Wenn Menschen, Pflegekräfte, in dein Zuhause kommen, nur eine kleine Anerkennung deiner Sexualität, deiner ehemaligen Beziehungen und Dinge, wie diese und wenn du ein Foto von dir und deinem Partner irgendwo hast:*

*und du musst dir darum keine Gedanken machen, weißt du was ich mein* (Trevor, schwuler Mann, 54 Jahre – mit älterem Partner).<sup>8</sup>

Für viele, die ihre gleichgeschlechtliche Lebensweise verstecken mussten oder versteckt haben, bedeuten diese Überlegungen einen Einfluss auf das Sicherheitsgefühl, ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu können. Sie werden in verletzba- ren Lebenssituationen mit Fragen konfrontiert, ob sie Aspekte ihres homosexuellen Lebensstils oder ihrer geschlechtlichen Identität verstecken soll(t)en oder ob und in welchem Maße sie sich gegenüber dem Pflegepersonal outen sollen. Es gibt ferner Äng- ste gegenüber diskriminierenden Einstellungen, die Menschen in vulnerablen und ab- hängigen Situationen nicht in der Lage sind auszuhalten (Bristowe et al. 2017).

Trans\*-Personen können weiteren Dilemmata ausgesetzt sein und Differenzierun- gen zwischen sexueller und geschlechtlicher Identität werden dadurch notwendig. Das Pflegefachpersonal hat oftmals kaum Kenntnisse über Bedürfnisse und Lebenswelten von transgeschlechtlichen Pflegebedürftigen. Sie sind mitunter gezwungen, sehr inti- me Pflege mit Pflegepersonal verhandeln, das sich der Bedürfnisse von Trans\* nicht be- wusst ist. *„Ich war immer sehr für mich, eher privat: Als ein Mann-zu-Frau Trans, die im- mer noch Bartwuchs hat, dies wäre ein Bereich, in dem ich Hilfe benötigen würde, wenn ich nicht in der Lage wäre mich zu rasieren. Und andere intime Pflege – Dehnung und regel- mäßige Spülung der Vagina, um mögliche Infektionen zu verhindern. Hormontherapie ist bis zum Tod notwendig und ich möchte gern, dass sie auch weitergeht“* (Studienteilneh- mende, anonym, Alter unbekannt).<sup>9</sup>

Es ist von Bedeutung, die Diversität innerhalb der Gruppe transgeschlechtlicher Personen zu berücksichtigen; einige haben den Großteil ihres Lebens mit einer ge- schlechtlichen Identität gelebt, die nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht entspricht, einige haben erst vor kurzer Zeit ihre Transition begonnen. Einige mögen sich niemals einer geschlechtsangleichenden Operation unterziehen. Dies kann dazu führen, dass sie sich ängstigen, den eigenen Körper vor Pflegekräften zu entblößen.

Weitere Herausforderungen präsentieren sich für Menschen, die in Haushalten mit mehreren Partner\_innen und/oder unter unklaren Beziehungsverhältnissen wohnen, mit denen Krankenhaus- und Pflegepersonal kooperieren müssen. Sarah wohnt mit zwei Partnern zusammen, einer Transfrau (Iris), mit der sie sich vor Iris' Geschlechts- umwandlung verheiratet hatte, und einem Cis-Mann Damian.<sup>10</sup> Sarah beschrieb, wie sie an Krebs erkrankte. Eine Operation wurde nötig und anschließend kurierte sie sich in einem Zimmer zu Hause, das besonders dafür eingerichtet wurde. Sie erklärte in die- sem Zusammenhang: *„Dass das für mich eine große Veränderung war, war denen, die wir*

8 "If people, carers, are coming into your home, just an acknowledgement about your sexuality and your relationships in the past and things like that and like if you've got a photo of you and your partner out, you don't need to be worried, do you know what I mean"

9 "I've always been very private. As a male to female trans and still having beard growth, this would be an area of care I'd need if I am able to shave and apply hair growth inhibitor. And other intimate care - dilation and routine douching to keep the vagina clear of possible infections. Hormone therapy is necessary until death and I'd want that to continue"

10 Als Cis-Mann/Cis-Frau werden diejenigen bezeichnet, deren Geschlechtsidentität dem Geschlecht entspricht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

*ins Haus lassen mussten, nur schwer zu erklären. Die sind reingekommen, haben mich in meinem Bett betrachtet, haben dann zu Damian und Iris im großen Schlafzimmer gesehen. Auch wenn sie akzeptierten, dass wir drei zusammengehören, hätten sie wenig Verständnis dafür“ (Sarah, bisexuelle Befragte, 60 Jahre).<sup>11</sup>*

Celia (lesbisch, 68 Jahre alt) pflegte ihre sterbende frühere Partnerin Samantha, von Beginn an mit Samanthas ehemaligem Ehemann Patrick. Celia sprach mit einigen vom Pflege- und Betreuungspersonal, die zu ihnen kamen, die alle möglichen Annahmen über ihre Beziehungen gemacht haben und etwas irritiert waren, wer da wer war. Doch Celia fühlte sich unterstützt: *„Mein toller Hausarzt hat mich krankgeschrieben, wegen Stress, so dass ich mit Patrick für sie da sein konnte. Und jede Entscheidung war unsere Entscheidung, es war nicht nur Patrick, ihr nächster Verwandter, auch ich wurde in die Entscheidungen miteinbezogen“ (Celia, 68 Jahre alt).<sup>12</sup>*

Ähnlich wie in Deutschland ist die rechtliche Situation in Großbritannien von Nichtverheirateten problematisch und wahlfamiliale Freundschaften haben keine gesetzliche Relevanz. In den Daten zeigte sich eine entsprechende Sorge im Falle von Sterbebegleitung und den rechtlichen Folgen im Todesfall. Gleichwohl verbanden einige der Befragten diese Problematik mit der Würdigung der Legalisierung von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften: *„Wir haben eine lange Zeit und nicht unerhebliche Kosten dafür verwendet, dass wir ein bestimmtes Maß an gesetzlichem Schutz bekommen haben. Ich meine, glücklicherweise mussten wir es nicht in Anspruch nehmen, aber es war beruhigend für uns, du weißt schon, wir haben auch die ganzen Horrorgeschichten über Ablehnungen von Partnern am Krankenbett gehört. Daher bedeutet es ein bisschen Schutz für jeden von uns, wenn wir mit der biologischen Familie des anderen was abklären müssen und die vielleicht eine andere Meinung haben. Unsere registrierte Partnerschaft gibt uns eine Art Schutzschicht, auch darüber hinaus“ (Lydia, lesbisch, 46 Jahre, mit älterer Partnerin).<sup>13</sup>*

Eine besondere Sorge, die von zwei von fünf transgeschlechtlichen Befragten berichtet wurde, betraf die Identität, mit der sie beerdigt werden, auch wenn sie gesetzlich die neue Genderidentität bestätigt hätten (in England über eine „Gender Recognition Certificate“). *„Das ist wirklich, wirklich wichtig, weil wenn sie [die Geschlechtsidentität, Anmerkung der Autor\_innen] rausgestrichen wird nach deinem Ableben, das ist eine Verhöhnung deines Lebens und deiner Person“ (Shirley, 70 Jahre, Transfrau).<sup>14</sup>*

11 “It was difficult to explain to anybody coming in why this was a change. They would come in, they would see me in that single bed in that single room, and they would see Damian and Iris, and even if they accepted that we are three, they would see they had the main bedroom, and they wouldn’t realise or understand that actually normally I would have been in there too, and I would be missing it.”

12 “My lovely GP signed me off with stress, so that I could care for her with Patrick. And every decision was our decision, it wasn’t just Patrick who was obviously her next of kin, I was consulted too.”

13 “We went to some considerable length and some considerable cost to ensure that we had a level of legal protection. I mean fortunately we never really had to test that but it was reassuring for us, you know, having heard horror stories about people’s partners being denied access to their bedside. So it’s a little bit of protection for each other really when having to deal with each other’s biological families who might potentially have a different opinion. Our civil partnership ... that kind of gives us a whole layer of protection over and above that anyway now.”

14 “That’s really, really important, because if it’s cancelled out at the time of your demise, that just makes a mockery of your life and you as an individual.”

Nachfolgend werden wir auf das Unbehagen eingehen, den eigenen Lebensstil nicht mehr im eigenen Hause verfolgen zu können. Diese Befürchtungen sind bei einigen Befragten aufgrund fehlender sozialer Unterstützung entstanden, insbesondere für solche, die allein leben oder keine engen Beziehungen mehr zur Herkunftsfamilie hatten.

## Pflege und Unterstützung in stationären Einrichtungen

LSBT\*-Senior\_innen sind häufiger als ihre heterosexuellen Zeitgenossen Singles und wohnen alleine (Guasp 2011). Einsamkeit und Verlust von sozialen Beziehungen treffen nahezu jeden älteren Menschen. Nicht nur im Vereinigten Königreich lässt sich das Problem akuter Einsamkeit und sozialer Ausgrenzung als eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen erkennen (Social Care Institute of Excellence 2012). In diesem Jahr ist gar eine Ministerin gegen Einsamkeit ernannt worden.<sup>15</sup> Einige Studien weisen für die Bevölkerungsgruppe LSBT\* nach, dass diese Zustände für sie in besonderem Maße gelten, zumal sie häufiger kinderlos und im Vergleich zu heterosexuellen Seniorinnen und Senioren (noch) geringere intergenerationelle Unterstützung erhalten. Diese Isolationsgefahren nehmen mit dem Alter zu (Brookdale Center on Aging 1999; Heaphy 2003). Infolgedessen bräuchten sie häufiger Sachleistungen am Ende des Lebens aufgrund höherer Isolationsgefährdungen, schwächeren sozialen Netzwerken und der selteneren/späteren Inanspruchnahme von Sachleistungen in der Pflege (Fredrikson-Goldsen et al. 2013; Wenger 1997; Kneale 2016). Eine detaillierte Analyse der sozialen Netze der Teilnehmenden kann im Rahmen dieses Artikels nicht geleistet werden, stattdessen möchten wir aber einige Aspekte dazu aufführen, die den Zugang zu und Verwendung von regulären (in den meisten Fällen stationären) Gesundheits- bzw. Pflegediensten betreffen, mit einem besonderen Blick auf deren nichttraditionellen soziale Netzwerke.

In unserer Umfrage berichteten 74% der Befragten, dass sie „unsicher“ oder „sehr unsicher“ waren, ob ein regulärer Gesundheits- bzw. Pflegedienst eine sensible und entsprechende Sterbebegleitung für LSBT\*-Personen anbieten könnten. Als Gründe wurden Erfahrungen von Kriminalisierung, psychiatrische Behandlungen sowie institutionelle Vorurteile und Diskriminierungserlebnisse genannt. *„Für mich, ich denke, ich habe Angst davor, dass, je älter wir beide werden, und wir immer mehrere Krankheiten verkraften müssen, dass wir nicht nur mit Krankheiten, sondern auch mit einem System fertig werden müssen, das uns gegenüber als Paar eher verständnislos reagiert“* (Ron, 65 Jahre, schwuler Mann).<sup>16</sup>

Krankheitsbiografien von Transpersonen können uneinheitlich sein. Eine von uns befragte Transfrau, die an einer tödlichen Krankheit leidet, berichtete, wie dieses Thema vom Pflegepersonal mit Sensibilität behandelt wurde: *„Ich lag im Krankenhaus, auf*

15 Siehe „Großbritannien bekommt Ministerin für Einsamkeit“, <http://www.zeit.de/politik/ausland/2018-01/tracy-crouch-grossbritannien-ministerin-einsamkeit> (Stand: 08.02.2018)

16 “For myself, I suppose, my fear is that, as either of us gets older or has more health problems to contend with, my fear is that not only will we have to contend with those, but we’ll have to contend with the system not being very sympathetic to the fact that we’re a couple.”

einer offenen Station. Eine kam zu mir, machte den Bettvorhang zu, und ich dachte mir, was um Gotteswillen ist hier los! Sie war die Verwaltungskraft auf der Station oder ähnliches und sie sagte „mir fällt es schwer, Ihre Akten zusammenzupassen. Sie haben gesagt, Sie leiden an (Diagnose), wir haben aber keine entsprechenden Akte. Ähnlich ist nur eine Person mit diesem Namen“ und ich konnte bestätigen „Ja, das war ich“. Sie sagte „Okay, ist gut so, ich kann die Akten jetzt miteinander in Verbindung bringen“. Und ich dachte, das ist ja jetzt aufgeklärt. Sie hat nicht mal den Namen verwendet, hat mich halt aus meiner Sicht wie ich jetzt bin betrachtet. Ein bisschen Nachdenken bewirkt Wunder“ (Ivy, 67, lesbische transgeschlechtliche Befragte).<sup>17</sup>

Aufgrund der empathischen und überlegten Vorgehensweise der nicht-pflegerischen Mitarbeiterin kann diese Beschreibung des Vorganges auch als Beispiel für gute personenbezogene Praxis bei LSBT\*-Patient\_innen gelten, die in dem o. g. Leitfaden gefördert werden soll (NEOLPC 2012).

In einem weiteren Interview mit Liz, die ihre sterbende Partnerin Josephine pflegte, war das Personal des Hospizes ebenfalls aufmerksam, ihre Mitpatient\_innen jedoch weniger: „Als meine Partnerin im Sterben lag, ist sie in eine ambulante Hospizeinrichtung gegangen, um mir eine Atempause zu geben. Sie ist dort dreimal hingegangen und dann war auch ich eingeladen, um zu sehen wie es dort ist. Das Personal hat mich den Patienten gegenüber als Josephines Partnerin vorgestellt. Das nächste Mal, als sie dort wieder war, hat keiner mit ihr gesprochen und sie machten es ihr sehr deutlich, warum nicht. Sie wollte nicht mehr dahin. Sie kam in Tränen nach Hause, aber wollte mir nicht sagen, warum. Sie war eine sehr starke Frau, aber offensichtlich schon sehr krank zu dem Zeitpunkt. Sie hat mir nichts dazu erzählt bis drei Tage vor ihrem Tod. Ich war davon so betroffen, ich konnte nichts machen zu der Zeit. Aber mittlerweile hab ich Kontakt zum Hospiz aufgenommen und vielleicht kommt was Gutes dabei heraus“ (Liz, lesbisch, 65 Jahre).<sup>18</sup>

Abschließend sei zu den Ergebnissen darauf hingewiesen, dass die Daten auf mehrere Aspekte verweisen, die zum einen den Zugang zu regulären Diensten betreffen und zum anderen auf Wünsche und Ambivalenzen der Befragten gegenüber spezialisierten LSBT\*-Angeboten darstellen. Sie betreffen Erzählungen, wie oben präsentiert, die als Diskriminierungen zu verstehen sind, aber auch von positiven Erfahrungen von Befragten, die von Würde und Respekt von Seiten des Pflegepersonals geprägt sind (siehe auch Almack et al. 2015).

17 “I was in hospital and somebody came along and drew the curtains and I thought oh shit what’s going on. She was the ward secretary or something and she said ‘I’m having problems matching up your file because you say you’ve had (name of condition) but we’ve got no record. The nearest we’ve got is a person of this name’. So I was able to say ‘Yes, that used to be me’. So she said ‘OK, that’s fine I can combine them now’. And I thought that’s really enlightened, she hadn’t even used the name but treated me for who I am now. A little bit of thought works wonders.”

18 “When my partner was dying she went to a day hospice, mainly to offer me respite. She went three times and then I was invited for the day to see what went on there. The staff all introduced me as Josephine’s partner to all the other patients there. The next time after when she went, no-one spoke to her and they made it very very clear why. She just wouldn’t go again. She came home in tears but she wouldn’t tell me why. She was a very strong independent person but obviously ill at that point. She didn’t tell me about it until 3 days before she died. I was so emotional I didn’t do anything about it then ... but I’ve since taken it up with the hospice so some good might come out of it.”

## Fazit

Aus der Studie „The Last Outing“ (Almack et al. 2015) wurde ein grundlegendes Thema allgegenwärtig, wonach ständig neu entschieden werden muss, ob sie Auskunft über die sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität geben. Oder wie sie es am besten schaffen, diese persönlichen Informationen gegebenenfalls zu verbergen. Selbst bei (früher) stets offen lebende LSBT\*-Personen sinkt der Mut für ein Outing, wenn sie körperlich gebrechlich sind oder dringend die Unterstützung eines breiteren Personenkreises bedürfen. Den Befragten fehlt in diesen Fällen der Raum, diese Themen angemessen zu besprechen. Allerdings wurde in den Daten erkennbar, dass eher subtile Varianten von Diskriminierungen nicht immer augenfällig, auch mitunter ohne Absicht erfolgten und sich daher schwer bearbeiten lassen. Dies sind zumeist Folgen von „Heteronormativität“ in den jeweiligen Einrichtungen. Das bedeutet, dass eine kulturelle Befangenheit vorliegt, bei der Heterosexualität als „normal“ und selbstverständlich betrachtet wird, LSBT\*-Identitäten und Beziehungen hingegen nicht. Heteronormativität kann zu einem Gefühl der Unsichtbarkeit und Verlust der Identität führen. Dadurch kann es problematisch werden, entsprechende Angehörige in die Pflege einzubinden.

Durch lebensverkürzende Krankheiten kann soziale Ausgrenzung entstehen, so auch durch Prozesse des Sterbens und der Trauer. Für LSBT\*-Patient\_innen kommen zusätzliche Gefahren der Ausgrenzung hinzu. Das könnte bedeuten, dass sie sich wegen früherer Erfahrungen oder Sorgen über gesellschaftliche Diskriminierung nicht imstande fühlen, die eigene sexuelle Orientierung, Genderidentität preiszugeben, was zu einer Überforderung werden kann, wenn die Person krank oder geschwächt ist.

Haben LSBT\*-Patient\_innen kein Vertrauen in Dienstleistungen oder Fachpersonal, dann suchen sie eventuell keine Hilfe oder besprechen für sie wichtige Themen nicht, die für einen guten Tod maßgebend sind bzw. wären. In Bezug auf „end of life care“ gilt der Ausspruch, „wir haben nur eine Chance, es gut zu machen“ (Leadership Alliance for the Care of Dying People 2014). Im Falle von LSBT\* bekommt dieser Aspekt eine zusätzliche Bedeutung. Viele sind schon im früheren Lebensverlauf Gesundheits- bzw. Pflegepersonal begegnet, bei dem sie sich bereits einmal unsichtbar oder ausgegrenzt gefühlt haben (Somerville 2015). Jede neue Begegnung bringt neue Sorgen darüber, wie das Fachpersonal auf diese Informationen oder nicht-traditionelle Lebensformen reagieren wird (vgl. auch Westwood 2013; Almack et al. 2010). Daher gilt jede Preisgabe als wichtige einmalige Gelegenheit, eine fürsorgliche Beziehung aufzubauen und den/die Patient\_in kennenzulernen. Diese sind von zentraler Bedeutung für eine gelingende Versorgung am Ende des Lebens und diese Chance kann leicht verpasst werden. Die oben erwähnten „end of life care“-Versorgungsrichtlinien in England (DoH 2008a, DoH 2008b, NEOLCP 2012) stellen daher wichtige Leitlinien für eine zielgerichtete Versorgung von sterbenden LSBT\*-Patient\_innen dar.

Die gesundheitspolitischen Initiativen der letzten Jahre in England sollen Anbieter in jeder Phase der Versorgung am Lebensende in die Lage versetzen, koordinierte und personenzentrierte Dienste anbieten zu können. Teil dessen ist die Sensibilisierung für

Besonderheiten von LSBT\*-Erfahrungen. Auf zahlreiche bestehende Mängel im englischen Gesundheitssystem, die auch die Versorgung Sterbender beeinträchtigen, kann aufgrund der Kürze des Beitrags nicht eingegangen werden. Der Beitrag soll jedoch aufzeigen, welche Besonderheiten dies sein können. Sie betreffen nicht immer nur größere Ängste oder Sorgen, sondern auch positive Erfahrungen und meist individuelle Perspektiven.

Die in England dafür bislang vorgenommenen politischen bzw. organisatorischen Instrumente und Maßnahmen lassen sich nicht immer direkt mit der deutschen Situation vergleichen. Auch die Terminologie („end of life care“) und der damit einhergehenden Definitionen, erschwert einen direkten Transfer. Daher konnte nur das Ziel dieses Beitrags sein, im Bereich der Sterbebegleitung und Gesundheitsversorgung von LSBT\*-Patient\_innen am Lebensende über den Tellerrand zu schauen, um neue Entwicklungen auch in unterschiedlichen Gesundheitssystemen zu verfolgen und die Thematik international zu bearbeiten. Weiterhin muss auf die Limitationen der Studie hingewiesen werden, die sich aus der besonderen Herausforderung für das Sample ergaben. LSBTI\*-Personen im Alter von 60 Jahren und älter sowohl für qualitative als auch quantitative Studien zu erreichen, ist herausfordernd. Die Zahl der Interviewten für die quantitative Studie ist relativ gering, gleichwohl konnte daraus eine ausreichende Anzahl qualitativer Interviews erzielt werden. Die überwiegende Anzahl der Teilnehmenden war im Alter von 60 bis 80, neben den Erfahrungen von Hochaltrigen fehlten auch solche Teilnehmenden mit Migrationshintergrund. Die Lebens- und Pflegequalität dieser genannten Bevölkerungsgruppen ist weitgehend unerforscht und bedarf weiterer Untersuchungen.

## Literatur

- Almack, K. (2007): „Out and about: Negotiating the layers of being out in the process of disclosure of lesbian parenthood.“ *Sociological Research Online* 12(1), 343-348
- Almack, K. (2016): *Dying, Death and Bereavement*. The SAGE Encyclopaedia of LGBTQ Studies. A. E. Goldberg. London and New York Sage Publications, <http://www.socresonline.org.uk/12/1/almack.html>
- Almack, K., J. Seymour and G. Bellamy (2010): „Exploring the impact of sexual orientation on experiences and concerns about end of life care and on bereavement for lesbian, gay and bisexual elders.“ *Sociology* 44(5): 908-924
- Almack, K., Zip, A., Seymour, J., Sergeant, A., Patterson, A., Makita, M. (2015): *The last outing: exploring end of life experiences and care needs in the lives of older LGBT people—a final report*, University of Nottingham/Marie Curie Research Programme (<https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/ncare/documents/projects/srcc-project-report-last-outing.pdf>)
- Baistow, K. (2000): *Cross-national research: What can we learn from inter-country comparisons?* *Social Work in Europe*, 7(3), 8-13
- Bristowe, K., Hodson, M., Wee, B., Almack, K., Johnson, K., Daveson, B. A., Koffman, J., McEnhill, L. & Harding, R. (2017): *Recommendations to reduce inequalities for LGBT people facing advanced illness: ACCESSCare national qualitative interview study* *Palliative Medicine* <https://doi.org/10.1177/026921631770510>

- Brookdale Center on Aging (1999): *Assistive Housing for Elderly Gays and Lesbians in New York City*. New York, Hunter College and Senior Action in a Gay Environment (SAGE)
- Brotman, S., B. Ryan, S. Collins, L. Chamberland, R. Cormier, D. Julien, E. Meyer, A. Peterkin and B. Richard (2007): „Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada.“ *The Gerontologist* 47(4), 490-503
- Care Quality Commission (CQC) (2016): *A Different Ending: Addressing Inequalities in End of Life Care*. CQC, Newcastle upon Tyne, UK: CQC. [https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160505%20CQC\\_EOLC\\_OVERVIEW\\_FINAL\\_3.pdf](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160505%20CQC_EOLC_OVERVIEW_FINAL_3.pdf)
- Cartwright, C., M. Hughes and T. Lienert (2012): „End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people.“ *Culture, Health & Sexuality* 14(5), 537-548
- Department of Health (2008a): *End of Life Care Strategy: Promoting High Quality Care for all Adults at the End of Life*. London: Department of Health
- Department of Health (2008b): *End of Life Care Strategy: Promoting High Quality Care for all Adults at the End of Life—Equality Impact Assessment*. London: Department of Health
- Fredriksen-Goldsen, K. I./Kim, H.-J./Barkan, S. E./Muraco, A./Hoy-Ellis, C. P. (2013): *Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results from a Population-Based Study*. In: *American Journal of Public Health* 103(10), 1802-1809
- Gomes, B./I. J. Higginson (2008): „Where people die (1974—2030): past trends, future projections and implications for care.“ *Palliative Medicine* 22(1): 33-41
- Guasp, A. (2011): *Lesbian, Gay and Bisexual People in Later Life*. Stonewall, London. [http://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/LGB\\_people\\_in\\_Later\\_Life\\_\\_2011\\_.pdf](http://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/LGB_people_in_Later_Life__2011_.pdf) [Stand: 2017-12-26]
- Hantrais, L. (1999): *Contextualization in cross-national comparative research*. *International Journal of Social Research Methodology*, 2(2), 93-108
- Harding, R., E. Epiphaniou and J. Chidgey-Clark (2012): „Needs, Experiences, and Preferences of Sexual Minorities for End-of-Life Care and Palliative Care: A Systematic Review.“ *Journal of Palliative Medicine* 15(5), 602-611
- Hartman, A. (1979): *Finding Families: An Ecological Approach to Family Assessment in Adoption*. London, Sage
- Heaphy, B., Yip, A.K.T., Thompson, D. (2003): *Lesbian, Gay and Bisexual Lives Over 50*. Nottingham, York House Publications
- Kennedy, S., Seymour, J., Almack, K. and Cox, K. (2009): *Key stakeholders' experiences and views of the NHS End of Life Care Programme: findings from a national evaluation*. *Palliative Medicine*, 23(4), 283-294
- Klein, R. (1997): *Learning from others: shall the last be the first?* *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(5), 1267-1278
- Kneale, D. (2016): *Connected Communities? LGB Older People and their Risk of Exclusion from Decent Housing and Neighbourhoods*. In: *Quality in Ageing and Older Adults* 17 (2), 107-118
- Lawton, A., J. White and E. K. Fromme (2013): „End-of-Life and Advance Care Planning Considerations for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients #275.“ *Journal of Palliative Medicine* 17(1), 106-108
- Leadership Alliance for the Care of Dying People (2014) *One Chance to Get it Right*. London: Department of Health and Social Care, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/323188/One\\_chance\\_to\\_get\\_it\\_right.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/323188/One_chance_to_get_it_right.pdf)
- Leadbeater, C./J. Garber (2010): *Dying for change*. London, DEMOS
- Lincoln, Y./Guba, E. G. 1985: *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage
- Manthorpe, J. (2003): „Nearest and Dearest? The Neglect of Lesbians in Caring Relationships.“ *Br J Soc Work* 33(6), 753-768
- Marmor, T./Wendt, C. (2012): *Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy*. *Health policy*, 107(1), 11-20
- Moran-Ellis, J. A.V., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J., Thomas, H. (2006): *Triangulation and integration: processes, claims and implications*. *Qualitative Research*. 6(1): 45-59

- Murray, S. A./Sheikh, A. (2008): Care for all at the end of life, *British Medical Journal*, 336(7650), 958–959. <http://doi.org/10.1136/bmj.39535.491238.94>
- National End of Life Care Programme (NEOLCP) 2012: The route to success in end of life care: achieving quality for lesbian, gay, bisexual and trans people. London: NEOLCP <http://endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/Route-to-Success-End-of-Life-Care-in-LGBT-people.pdf>
- NHS England (2014) *Actions for End of Life Care*, Leeds: NHS England
- O’Cathain, A., Murphy, E., Nicholl, J. (2010): Three techniques for integrating data in mixed methods studies *BMJ*, 341(Nov 27): 1147-50
- Plummer, K. (2007): *The Call of Life Stories in Ethnographic Research*. The handbook of ethnography. P. e. a. Atkinson. London, Sage
- Price, E. (2010): Coming out to care: gay and lesbian carers’ experiences of dementia services. *Health and Social Care in the Community*, 18(2), 160-168
- Rawlings, D. (2012): „End-of-life care considerations for gay, lesbian, bisexual, and transgender individuals.“ *International Journal of Palliative Nursing* 18(1), 29-34
- Ray, R. A./A. F. Street. (2005): „Ecomapping: an innovative research tool for nurses.“ *J Adv Nurs* 50(5), 545-552
- Rietjens J. A. C. et al., (2017): Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet*, 18(9), e543-e551
- Ruth, K./J. Verne (2010): *Deaths in Older Adults in England*. London
- Riessman, C. K. (2008): *Narrative Methods for the Human Sciences*. London: Sage
- Thönnies, M./Jakoby, N.R. (2011): Wo sterben Menschen? Zur Frage des Sterbens in Institutionen. *Z Gerontol Geriat*(44). Wiesbaden: Springer-Verlag, 336–339. DOI 10.1007/s00391-011-0181-6
- Saunders, C. (1976). Care of the dying: the problem of euthanasia. *Nursing Times* 72, 1003 - 1005
- Social Care Institute of Excellence (2012): Preventing loneliness and social isolation among older people. At a glance briefing. London, SCIE
- Somerville, C. (2015): *Unhealthy attitudes: the treatment of LGBT people within health and social care services*, London, Stonewall ([https://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/unhealthy\\_attitudes.pdf](https://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/unhealthy_attitudes.pdf))
- Wenger, G.C. (1997): Social networks and the prediction of elderly people at risk, *Aging & Mental Health*, (1)4, 311-320
- Westwood, S. (2013): ‘My Friends are my Family’: an argument about the limitations of contemporary law’s recognition of relationships in later life. *Journal of Social Welfare and Family Law* 35(3), 347-363
- Wilkinson, R./Marmot, M. (2003): *Social Determinants of Health: the solid facts*. Denmark, WHO Regional Office for Europe
- Wright, C./A. Coyle (1996): Experiences of AIDS-related bereavement among gay men: implications for care. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying* 1(3), 267 - 282

*Professor Kathryn Almack*  
University of Hertfordshire

*Dr. John Crossland*  
University of Portsmouth

Dr. John Crossland, Senior Lecturer (Adult Social Care), Course Leader--MSc Social Work Vice Chair--Science Faculty Ethics Committee, Erasmus Coordinator (SHSSW) School of Health Sciences and Social Work, University of Portsmouth, PO1 2FR

## Beiträge

Theresa Hoppe

### **Soziale Rahmenbedingungen körperlich-sportiver Aktivitäten im Pflegeheim: Ergebnisse einer qualitativ explorativen Studie**

Social framing and conditions of physical activity in nursing homes: results of a qualitative explorative study

There are currently plenty of (inter-)national intervention studies showing the positive effects of any kind of physical activity on the physical and cognitive performance as well as on the independence of residents. However, there is some evidence, that physical activity of residents decreases from the date of moving into a nursing home. Therefore the purpose of this study is to assess the social framing and conditions of physical activity in nursing homes. The qualitative study design consists of three sub-studies that are built onto one another and follow different survey methods. The data collection took place in four nursing homes in Germany. In this article results of seven group-discussions and five individual interviews with nursing home residents and staff members are presented. The results show that the decreasing physical activity of residents cannot be explained by mere biological factors only. Most of the residents, who are unable to be independently mobile, rely heavily on qualified staff for any kind of physical activity. The staff however does not have much time. Moreover there is still predominantly a negative attitude towards the capabilities and physical potential of residents and not enough knowledge about exercise training for elderly people in need of care.

#### **Keywords**

Social framing, physical activity, nursing home residents, long-term care

Obwohl die positiven Effekte von physischer Aktivität auf die kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen in (inter-)nationalen Studien mehrfach bestätigt wurden, nehmen die körperlich-sportiven Aktivitäten der meisten Bewohner\_innen ab Heimeinzug stetig ab. Die Arbeit geht aus diesem Grund den sozialen Rahmenbedingungen des sport- und bewegungsbezogenen Handelns in Pflegeheimen nach. Das qualitativ explorative Studiendesign bestand aus drei aufeinander aufbauenden Teilstudien. Diese wurden in vier Pflegeheimen gemeinnütziger und privater Träger in Deutschland durchgeführt. Im vorliegenden Artikel werden Ergebnisse aus sieben Gruppendiskussionen sowie fünf Einzelinterviews mit Bewohner\_innen und Mitarbeiter\_innen präsentiert. Die Er-

---

eingereicht 22.12.2017

akzeptiert 27.02.2018

gebnisse zeigen, dass die Abnahme der Aktivitäten ab Heimeinzug nicht ausschließlich auf biologische Faktoren zurückzuführen ist. Die meisten Bewohner\_innen befinden sich in einer Abhängigkeitskonstellation zu den Mitarbeiter\_innen und sind bei körperlichen Aktivitäten auf die knappen Zeitressourcen des Personals angewiesen. Dazu herrschen noch immer eher defizitorientierte Vorstellungen zu den physischen Potentialen Pflegebedürftiger vor und besteht ein mangelndes Fachwissen zu adäquaten Trainingsmöglichkeiten dieser Zielgruppe.

### Schlüsselwörter

Soziale Rahmenbedingungen, körperliche Aktivität, Mobilität, Selbständigkeit, Heimbewohner, Pflegeheim

## 1. Einleitung und Hintergrund

Auch in Deutschland bleibt die demografische Alterung der Gesellschaft nicht ohne Konsequenzen für die Pflegebedürftigkeit und die pflegerische Versorgung älterer Menschen. Zum Stichtag am 30.06.2017 wurden ca. 776.000 Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5, d. h. 25% aller Pflegebedürftigen in Deutschland (insg. ca. 3,1 Mio.) vollstationär in ca. 13.600 Pflegeheimen versorgt (Bundesministerium für Gesundheit [BMG] 2017). Aufgrund ihrer dauerhaften physischen Beeinträchtigungen, dem Verlust der Mobilität und Selbstständigkeit sowie der stetig bestehenden Abhängigkeit von fremder Hilfe sind die in Pflegeheimen Lebenden stark in ihrer Lebensqualität eingeschränkt (Simon et al. 2013; Koppitz 2010). Eine adäquate Gesundheits- und vor allem Bewegungsförderung könnte Pflegebedürftigen trotz Multimorbidität und dauerhaften Funktionseinbußen eine Möglichkeit bieten, ihre größtmögliche Unabhängigkeit und damit einhergehend Lebensqualität aufrecht zu erhalten oder zu steigern (Kleina et al. 2013).

Mittlerweile existiert eine Fülle von (inter)nationalen Interventionsstudien, welche die positiven Effekte, d. h. eine kognitive und/oder körperliche Leistungssteigerung sowie eine damit einhergehende Verbesserung der Selbstständigkeit der Bewohner\_innen durch gezielte physische Aktivitäten für Pflegebedürftige nachweisen (zsf. Weening-Dijksterhuis et al. 2011; Horn et al. 2013; Wöhl et al. 2017). Von spezifischen Kraft-, Ausdauer- und Beweglichkeitstrainings (u. a. Schreier et al. 2016; Lobo et al. 2010; Mulasso et al. 2015), über Sturzprophylaxe-Kurse (Becker & Rapp 2010), Tanzprogramme (Holmerova et al. 2010), Tai Chi (Dechamps et al. 2010) oder auch Spiele mit der Nintendo Wii (Wittelsberger et al. 2013) bestehen viele Möglichkeiten, die konditionellen Fähigkeiten der meist hochbetagten und multimorbiden Pflegebedürftigen zu steigern und damit einhergehend die Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) zu verbessern.

Nichtsdestotrotz liegt im Pflegealltag ein zu niedriges Aktivitätsniveau der Bewohner\_innen vor und wird die meiste Zeit des Tages von ihnen im Sitzen oder Liegen verbracht (Schneekloth & von Törne 2007; Csapo et al. 2009). Insbesondere ab dem Zeitpunkt des Einzugs in die Pflegeeinrichtung scheinen die physischen Aktivitäten der Pflegebedürftigen abzunehmen und ihre Hilfebedürftigkeit sowie Immobilität zuzu-

nehmen (Scherder et al. 2010; Zegelin 2013; Ikezoe et al. 2013). Wingenfeld et al. (2011) stellten fest, dass innerhalb von sechs Monaten in einer Pflegeeinrichtung (unabhängig vom Zeitpunkt des Einzugs) bei 33% Prozent der Bewohner\_innen, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, eine sukzessiv zunehmende Bettlägerigkeit sowie ein Mobilitätsverlust zu beobachten sind, die nicht durch ein besonderes Krankheitsereignis ausgelöst wurden. Zusätzlich zu den allgemeinen körperlichen Aktivitäten stellte Kalinowski (2013) heraus, dass weniger als die Hälfte der Bewohner\_innen einer Einrichtung – und das lediglich unregelmäßig – an adäquaten Trainingsangeboten zu ihrer Leistungssteigerung partizipieren, obwohl viele von ihnen über die körperlichen Voraussetzungen dazu verfügen würden.

Insgesamt resultiert daraus eine weitere Abnahme der noch vorhandenen körperlichen Fähigkeiten der Bewohner\_innen. Hierbei stellt sich die Frage, welche Faktoren, die scheinbar nicht biologischer Natur sind, Einfluss auf das Sport- und Bewegungshandeln ausüben.

In der Literatur existieren einige Hinweise darauf, dass ab Heimeinzug spezifische soziale Rahmenbedingungen einen Einfluss auf den Prozess der zunehmenden Immobilisation haben, die zum einen (a) in den Interaktionen der am Pflegealltag beteiligten Akteure sichtbar werden, zum anderen aber auch (b) in den Organisationsstrukturen der Einrichtungen sowie im Pflegesystem begründet liegen.

(a) Einen wesentlichen Grund für die hohe Inaktivität der Bewohner\_innen sieht Zegelin (2013) darin, dass viele Pflegebedürftige keine Unterstützung für ihre Aktivitäten einfordern wollen, weil die Pflegekräfte häufig in Eile sind. Zwar sollen die Pflegebedürftigen seit Einführung der aktivierenden Pflege in das Elfte Sozialgesetzbuch so viel wie möglich selbstständig aktiv werden (Dangel & Korporal 2003), jedoch fehlt es im stationären Pflegealltag an weiteren sinnvollen ‚Beweg-gründen‘, wie bspw. der Haus- oder Gartenarbeit (Abt-Zegelin 2013). Die meisten Bewohner\_innen bleiben ohne eine regelmäßige Aufforderung zu körperlicher Aktivität mehrheitlich inaktiv (Kalinowski et al. 2012; Scherder et al. 2010).

Hinsichtlich der Durchführung von Sport- und Bewegungsangeboten in Pflegeeinrichtungen kritisierten die von Marent et al. (2014) befragten Pflegekräfte u. a. die fehlenden formalen Strukturen zur stärkeren Unterstützung durch die im Bewegungsbe- reich kompetenteren Ergotherapeut\_innen. Das erhöhte Sturzrisiko sowie die hohe leistungsbezogene Heterogenität der Bewohner\_innen erweist sich bei der Anleitung von Bewegungsprogrammen als besonders schwierig. Darüber hinaus zeigte sich, dass viele Programme nicht den Bedürfnissen der Bewohner\_innen entsprechen (Benjamin et al. 2014; Kalinowski 2013; de Bruin et al. 2008).

(b) Vor allem die zeitlichen und personellen Ressourcen haben seit Einführung der Pflegeversicherung einen wesentlichen Einfluss auf das Geschehen in einem Pflegeheim und prägen das Arbeits- und Lebensklima aller beteiligten Akteure, sodass eigentlich gegebene Handlungsspielräume allzu oft nicht ausgeschöpft werden können (Amrhein 2005; Hämel 2012; Hielscher et al. 2013). Eine wesentliche Ursache hierfür

stellt die zunehmende Orientierung an Praktiken der modernen kapitalistischen Wirtschaft innerhalb verschiedener gesellschaftlicher Teilbereiche dar, von der auch das Gesundheitswesen betroffen ist (Schimank & Volkmann 2017). Auch Pflegeeinrichtungen sind damit konfrontiert, dass die Versorgung ihrer Bewohner\_innen keine dauerhaften wirtschaftlichen Verluste verursachen darf bis hin zu, dass sie Gewinne erwirtschaften muss, wie es vor allem bei privatwirtschaftlichen Einrichtungen der Fall ist. Seit Einführung der Pflegeversicherung ist ein politisch intendierter Trend in Richtung solcher privaten Pflegeanbieter zu erkennen (Naegele & Bäcker 2014; Kümmerling 2016).

Da die Ursachen für das niedrige Niveau körperlich-sportiver Aktivitäten im Pflegealltag aus sozialwissenschaftlicher Perspektive bis dato relativ unerforscht bleiben, widmet sich der folgende Beitrag der Fragestellung, welche sozialen Rahmenbedingungen das sport- und bewegungsbezogene Handeln – im Sinne allgemeiner körperlicher sowie gezielter sportlicher Aktivitäten (Caspersen et al. 1985) – von Pflegeheimbewohner\_innen beeinflussen, d. h. sie entweder behindern oder auch fördern.

Zur theoriegeleiteten Beantwortung der Fragestellung wurde das akteurtheoretische Modell von Schimank (2010) herangezogen, welches die Identifizierung und Analyse der sozialen Rahmenbedingungen unterstützte und zur Ordnung der empirischen Befunde beitrug. In dem Modell wird davon ausgegangen, dass sich jedes soziale Handeln, wie bspw. Sport- und Bewegungshandeln, im Rahmen von sozialen Strukturen vollzieht und die Strukturen im Verlauf des Handelns beständig aufs Neue reproduziert, aufgebaut oder auch verändert werden. Die Rahmenbedingungen für das sport- und bewegungsbezogene Handeln wurden mit Blick auf die verschiedenen Arten sozialer Strukturen analysiert. Solche Strukturen sind u. a. die normativen Erwartungen, die ein Akteur zu erfüllen versucht und die entweder formell (z. B. in Form von Gesetzen) oder auch informell (als allgemein geteilte Normen und Werte) vorliegen können. Die Leitbilder unserer Gesellschaft oder anerkannte wissenschaftliche Theorien gelten zudem als sogenannte ‚Deutungsstrukturen‘, da sie das Handeln von Akteuren wesentlich prägen. Eine dritte Art von sozialen Strukturen entsteht durch die spezifischen Konstellationen, in denen die Akteure zueinander stehen und durch die sich ein bestimmtes Muster in den Handlungen der Akteure entwickelt. In solchen Konstellationen hängt die Beeinflussung der Handlungsoptionen zumeist eng mit der Verteilung von Ressourcen, wie bspw. Macht, Geld oder Bildung/Wissen zusammen.

Dieser Artikel beleuchtet die sozialen Rahmenbedingungen des sport- und bewegungsbezogenen Handelns aus Perspektive der am intensivsten in den Pflegealltag eingebundenen Akteure, d. h. der Bewohner\_innen und der Mitarbeiter\_innen aus der Pflege sowie dem Sozialdienst. Die Studie fand vor Einführung des 2016 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes statt (BMG 2018), mit dem die Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen ausgebaut und gestärkt wurden.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> § 5 Abs. 1 SBG XI legt fest, dass „die Pflegekassen [...] Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen [...] erbringen [sollen], indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen [sollen]“.

## 2. Methodisches Vorgehen

Da vorab nur wenige Kenntnisse zu den sozialen Rahmenbedingungen der körperlich-sportiven Aktivitäten von Pflegeheimbewohner\_innen bestanden, wurde ein qualitativ exploratives Studiendesign gewählt (Corbin & Hildenbrand 2014; Kelle et al. 2014).<sup>2</sup>

In die Studie wurden vier Altenpflegeheime freigemeinnütziger und privater Trägerschaften einer deutschen Großstadt einbezogen: eine Pflegeeinrichtung der Caritas (im Folgenden Heim a), zwei der Arbeiterwohlfahrt (AWO) (Heim b, c) und eine eines privatwirtschaftlichen Trägers (Heim d)<sup>3</sup>. Die unterschiedlichen Trägerschaften wurden zum einen gewählt, da Pflegeheime in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft die beiden am stärksten vertretenen Organisationsformen in Deutschland darstellen. Zum anderen wurden bedingt durch ihre unterschiedlich gelagerten Handlungsorientierungen auch unterschiedliche soziale Rahmenbedingungen bezüglich der körperlich-sportiven Aktivität angenommen.

Von September 2014 bis April 2016 wurden vier Gruppendiskussionen mit Bewohner\_innen aller vier Pflegeeinrichtungen (insgesamt n=20 Bewohner\_innen, davon w=17, m=3) und drei Gruppendiskussionen mit Mitarbeiter\_innen (v. a. Pflegekräfte, Pflegedienstleitungen, Sozialdienst-Mitarbeiterinnen) aus Heim a, b und c (n=11; w=7, m=4) durchgeführt. Aufgrund mangelnder Zeitressourcen wurden in Heim d vier Einzelinterviews mit Mitarbeiterinnen (w=4) und zusätzlich ein Einzelinterview mit der Sozialdienstmitarbeiterin in Heim a (w=1) geführt (Bohnsack 2015; Lamnek 2005). Die Bewohner\_innen sollten kognitiv in der Lage sein, miteinander zu diskutieren und ihre Erfahrungen mitzuteilen. Sie wurden größtenteils zufällig und mithilfe der Einschätzung durch die Bezugspflegekräfte ausgewählt (keine Testung des kognitiven Status mittels validierter Erhebungsinstrumente). Ob und wie intensiv die Bewohner\_innen physisch aktiv waren, spielte für die Auswahl keine Rolle, da beide Perspektiven von Interesse waren bzw. zum untersuchten Phänomen der (In)Aktivität beitragen konnten. Der überwiegende Anteil der teilnehmenden Bewohner\_innen war körperlich aktiv, n=10 saßen im Rollstuhl, n=7 waren mit Rollator unterwegs und n=3 ohne jegliche Hilfsmittel. Ziel der Gespräche war es, die (kollektiven) Erfahrungen und Orientierungen zu den körperlich-sportiven Aktivitäten von Pflegebedürftigen zu erfassen, die aus Perspektive der am Pflegealltag beteiligten Akteure handlungsleitend sind (Bohnsack 1997, 2015). Die jeweiligen „topic guides“ für die Bewohner\_innen- und Mitarbeiter\_innen-Diskussionsrunden sowie die leitfadengestützten Interviews waren thematisch in die Bereiche Gesundheit(sförderung) allgemein und körperliche sowie sportliche Aktivitäten der Pflegebedürftigen unterteilt. Die Leitfäden zielten in

2 Die in diesem Artikel vorgestellten Befunde sind Teil der Ergebnisse aus der in 2017 abgeschlossenen Dissertation „Sozialstrukturelle Rahmenbedingungen der physischen (In)Aktivität von Pflegeheimbewohner\_innen“ der Autorin.

3 Die drei gemeinnützigen Einrichtungen sind gemessen an der Anzahl der Pflegeplätze etwas größer (Heim a: 105 Plätze, Heim b: 176, Heim c: 179) als die private Trägerschaft mit 80 Pflegeplätzen. Alle vier Einrichtungen liegen auf einem ähnlichen Preisniveau, wobei das Caritas-Heim am teuersten und das private Heim am günstigsten ist. In den beiden AWO-Einrichtungen standen den Bewohner\_innen mit 7-8 Angeboten pro Woche die meisten Sport- und Bewegungsangebote zur Verfügung (Heim a: 2x/Woche, Heim d: 3x/Woche).

Anlehnung an Schimank (2010) auf die (a) Erwartungen, die im Bereich der körperlichen Aktivitäten jeglicher Art an die Bewohner\_innen gestellt werden, (b) mögliche Leitbilder, die dem Sport und der Bewegung in der Einrichtung zugrunde liegen, und (c) die verschiedenen Konstellationen, in denen sich die Pflegebedürftigen im Pflegealltag befinden und die die körperlichen Aktivitäten möglicherweise beeinflussen, ab. Alle teilnehmenden Bewohner\_innen und Mitarbeiter\_innen wurden vorab über das Ziel und die Aufzeichnung der Gespräche sowie die Anonymität bei der Auswertung der Daten aufgeklärt. Von jedem/jeder Teilnehmer\_in wurde zudem unmittelbar vor den Diskussionsrunden und Einzelinterviews die mündliche Einverständnis über die freiwillige Teilnahme eingeholt.<sup>4</sup>

Das gesamte Datenmaterial wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Gläser & Laudel 2010; Früh 2011) und der Analysesoftware MAXQDA ausgewertet.<sup>5</sup> Das Kategoriensystem (zsf. Kelle 2007) wurde zum einen mit Blick auf das akteurtheoretische Modell von Schimank (2010) deduktiv anhand bestehender empirischer Befunde, größtenteils jedoch induktiv gemäß dem Prinzip der Offenheit aus dem vorliegenden Auswertungsmaterial entwickelt.

### 3. Darstellung ausgewählter Ergebnisse

Im Folgenden werden vier zentrale Aspekte aufgegriffen, die verdeutlichen, wie eine körperlich-sportive Aktivierung der Pflegeheimbewohner\_innen mehrheitlich behindert anstatt gefördert wird, und die zu einer fehlenden Einbindung der Bewohner\_innen in mehr sinnstiftende Aktivitäten führen, die für sie zu einer höheren Lebensqualität beitragen könnten. Zugleich veranschaulichen diese Befunde das komplexe Zusammenspiel von sozialen Rahmenbedingungen mit personellen und zeitlichen Ressourcen innerhalb der untersuchten Pflegeeinrichtungen, die Einfluss auf das Sport- und Bewegungshandeln der Bewohner\_innen haben.

#### 3.1 Abhängigkeitskonstellation

Obwohl die Konstellation zwischen Sozialdienst- sowie Pflege-Mitarbeiter\_innen und den Bewohner\_innen nach Aussagen mehrerer Gesprächsteilnehmer\_innen in allen vier Heimen eine Art Vertrauensverhältnis darstellt, ist sie jedoch im Wesentlichen durch eine Abhängigkeit von Seiten der Pflegebedürftigen geprägt. Dies ist u. a. auch für die körperlich-sportiven Aktivitäten der Pflegebedürftigen von Bedeutung. Durch ihre mehr oder weniger stark ausgeprägten kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen sind die meisten Bewohner\_innen zum einen bei den ADL auf die

<sup>4</sup> Vor Durchführung der Studie wurde aufgrund der eher weniger sensiblen Thematik und der individuellen Abfrage zur Einverständnis der Teilnehmer\_innen kein ethisches Votum durch eine externe Kommission eingeholt. Alle Bewohner\_innen waren voll einwilligungsfähig.

<sup>5</sup> In der Literatur wird zur Auswertung von Gruppendiskussionen zumeist die dokumentarische Methode nach Bohnsack et al. (2001) empfohlen (Nohl 2009), auf die in dieser Arbeit verzichtet wurde, da ein mehrmaliges Eingreifen der Forscherin in die Gruppendiskussionen notwendig war, um sie in Gang zu halten.

Unterstützung der Pflegekräfte angewiesen. Die selbstständige Ausführung dieser Aktivitäten trägt für die meisten Pflegebedürftigen einen großen Anteil zu ihren alltäglichen Bewegungszeiten bei. Diesbezüglich schilderten mehrere Bewohner\_innen, dass es sie belaste, teilweise hohe Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen, wenn sie bspw. aufstehen oder sich anziehen wollten, aber auch, dass sie für individuell geplante körperliche Aktivitäten (abseits der ADL), bspw. kürzere Spaziergänge, auf Hilfe angewiesen sind.

Die Abhängigkeit von den Mitarbeiter\_innen aus dem Sozialdienst ergibt sich zum anderen daraus, dass der überwiegende Anteil der Bewohner\_innen an Angebote aus dem Freizeitbereich erinnert oder bezüglich einer potentiellen Teilnahme angesprochen bzw. dazu motiviert werden muss. Entweder vergessen die Pflegebedürftigen die Angebote, sind allein antriebslos oder auf Hilfe beim Transport angewiesen, wie auch das folgende Zitat verdeutlicht. Sozialdienst-Mitarbeiterin, Heim a: *„[...] die [Anm. Verf.: Bewohner\_innen] brauchen die Ansprache dafür! Also sehr viele. Es gibt nur einige wenige, die kommen dann immer selbstständig, die lesen alleine das Wochenprogramm und sehen, „Ach, heute Nachmittag ist dies und das, da gehe ich jetzt hin“. Das sind aber die Wenigsten. Alle anderen sind darauf angewiesen, dass sie von uns angesprochen und auch begleitet werden.“*

Darüber hinaus konstatierten zwei Sozialdienst-Mitarbeiterinnen, dass es von ihrer Einschätzung abhängt, ob ein/e Bewohner\_in überhaupt zu einem Angebot eingeladen und angesprochen werde, d. h. ob der/die Pflegebedürftige für so leistungsfähig gehalten wird, dass er/sie an dem Angebot teilnehmen kann. Dies birgt potentiell die Gefahr einer Fehleinschätzung der noch vorhandenen körperlichen Ressourcen der jeweiligen Pflegebedürftigen und kann dazu führen, dass die Potentiale möglicherweise unterschätzt werden und infolgedessen ungenutzt bleiben.

In allen Einzel- und Gruppengesprächen mit den Mitarbeiter\_innen zeigte sich, dass die Erhaltung von Selbstständigkeit und Mobilität der Pflegebedürftigen grundsätzlich als besonders erstrebenswert angesehen werden, weil insbesondere die Pflegekräfte hierin eine Arbeitserleichterung für sich selbst, aber auch eine höhere Lebensqualität für die Betroffenen antizipieren. *„Je weniger sich die Leute bewegen, desto weniger können die auch. Und dann wäre es natürlich auch wieder in Führungsstrichen, mehr Arbeit für uns“ – also es [Anm. Verf.: die Mobilität] sollte schon erhalten bleiben“* (Pflege-  
rin, Heim d). Auch die Bewohner\_innen selbst betonten wiederholt den hohen Wert der Selbstständigkeit, da sie dadurch weiter am Leben teilhaben und vor allem auch unabhängig von der Hilfe anderer einfache oder kurze Ortsveränderungen allein und ohne Unterstützung vornehmen können. Darüber hinaus hoben mehrere Pflegebedürftige hervor, ihr Leben lang selbstständig gewesen zu sein und damit auch einen gewissen Stolz zu verbinden.

### 3.2 Defizitorientierte Leitbilder

Im Widerspruch zu dieser hohen Wertschätzung von Mobilität und Selbstständigkeit steht allerdings, dass insbesondere bei den Pflegekräften in der Caritas sowie der privaten Einrichtung gleichzeitig eine eher defizitorientierte Sichtweise zu den körperlichen Potentialen der Pflegebedürftigen festzustellen war, die eine relevante soziale Rahmenbedingung für das sport- und bewegungsbezogene Handeln der Akteure darstellt. So schlossen die meisten Pflegekräfte in Heim a und d die Möglichkeit einer Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen durch bspw. gezieltes körperliches Training fast gänzlich aus. Die hohe Inaktivität der Bewohner\_innen wurde als eher `altersbedingt` wahrgenommen und gar nicht weiter hinterfragt, wie auch aus folgendem Dialog zweier Pflegerinnen aus Heim a hervorgeht:

Pflegerin 1: „[...] vieles der Arbeit, die wir hier leisten, ist eher ein Erhalt der Fähigkeiten, weniger eine Verbesserung der Fähigkeiten. [...] Dass jetzt wirklich akute ? Verbesserungen eintreten ?, das gibt es vereinzelt. Aber es ist eher selten und das macht die Arbeit, glaube ich, auch so frustrierend, weil es im Endeffekt ja immer abwärts geht.“

Pflegerin 2: ? „Das gibt es vereinzelt.“ „Und wenn das ist, dann freuen wir uns richtig.“

Pflegerin 1: „Das liegt einfach in der Natur der Sache, dass es alte Menschen sind. Man kann eben immer noch versuchen, zu erhalten.“

Pflegerin 2: [...]

Pflegerin 1: „[...] Aber man kommt dann doch immer irgendwann an den Punkt, wo es nicht mehr geht, finde ich.“

Hinzu kommt, dass die Einschätzung dazu, welcher Level an Selbstständigkeit für eine/n Pflegebedürftige/n als ausreichend bewertet wurde, bei den meisten Mitarbeiter\_innen relativ tief angesetzt zu sein schien. Insbesondere die interviewte Pflegedienstleitung in Heim d bezeichnete die alleinige Fähigkeit zur Verrichtung einiger notwendiger Tätigkeiten, wie dem sich waschen oder selbstständig essen können, für einen pflegebedürftigen Menschen als vollkommen ausreichend, ohne zu hinterfragen, ob gegebenenfalls weitere individuelle Potentiale oder Ressourcen einzelner Pflegebedürftiger vorliegen, die bei entsprechender Förderung darüber hinausgehen könnten. „Dann ist das für den Bewohner gut, mehr geht dann eigentlich auch nicht“ (Pflegedienstleitung, Heim d). Auch diese Einstellung birgt prinzipiell die Gefahr, dass individuelle Potentiale verkannt werden und infolgedessen verkümmern. Im Gegensatz dazu war in den beiden AWO-Einrichtungen eine sehr viel positivere Sichtweise der Mitarbeiter\_innen festzustellen, bei der bspw. auch ein Wiederausgang einzelner Bewohner\_innen zurück in eine eigene Wohnung nicht pauschal ausgeschlossen wurde.

### 3.3 Mangelndes (Fach-)Wissen

Als weitere zentrale Rahmenbedingung für das Sport- und Bewegungshandeln der Akteure kristallisierte sich das fehlende Wissen bezüglich einer gezielten und adäquaten körperlichen Aktivierung der häufig multimorbiden Pflegebedürftigen heraus. Vor allem in den Aussagen der beteiligten Sozialdienst-Mitarbeiterinnen wurde deutlich,

dass sowohl die Qualifikation und Kompetenz als auch das eigene Interesse der Angestellten im Hinblick Sport- und Bewegungsangebote eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung solcher Angebote, aber auch die Aufforderung der Pflegebedürftigen dazu darstellt. Spezifische Aktivitätsangebote können nur professionell und erfolversprechend durchgeführt werden, wenn der/die durchführende Mitarbeiter\_in das notwendige Fachwissen sowie ein eigenes Interesse für Sport und Bewegung mitbringen. *„Also jemand, der selber kaum die Beine vom Sofa nimmt, wird das [Anm. Verf.: ein Bewegungsangebot] ganz schlecht vermitteln, oder vermittelt es vielleicht nicht wirklich anregend [...]“* (Sozialdienst-Mitarbeiterin, Heim d).

Im Hinblick auf das fehlende Fachwissen benannten mehrere Mitarbeiter\_innen die Ratschläge von Physio- und Ergotherapeut\_innen oder auch die Teilnahme an Fortbildungen als für die eigene Arbeit und die Aktivierung der Pflegebedürftigen hilfreich. Sozialdienst-Mitarbeiterin, Heim c: *„[...] wir hatten heute Morgen eine Fortbildung zum Beispiel zum Thema ‚Mobilität erhalten im Rollstuhl‘. Da wurde zum Beispiel auch von einer Physiotherapeutin gezeigt, wie Bewohner sitzen müssen und so weiter, wie der Rollstuhl ausgestattet sein muss, dass sie sich zum Beispiel allein mit den Füßen fortbewegen können.“*

Viele der Bewohner\_innen, die an den Diskussionsrunden teilnahmen, verfügten im Gegensatz zu den meisten Mitarbeiter\_innen über sehr viel positivere Vorstellungen dazu, welche Art von Sport und körperlicher Aktivität pro Woche ihnen gut täte. Sie schilderten ihre gezielten körperlichen Aktivitäten, mit denen sie ihre körperliche und geistige Fitness, ihre Kraft, Gesundheit und Beweglichkeit aufrecht zu erhalten oder auch zu steigern versuchten, um ihre individuellen Ziele zu erreichen (bspw. um die Treppenstufen zur Wohnung des Sohnes zu überwinden). Eine Bewohnerin lehnte die Inaktivität vieler anderer Pflegebedürftiger strikt ab, da jede\_r für die eigene Leistungsfähigkeit und Gesundheit verantwortlich sei. Bewohnerin (85 Jahre), Heim c: *„[...] ich sehe täglich, wie viele Menschen einfach so still da sitzen und sich überhaupt nicht bewegen. [...], dann stehen mir die Haare zu Berge. Dann denke ich, die müssen ja krank werden und alt werden und stumpfsinnig, weil sie nichts machen aus sich selbst. Das bedauere ich dann sehr.“*

### 3.4 Leitbild Wirtschaftlichkeit

Weiterhin zeigte sich, dass das Leitbild eines wirtschaftlichen Handelns den Pflegealltag in allen vier Einrichtungen wesentlich prägt und auch die Handlungsoptionen im Hinblick auf körperlich-sportive Aktivitäten aller Akteure maßgeblich beeinflusst. In den Gesprächen mit den Mitarbeiter\_innen und Bewohner\_innen wurde wiederholt betont, dass die wirtschaftlichen Zwänge und die Gewinnerorientierung der Pflegeheime in erster Linie zu einem sparsamen Einsatz von Personal- und Zeitressourcen führen. *„Ja, Zeit ist immer ein Thema“* (Pflegerin 1, Heim b). Der Zeitmangel wurde hierbei in allen vier untersuchten Heimen als fast selbstverständlich herausgestellt.

Pflegerin 1, Heim a: *„Wenn man sich da die Zeit nimmt, muss man sie woanders wieder abziehen. Das ist so knapp strukturiert. Ja, das ist immer ein Abwägen, was jetzt das Wichtigste ist. Und vieles, was wichtig ist, geht verloren. [...] Ja, es sind mehr die Dinge, die halt verloren gehen, die auch nicht in Minuten berechnet werden können, weil die Pflegeversicherung die berechnet ja alles in Minuten.“*

Da die Pflegebedürftigen bei jeglichen körperlichen Aktivitäten auf die Unterstützung der Mitarbeitenden angewiesen sind, stellt die knappe Ressourcenlage eine wesentliche Einschränkung für ihr bewegungsbezogenes Handeln dar. Mehrere Bewohner\_innen – insbesondere in der privaten Einrichtung – stellten heraus, dass sie ihre beabsichtigten körperlichen Aktivitäten aufgrund der fehlenden Zeitkapazitäten der Pflegekräfte häufig nicht ausführen könnten, wie auch folgende Bewohnerin berichtet, die aufgrund ihrer Kreislaufprobleme beim Gehen auf Begleitung angewiesen ist. Bewohnerin (84 Jahre), Heim c: *„[...] also ich weiß, ungefähr 5, höchstens 6 Minuten brauche ich, zwei Häuser hier den ganzen Weg hin und zurück zu gehen mit dem Rollator. Die hat keiner. Ist egal wer das ist, ob jung oder alt, keine Zeit. „Ja Frau XY, Mensch, morgen komme ich aber!“ Und was ist? – Da kommt keiner. Ich muss alles alleine machen, [...]. Aber ich wäre froh, wenn 5 Minuten einmal rund herum um den Block... [...] Wenn ich weiß, da ist einer da, falls ich mal fallen sollte oder schwindelig werde [...].“*

Zwar ging aus den Aussagen der Mitarbeiter\_innen hervor, dass die gesetzliche Vorschrift zur aktivierenden Pflege im Pflegealltag dazu geführt hat, dass alle Pflegebedürftigen – egal ob selbstständig mobil oder im Rollstuhl – zur Mithilfe bei den ADL aufgefordert sind. Dennoch konstatierten sie ebenfalls, dass diese Pflegeweise sehr viel Zeit in Anspruch nehme und deshalb teilweise entfallen müsse.

Sozialdienst-Mitarbeiterin, Heim a: *„[...] wenn eine Bewohnerin noch Treppe steigen kann, dann versuche ich auch, das mit ihr zu tun, dass sie Treppe steigt und dann nicht mit dem Aufzug fährt. Das ist aber nicht so, dass wir das in jeder Situation umsetzen können, weil das auch ein Zeitproblem ist.“*

Zu bedenken ist diesbezüglich, dass mit dem Wegfall dieser Alltagsaktivitäten ein wesentlicher Anteil der täglichen körperlichen Aktivitäten vieler Pflegebedürftigen entfällt. Zudem sei angemerkt, dass die aktivierende Pflege – wie ihr Name schon sagt – meistens auf die primären Pflegeaktivitäten beschränkt bleibt und eine Aufforderung zu zusätzlichen körperlichen Aktivitäten oder eine Einbindung in andere sinnstiftende Tätigkeiten zumeist nicht stattfindet.

Als eher hinderlich für eine Ermunterung zu mehr physischer Aktivität der Bewohner\_innen kristallisierte sich aus Perspektive der Mitarbeiter\_innen aber auch das potentielle Sturzrisiko der Bewohner\_innen heraus, da jede Art von Mobilität und Bewegung prinzipiell die Gefahr von Stürzen oder Verletzungen in sich birgt. Pflegerin, Heim a: *„Das ist einfach oft grenzwertig. Förderung der Beweglichkeit auf der einen Seite und ein gewisses Sturzrisiko auf der anderen Seite. Mobilisiert man einen Bewohner zu sehr, weiß man genau, er fällt nächste Woche dreimal auf die Nase. Mobilisiert man ihn nicht, dann sitzt er im Rollstuhl. Das ist immer oft so ein Abwägen...“*

Die beiden Sozialdienst-Mitarbeiterinnen aus Heim a und d schilderten darüber hinaus, dass ihre knappen Zeitkapazitäten ein zielgerichtetes und umfassenderes Bewegungsprogramm verhindere. Sozialdienst-Mitarbeiterin, Heim a: *„Tatsache ist, dass man natürlich immer mehr soziale Betreuung gebrauchen kann. Also wenn man mehr Möglichkeiten, also mehr Personal hat, könnte man sehr viel mehr machen. Der Bedarf wäre da. [...] Also wir haben im Moment nur zwei Gymnastikgruppen im Grunde, die in diesen Bereich [Anm. Verf.: Sport- & Bewegung] fallen. Alles andere ist im Moment nicht zu leisten für uns.“*

Aus den Aussagen der Bewohner\_innen ging bezüglich ihrer Bewegungsmöglichkeiten im Pflegealltag hervor, dass ihnen das Erledigen bestimmter sinnvoller Aufgaben (wie bspw. Haushaltsaktivitäten, Gartenarbeit etc.) wichtig wäre, damit sie automatisch eine vermehrte körperliche Aktivität erreichten. Die Bewohner\_innen beschrieben das Fehlen von „Forderungen“, wie ein Bewohner (Heim a) es nannte, als problematisch, da im Pflegeheim eine Art unumgängliche Faulheit oder Bequemlichkeit aufkomme.

Mehrere Bewohner\_innen hatten zudem Vorschläge, wie ein mögliches Sport- und Bewegungsprogramm in ihrer Einrichtung attraktiver und bedürfnisorientierter gestaltet werden könne. Vorgeschlagen wurde seitens der Bewohner\_innen die Einführung einer rhythmischen Sportgymnastik (Heim a), Geräte wie ein Fahrrad-/Ruderergometer oder ein Laufband (Heim c, b und d) oder auch der regelmäßige Besuch eines Schwimmbades (Heim b) und häufigere gemeinsame Spaziergänge (Heim d). Dies waren zumeist die gewohnten Sportangebote, die viele der Bewohner\_innen ihr Leben lang wahrnahmen und gern weiterführen würden. Die häufig in Pflegeheimen angebotene Stuhlgymnastik wurde zudem von einer verhältnismäßig „jüngeren“ Bewohnerin (70 Jahre) als nicht mehr zeitgemäß empfunden. Außerdem sei das wenig vielfältige Sport- und Bewegungsangebot ihrer Meinung nach aufgrund der heterogenen Bewohnerschaft insgesamt nicht adäquat, um allen gerecht zu werden.

#### 4. Diskussion und Fazit

Die Befunde bestätigen, dass die vermehrte körperliche Inaktivität der Pflegeheimbewohner\_innen ab Heimeinzug nicht ausschließlich auf biologische Einflussfaktoren zurückzuführen ist, sondern auch von sozialen Strukturen (Schimank 2010) gerahmt wird, die auf Ebene der Organisationen und ihrer Träger sowie bei den Akteuren selbst anzusiedeln sind.

In Anlehnung an Befunde von Amrhein (2005) zeigt sich auch in den vorliegenden Ergebnissen, dass die Handlungsspielräume bezüglich der körperlich-sportiven Aktivitäten der Bewohner\_innen aufgrund der Organisationsstrukturen allzu oft nicht ausgeschöpft werden können. Insbesondere diejenigen Organisationsstrukturen, die an die Pflegeversicherung gekoppelt sind und mit der zunehmenden Ökonomisierung des Pflegesektors in Verbindung stehen, d. h. sich an der Deutungsstruktur der Wirtschaftlichkeit orientieren, stellen einen dominanten strukturellen Rahmen für das sport- und

bewegungsbezogene Handeln der Akteure dar. Das Interesse der Pflegeversicherung an möglichst geringen Kosten sowie das Leitbild der Gewinnorientierung oder auch Verlustvermeidung der jeweiligen Trägerschaften von Pflegeheimen resultieren im Pflegealltag in knappen personellen und zeitlichen Ressourcen (Hielscher et al. 2013; Oschmiansky 2012). Diese stellen jedoch eine wesentliche Voraussetzung dazu dar, einzelne Bewohner\_innen gezielt zu aktivieren, sie bei allgemeinen körperlichen Aktivitäten zu unterstützen oder ein umfangreiches sowie adäquates Sport- und Bewegungsangebot vorzuhalten. So muss beispielsweise auch die im Sozialgesetzbuch formal festgelegte aktivierende Pflege, die sich prinzipiell als bewegungsförderlich erweist, teilweise aus Zeitgründen entfallen, da sie, wie u. a. auch Dangel und Korporal (2003) anmerken, zeitintensiver ist als die komplette Übernahme der Aufgaben durch die Pflegekräfte selbst. Die Studie liefert zudem Hinweise darauf, dass in privatwirtschaftlichen Einrichtungen die personellen Ressourcen, die zur Umsetzung und Unterstützung körperlich-sportiver Aktivitäten der Pflegeheimbewohner\_innen zur Verfügung stehen, aufgrund der stärker gewinnorientierten Interessen wesentlich geringer sind als in gemeinnützigen (Hielscher et al. 2013).

Die Bewohner\_innen nehmen keine sonderlichen Einschränkungen ihrer Lebenssituation durch bestimmte formelle Erwartungsstrukturen (Schimank 2010) oder Verbote in den Heimen wahr. Jedoch sehen sie eine wesentliche Einschränkung darin, dass sie in mehreren Lebenssituationen, wie bspw. bei zusätzlichen körperlichen Aktivitäten, auf die Hilfe der Mitarbeitenden und deren Zeitressourcen angewiesen sind. Wie auch andere Forschungsarbeiten herausstellen (Zegelin 2013; Koppitz 2010; Scherder et al. 2010), fehlt es den Pflegeheimbewohner\_innen häufig an auf sie bezogene Anforderungen bzw. (in)formelle Erwartungen, die sie über die Erledigung von sinnvollen Aufgaben automatisch zu mehr körperlicher Aktivität anregen. Diejenigen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen, die außerhalb der Pflegetätigkeiten liegen und nicht im Rahmen der aktivierenden Pflege genutzt werden, finden zudem von Seiten der Pflegekräfte wenig bis keine Berücksichtigung. Den Einbezug in Hausmeistertätigkeiten oder die Gartenarbeit, wie von Zegelin und Reuther in ihren Forschungsarbeiten als mögliche Ansätze für eine vermehrte Bewegungsförderung vorgeschlagen (Abt-Zegelin & Reuter 2014; Abt-Zegelin 2013), nannten auch die Bewohner\_innen der vorliegenden Studie als Wunsch an die Gestaltung ihres Pflegealltags. Insgesamt wird deutlich, dass die körperlich-sportiven Aktivitäten der Bewohner\_innen zum einen durch die Konstellation (Schimank 2010) zu den Pflege-Mitarbeiter\_innen und deren geringe Ressource Zeit und zum anderen durch die fehlenden Erwartungsstrukturen (ebd.) gerahmt werden. Das Pflegepersonal könnte hier wesentlich zu einer fördernden Atmosphäre beitragen und der Inaktivität der Bewohner\_innen durch eine vermehrte Einbindung in den Einrichtungsalltag entgegenwirken.

Insbesondere die mobileren, physisch leistungsfähigeren Bewohner\_innen können darüber hinaus nicht von der Umsetzung einer aktivierenden Pflege profitieren, da die körperlichen Anforderungen an sie (aus sportwissenschaftlicher Perspektive) zu gering sind, um die verbleibenden Fähigkeiten dieser überdurchschnittlich leistungsfähigen Zielgruppe von Pflegebedürftigen zu erhalten. Problematisch ist diesbezüglich, dass

aus Ressourcengründen kein adäquates und vielfältiges Sport- und Bewegungsangebot zur Verfügung gestellt werden kann, welches die Heterogenität der Leistungsfähigkeit der Bewohner\_innen berücksichtigt und abzudecken vermag. Auch die geäußerten Vorlieben der Bewohner\_innen hinsichtlich sportlicher Aktivitäten finden zumeist keine Berücksichtigung. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die wenigen Befunde aus deutschsprachigen Nationen (u.a. de Bruin et al. 2008; Horn et al. 2013; Jenull-Schiefer & Janig 2004; Kalinowski 2013), die die mangelhafte Versorgung mit adäquaten Sportangeboten hauptsächlich auf die strukturellen und organisatorischen Bedingungen der Heime zurückführen. Keines der hier untersuchten Pflegeheime deckt mit seinem Sport- und Bewegungsangebot alle existentiellen konditionellen Fähigkeiten ab. Vielmehr sind die Angebote zumeist einseitig auf die Kraftfähigkeiten oder in Teilen auf koordinative Aspekte ausgerichtet, ohne jedoch eine systematische Trainingsplanung durchzuführen. Insbesondere die Angebote in Heim a und d bleiben mit zwei bis drei gymnastikähnlichen Sporteinheiten pro Woche, an denen lediglich ein Bruchteil der Bewohner\_innen teilnimmt, weit hinter den wissenschaftlich fundierten Empfehlungen zurück (vgl. Weening-Dijksterhuis et al. 2011; Chodzko-Zajko et al. 2009).

Neben den ressourcenbedingten Einschränkungen zeigen die vorliegenden Ergebnisse zum anderen, dass das sport- und bewegungsbezogene Handeln durch die eher negativen Leitbilder und Sichtweisen der Akteure zur Pflegebedürftigkeit, d. h. durch eher defizitorientierte Deutungsstrukturen (Schimank 2010) beeinflusst wird. Leitbilder und Wissensbestände zu spezifischen Themen sind entscheidend dafür, ob Akteure eine Handlungsoption als erstrebenswert ansehen oder sie eher ausschließen (ebd.). In der vorliegenden Untersuchung wird deutlich, dass der Selbstständigkeit und Mobilität der Pflegebedürftigen zwar grundsätzlich ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, wie auch Brandenburg (2006) herausstellt. Dennoch fehlt es an einer Orientierung an noch vorhandenen Fähigkeiten und individuellen Potentialen der Bewohner\_innen. Abseits der aktivierenden Pflege und Physiotherapie besteht kein ausreichendes (Fach-) Wissen zu adäquaten Sport- und Bewegungsmöglichkeiten für diese spezielle, häufig multimorbide Zielgruppe, sodass auch die hohe Inaktivität als scheinbar ‚normal‘ und ‚altersbedingt‘ wahrgenommen wird. Noch immer herrschen eher defizitorientierte Vorstellungen zu den körperlichen Potentialen Pflegebedürftiger vor, obwohl wissenschaftliche Studien eine Steigerung der Leistungsfähigkeit als durchaus möglich darlegen (zsf. Weening-Dijksterhuis et al. 2011; Horn et al. 2013; Wöhl et al. 2017). Ursächlich für diese eher negativen Deutungsstrukturen könnte u. a. sein, dass die Einordnung in eine Pflegestufe vor dem Jahr 2017 eher defizitorientiert ausgerichtet war und auf Basis der körperlichen Nicht-Leistungsfähigkeit des Menschen erfolgte (Dangel & Korporal 2003). Demnach ist es nicht verwunderlich, dass diese Bilder dominant in den handlungsleitenden Orientierungsmustern der Pflegekräfte verankert sind. Ob sich diese Sichtweise mit den neuen „Pflegegraden“ und der beabsichtigten stärkeren Ressourcenorientierung ändern wird, was eine wichtige Voraussetzung zur Umsetzung des neuen Präventionsgesetzes darstellt, bleibt abzuwarten.

Weiterhin bestätigen die vorliegenden Ergebnisse, dass Pflegekräfte sowohl bei der Durchführung von Sport- und Bewegungsangeboten als auch der Anleitung von ge-

sundheits- und leistungsmäßig heterogenen Gruppen häufig überfordert sind (Marent et al. 2014; Horn et al. 2013), da es ihnen hierzu an Wissen fehlt. Studien konnten zeigen, dass auch Bewohner\_innen von Pflegeeinrichtungen sich eine/n professionell ausgebildete/n Trainer\_in wünschen, der/die sie weder über- noch unterfordert (Philips & Flesner 2013; Stathi & Simey 2007) und ein/e solche/r Trainer\_in einen nachweislich signifikanten Einfluss auf die regelmäßige Teilnahme der Bewohner\_innen an Sportangeboten hat (de Souto Barreto et al. 2015; Kalinowski 2013; de Bruin et al. 2008).

Betrachtet man die vom Zentrum für Qualität in der Pflege geführte Datenbank (siehe <https://bfi.zqp.de/>), die Pflegeeinrichtungen eine Orientierung für die Auswahl geeigneter bewegungsfördernder Gruppeninterventionen bei älteren Menschen in der stationären Langzeitversorgung bieten soll (Mauro et al. 2017), so wird mit Blick auf die vorliegenden Ergebnisse deutlich, dass die meisten dieser evidenzbasierten Angebote aufgrund von personellen, zeitlichen und auch räumlichen Voraussetzungen derzeit eher nicht adäquat umgesetzt werden könn(t)en. Die zwischen Bewohner\_innen und Angestellten bestehende Abhängigkeitskonstellation gepaart mit den fehlenden Zeitressourcen der Mitarbeiter\_innen sowie den eher defizitorientierten Leitbildern bezüglich der körperlichen Potentiale Pflegebedürftiger und dem fehlenden (Fach-) Wissen zu Sport- und Bewegungsangeboten führen eher dazu, dass im Pflegealltag nicht ausreichend im Sinne einer Ressourcenorientierung gearbeitet werden kann. Infolgedessen bleiben individuelle körperliche Potentiale von einzelnen Bewohner\_innen unerkannt und verkümmern. Da diese Studie vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes stattfand, sind mit der Verbesserung der formellen Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen ggf. schon einige Veränderungen eingetreten.

Insbesondere vor dem Hintergrund der weiter zunehmenden Heterogenität der Bewohner\_innen von Altenpflegeeinrichtungen wird in den hier angeführten Aspekten deutlich, dass zur adäquaten Umsetzung von Sport- und Bewegungsangeboten, die individuell auf die Pflegeeinrichtung und deren Voraussetzungen zugeschnitten sind, sportwissenschaftlich ausgebildete Mitarbeiter\_innen notwendig sind. Diese könnten die Leistungsfähigkeit und die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen sowie damit einhergehend ihre Lebensqualität optimal fördern. Gleichzeitig muss im Pflegesystem ein stärkerer Anreiz für die Förderung der körperlichen Fähigkeiten der Bewohner\_innen geschaffen werden, die nicht – wie derzeit – mit finanziellen Sanktionen für die Pflegeeinrichtungen einhergehen. Eine gezielte und nachhaltige Bewegungsförderung kann letztlich nur gelingen, wenn die Pflegeeinrichtungen dies als attraktive Möglichkeit zur Erreichung ihrer Ziele, d. h. einer Kostensenkung bzw. einer Gewinnmaximierung, sehen.

## Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2013): „Beweggründe“ statt Mobilisationsübungen. In: PRO ALTER 45, 29–31
- Abt-Zegelin, A./Reuther, S. (2014): Schritt für Schritt zur Autonomie. *Pflegezeitschrift* 67, 10-13
- Amrhein, L. (2005): Pflege in konflikt- und austauschtheoretischer Perspektive. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa, 107-124
- Becker, C./Rapp, K. (2010): Fall Prevention in Nursing Homes. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 26, 693–704
- Benjamin, K./Edwards, N./Ploeg, J./Legault, F. (2014): Barriers to Physical Activity and Restorative Care for Residents in Long-Term Care. A Review of the Literature. In: *Journal of Aging & Physical Activity* 22, 154-165
- Brandenburg, H. (2006): Selbständigkeit ist das Thema der Pflege: Förderung und Aufrechterhaltung der Selbständigkeit als ein zentrales Paradigma der professionellen Pflege alter Menschen. In: *Pflege Aktuell* 60, 74-79
- Bruin, de, E./Spence, J./Hartmann, M./Murer, K. (2008): Bewegungsempfehlungen und Bewegungsangebote in Schweizer Altersheimen. In: *physioscience* 4, 154-162
- Bohnsack, R. (1997): ‚Orientierungsmuster‘: Ein Grundbegriff qualitativer Sozialforschung. In: F. Schmidt (Hrsg.): *Methodische Probleme der empirischen Erziehungswissenschaft*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 49–61
- Bohnsack, R. (2015): Gruppendiskussion. In: Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 369-383
- Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I./Nohl, A.-M. (2001): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): *Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten*. <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten.pdf)> [Stand 2017.12.22]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018): *Das Präventionsgesetz*. <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>> [Stand 2018.02.24]
- Caspersen, C. J./Powell, K. E./Christenson, G. M. (1985): Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness. Definitions and Distinctions for Health-Related Research. In: *Public Health Reports*, 100, 126-131
- Chodsko-Zajko, W. J./Proctor, D. N./Fiatrone Singh, M. A./Minson, C. T./Nigg, C. R./Salem, G. J./Skinner, J. S. (2009): Exercise and Physical Activity for Older Adults. In: *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41, 1510-1530
- Csapo, R./Gormasz, C./Baron, R. (2009): Functional performance in community-dwelling and institutionalized elderly women. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 121, 383-390
- Corbin, J./Hildenbrand, B. (2014): *Qualitative Forschung*. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Beltz Juventa, 117-136
- Dangel, B./Korporal, J. (2003): Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36, 50-62
- Dechamps, A./Diomez, P./Thiaudière, E./Tulon, A./Onifade, C./Vuong, T./Helmer, C./Bourdel-Marchasson, I. (2010): Effects of Exercise Programs to Prevent Decline in Health-Related Quality of Life in Highly Deconditioned Institutionalized Elderly Persons. In: *Archives of Internal Medicine* 170, 162
- Früh, W. (2011): *Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis* (7. Aufl.). Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hämel, K. (2012): *Öffnung und Engagement: Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung* (Bde. 18). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- Hielscher, V./Nock, L./Kirchen-Peters, S./Blass, K. (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer VS
- Horn, A./Kleina, T./Vogt, D./Koch, M./Schaeffer, D. (2013): Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Literaturrecherche. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft
- Holmerova, I., Machacova, K./Vankova, H./Veleta, P./Juraskova, B./Hrnciarikova, D./Volicer, L./Andel, R. (2010): Effect of the Exercise Dance for Seniors (EXDASE). Program on Lower-Body Functioning Among Institutionalized Older Adults. *Journal of Aging and Health* 22, 106-119
- Ikezo, T./Asakawa, Y./Shima, H./Kishibuchi, K./Ichihashi, N. (2013): Daytime physical activity patterns and physical fitness in institutionalized elderly women: An exploratory study. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics* 57, 221-225
- Jenull-Schiefer, B./Janig, H. (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, 393-401
- Kalinowski, S. (2013): Ressourcen zur Förderung der körperlichen Aktivität von Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen – Implikationen für die Praxis. Dissertation, Freie Universität Berlin
- Kalinowski, S./Wulff, I./Kölzsch, M./Kopke, K. (2012): Physical Activity in Nursing Homes - Barriers and Facilitators: A Cross-Sectional Study. In: *Journal of Aging and Physical Activity* 20, 421–441
- Kelle, U. (2007): Theoretisches Vorwissen und Kategorienbildung in der „Grounded Theory“. In: Kuckartz, H./Grunenberg, H./Dresing, T. (Hrsg.): *Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag, 32-49
- Kelle, U./Niggemann, C./Metje, B. (2014): Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: Amann, A./Kolland, F. (Hrsg.): *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS, 175–203
- Kleina, T./Cichocki, M./Schaeffer, D. (2013): Potenziale von Gesundheitsförderung bei Heimbewohnern – Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme. In: *Pflege & Gesellschaft* 18, 5-19
- Koppitz, A. (2010): *Erfahrungen von betagten, alten Menschen beim Einzug in ein Heim* (1. Aufl.). Kassel: RECOM
- Kümmerling, A. (2016): Erschöpft, unterbezahlt und ohne Lobby – Beschäftigte in der Altenpflege. In: Haipeter, T./Latniak E./Lehdorff, S. (Hrsg.): *Arbeit und Arbeitsregulierung im Finanzmarktkapitalismus. Chancen und Grenzen eines soziologischen Analysekonzepts*. Wiesbaden: Springer VS, 141-167
- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung* (5., überarb. Aufl.). Hemsbach: Beltz
- Lobo, A./Carvalho, J./Santos, P. (2010): Effects of Training and Detraining on Physical Fitness, Physical Activity Patterns, Cardiovascular Variables, and HRQoL after 3 Health-Promotion Interventions in Institutionalized Elders. In: *International Journal of Family Medicine* 2010, 1-10
- Marent, B./Wieczorek, C. C./Schmied, H./Horn, A./Kleina, T./Schaeffer, D./Dür, W. (2014): Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung. Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementation eines Mobilitätsprogramms. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 9, 298-304
- Mauro, A./Kleina, T./Horn, A. (2017): Bewegungsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Gesundheitspotenziale bei Pflegebedürftigkeit stärken. In: *Pflegezeitschrift* 70, 49-51
- Mulasso, A./Roppolo, M./Liubicich, M. E./Settanni, M./Rabaglietti, E. (2015): A Multicomponent Exercise Program for Older Adults Living in Residential Care Facilities: Direct and Indirect Effects on Physical Functioning. In: *Journal of Aging and Physical Activity* 23, 409-416
- Naegele, G./Bäcker, G. (2014): Pflegebedürftigkeit aus sozialpolitischer Sicht. In: Schaeffer, D./Wingefeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 199-228
- Nohl, A.-M. (2009): *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis* (Bd. 16, 3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Oschmiansky, H. (2012): *Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohlfahrtstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden*. Dissertation, Freie Universität Berlin. Berlin

- Phillips, L. J./Flesner, M. (2013): Perspectives and Experiences Related to Physical Activity of Elders in Long-Term-Care Settings. In: *Journal of Aging and Physical Activity* 21, 33-50
- Schimank, U. (2010): Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurtheoretische Soziologie (4. völlig überarb. Aufl.). Weinheim und München: Juventa
- Schimank, U./Vollmann, U. (2017): Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, A. (Hrsg.): *Handbuch der Wirtschaftssoziologie (Wirtschaft und Gesellschaft, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 593-610)*. Wiesbaden: Springer VS
- Schreier, M. M./Bauer, U./Osterbrink, J./Niebauer, J./Iglseider, B./Reiss, J. (2016): Fitness training for the old and frail. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49, 107-114
- Scherder, E. J./Bogen, T./Eggermont, L. H./Hammers, J. P./Swaab, D. F. (2010): The more physical inactivity, the more agitation in dementia. In: *International Psychogeriatrics* 22, 1203-1208
- Schneekloth, U./von Törne, I. (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. München: BMFSFJ, 53-168
- Simon, A./Berwig, M./Heinrich, S. (2013): Quality of life in nursing homes following the group-living principle: A pilot study measuring the quality of life from the subjective perspective of dependent-living elderly. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46, 556-562
- Souto Barreto, P. de/Demougeot, L./Vellas, B./Rolland, Y. (2015): How much exercise are older adults living in nursing homes doing in daily life? A cross-sectional study. In: *Journal of Sports Sciences* 33, 116-124
- Stathi, A./Simey, P. (2007): Quality of life in the Fourth Age: exercise experiences of nursing home residents. In: *Journal of Aging and Physical Activity* 15, 272-286
- Weening-Dijksterhuis, E./Greef, M. H. de/Scherder, E. J./Slaets, J. P./van der Schans, C. P. (2011). Frail Institutionalized Older Persons. In: *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 90, 156-168
- Wingenfeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D./Mehlan, S./Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe: Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Wittelsberger, R./Krug, S./Tittlbach, S./Bös, K. (2013): Auswirkungen von Nintendo-Wii® Bowling auf Altenheimbewohner. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46, 425-430
- Wöhl, C./Siebert, H./Blättner, B. (2017): Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention. In: *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie* 50, 475-482
- Zegelin, A. (2013): „Festgenagelt sein“: Der Prozess des Bettlägerigwerdens (2. erg. Aufl.) (Rh. Pflegewissenschaft). Bern: Huber

*Dr. Theresa Hoppe*

(M.A. Sport- und Bewegungsgerontologie; Dr. Sportwiss.)

Am Sportpark Müngersdorf 6, Institut für Soziologie und Genderforschung

Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln, t.hoppe@dshs-koeln.de

---

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.