

Schwerpunkt: Diversity und Gender

Ausgrenzung, Stigmatisierung & Vorurteilen begegnen

Psychiatrische Versorgung und Forensik anders/neu denken

Seite 24

Pflegetheorien im Kontext queersensibler Pflege

Neue Perspektiven und Handlungsimpulse für die professionelle Pflegepraxis

Seite 46

Über die Notwendigkeit, eine kritische Perspektive auf Diversität einzunehmen

Seite 50

Förderung des Bewusstseins für Vielfalt

Pädagogische Ansätze zur Förderung des Bewusstseins für Vielfalt

Seite 68

Rassismus in der Geburtshilfe

Seite 79

Der Einfluss vielfältiger Gesundheitsteams auf Innovationen und Effizienz

Seite 83

...und mehr!

Wir sind weiterhin für Sie da!



Kinderfachbücher

Ratgeber



Wissenschaft

Mabuse-Verlag – Der Verlag für alle Gesundheitsthemen

www.mabuse-verlag.de

Wir senden Ihnen jedes
lieferbare Buch portofrei
zu (innerhalb Deutschlands)!

Hier bestellen:

www.mabuse-buchversand.de

Telefon 069 - 70 79 96 - 16

bestellen@mabuse-buchversand.de



Mabuse-Buchversand: Buchhandlung für alle Gesundheitsthemen

www.mabuse-buchversand.de

Liebe Leser*innen...

Diversität ist Ausdruck einer sich frei entfaltenden Gesellschaft. Je engstirniger, nationalistischer und totalitärer Parteien, Staaten oder Regierungsoberhäupter sind, um so mehr wird Diversität bekämpft. Vielfalt, Respekt, Toleranz und Frieden brauchen die gesellschaftliche Debatte, besonders im Gesundheitswesen.

Das Health-Monitoring des Robert Koch-Instituts 2020 „zur gesundheitlichen Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen“ stellt fest, dass die Datenlage für diese Bevölkerungsgruppen sehr lückenhaft ist und kaum Aussagen über die allgemeine gesundheitliche Situation von LSBTIQ*-Personen gemacht werden können. In dieser Ausgabe von Doktor:in med. Mabuse möchten wir den Blick deshalb auf unterschiedliche Bereiche dieser Thematik legen:

Bildung: In der Medizinpädagogik und Pflegebildung ist Diversität ein Mega-Thema. Heterogene Gruppen gelten in der Pädagogik oft als problematisch: Immer noch dominiert dort der Wunsch und die naive lebensweltliche Vorstellung nach Einheitlichkeit und vergleichbaren Outcomes. Diversität bietet in einem solchen Bildungskonzept dann die Möglichkeit, sich positiv auf die Verschiedenheit zu beziehen, ohne die strukturelle Ungleichheit thematisieren zu müssen. Dass das nicht so sein muss zeigen zahlreiche zukunftsweisenden Projekte: Wir stellen Ihnen in diesem Heft einige vor.

Pathologisierung und Gruppenbildung: Das Zusammenwerfen von unterschiedlichen sexuellen Orientierungen (LSB) mit heterogenen, nicht-binären Geschlechtsidentitäten (TIQ) gehört zu den fragwürdigen, aber dennoch erfolgreichen wirklichkeitskonstruierenden Ordnungen. Aber das eine hängt mit dem anderen nicht zwingend zusammen: Was diese

Gruppen zunächst einmal verbindet ist ihre Unterscheidung von der normativen Gesellschaft. Und dieser Personenkreis wird seit langer Zeit zu Unrecht pathologisiert. Erst 1991 wurde Homosexualität in der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO (ICD) von der Liste psychischer Erkrankungen gestrichen, Transsexualität Jahr 2019. Intergeschlechtlichkeit wird dagegen weiterhin pathologisiert.

Normierungsanspruch der Medizin: Die Finanzierung durch die Krankenkassen wird nur bei einem medizinisch festzustellenden Leidensdruck sichergestellt. Ob es um die Feminisierung geht, um Korrekturen sekundärer Geschlechtsmerkmale, um geschlechtsangleichende Genitaloperationen oder Logopädie geht: Sozial- und Verwaltungsgerichte entscheiden scheinbar willkürlich; aussagefähige Statistiken hierzu liegen kaum vor. Und: es wird zunehmend schwieriger geeignete Einrichtungen, Ärzt:innen und Therapeut:innen zu finden.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

*Ihr Team des hpsmedia Verlags und
Prof. Dr. Andreas Lauterbach*



Foto: Hermann Löffler (Mabuse Verlag) übergab im Januar 2025 den „Staffelstab“ an Andreas Lauterbach (hpsmedia Verlag)

Übrigens: Mit Mabuse 267 feiern wir ein doppeltes Jubiläum: In diesem Jahr startet die Zeitschrift in den 50. Jahrgang. Seit Jahresbeginn erscheint sie im Verlag hpsmedia.

Schauen Sie auch einmal Online vorbei: unter <https://zeitschrift-mabuse.de> finden Sie weitere Artikel, Nachrichten und Informationen. Dort haben Sie auch die Möglichkeit, uns Leser:innen Briefe, Beiträge und Kommentare zukommen zu lassen. Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

- 46** **Pflegetheorien im Kontext queersensibler Pflege**
Neue Perspektiven und Handlungsimpulse für die professionelle Pflegepraxis
Sabine Münzenmay, Christian Mazurek & Bettina Flaiz
- 50** **Über die Notwendigkeit, eine kritische Perspektive auf Diversität einzunehmen**
Ankündigung eines Forschungsberichts
Karin Brendel & Karl-Heinz Sahmel
- 54** **Frauenemanzipation und Diversität in der Pflege**
Von ungleichen Machtstrukturen zu einer professionellen & gesellschaftlich wertgeschätzten Gesundheitsversorgung
Christa Olbrich
- 56** **Die professionelle Pflege von Menschen mit Körperbehinderung**
Impulsgeberin für Diversität in der Pflegepraxis
Roman Helbig & Änne-Dörte Latteck
- 61** **Sprache im Wandel**
Gendersensible Sprache in der Hebammenarbeit und wie diese ermöglicht werden kann
Anna-Lena Eichenseer
- 65** **Diversität in der Pflegeausbildung**
Eine Notwendigkeit für die Zukunft der Gesundheitsversorgung
Juliette Nadine Becker
- 68** **Förderung des Bewusstseins für Vielfalt**
Pädagogische Ansätze zur Förderung des Bewusstseins für Vielfalt
Anett Friedrich
- 71** **„Die Leichtigkeit ist zurück ...“**
Pflege für trans Personen im Akutspital
Fiona Hany, Diana Staudacher & Jürgen Maier



- 74** **Diversität in der Pflegeausbildung**
Über die Bedeutung von Abbildungen in Pflegelehrbüchern
Annette Andree-Dieker & Sonja J. Kublun
- 79** **Rassismus in der Geburtshilfe**
Katharina Rauh
- 83** **Der Einfluss vielfältiger Gesundheitsteams auf Innovationen und Effizienz**
Friedrich Schneider
- 87** **Gendersensible Pflege**
Maximilian Hahn
- 90** **Gesundheitskompetenz**
Schlüssel zur Überwindung kultureller Barrieren in der Patientenversorgung
Patrick Hüter
- 92** **Pflege braucht Vielfalt: Von der Herausforderung zur Ressource**
Malin Apse, Alexandra Bartsch, Prof.'in Dr. Christiane Micus-Loos & Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops



Rubriken

03	Editorial
06	Bitte zur Anamnese
07	Tagungsbericht
08	Anleitung: Online-Zugang
09	Cartoon
10	Nachrichten
18	Nachruf
20	Standpunkt
43	Porträt
44	Projekte
96	Interview
100	Buchbesprechungen
109	Auf Rezept
110	Impressum

Inhalte

24 Ausgrenzung, Stigmatisierung & Vorurteilen begegnen

Psychiatrische Versorgung und Forensik anders/neu denken

Hilde Schädle-Deininger

30 „Ich kann nicht den ganzen Tag zu Hause rumhängen...“

Im Möbelschuppen können ältere Jahrgänge ihren Hobbys frönen und dabei etwas für ihre Gesundheit tun

Joachim Göres

32 Einfluss sozialer Medien auf die Konzentrationsspanne und damit verbundenen Folgen auf das Lernen

Sarah Annabella Grilec

37 Wie kommt der Mabuse ins Historische Museum Frankfurt?

Über meinen Beitrag zur Ausstellung „Zeitzeugenschaft? Ein Erinnerungslabor“

Hermann Roth

40 Reformvorhaben §218

Monika Knoche

Dr. med Mabuses Anamnesebogen für
Gesundheitswesen mit besonders ausgeprägtem
Eigensinn +++ aufgezeichnet von Andreas Lauterbach

Bitte zur Anamnese, Frau Vogler

Ihr Beruf?

Proud to be a nurse! Mein Berufseinstieg war die Krankenpflege in 1989. Ich habe diesem Weg so viel zu verdanken. Sowohl persönlich, aber auch beruflich. Heute bin ich Geschäftsführerin des Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe und darf 2600 Auszubildenden in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen auch einen solchen Berufseinstieg ins Leben ermöglichen. Das ist großartig.

Ihre Berufung?

Proud to be a nurse! Pflege ist für mich ein elementarer Ausdruck von gesellschaftlichen Zuständen. Wie wir uns in einer Gesellschaft um Pflegebedürftige und deren Angehörige kümmern, wie wir politisch und gesellschaftlich die Profession Pflege behandeln, bezahlen, wertschätzen, ja wie wir selbst als Pflegenden agieren und mit uns umgehen, ist ein Zeichen für die Qualität dieser Gesellschaft. Und ich möchte in einem Land leben, in der Pflege politisch, wirtschaftlich und auch gemeinschaftlich einen hohen Wert besitzt. Dafür setze ich mich z.B. als Präsidentin des Deutschen Pflegerates ein.

Worauf reagieren Sie allergisch?

Auf Nahrungsmittel wunderbarerweise nicht. Essen geht alles (-;).

Ansonsten könnte ich jetzt viel aufzählen. Alle Formen von Gewalt, wenn wir aufhören miteinander zu reden, Menschen, die extreme Parteien wählen, unerträgliche Despoten die an der Macht sind, Regierungen die Menschen in den Krieg schicken...

Bezogen auf mein Leben, finde ich es schwer, wenn in Verhandlungen pauschalisiert und emotional über Dinge gesprochen wird. Und dabei meine ich nicht die Leidenschaft in der Sache. Immer dann, wenn nicht fundierte Aussagen uns in die ewig selben Diskussionsschleifen führen, ohne Ziel. Da merke ich, werde ich unwirksam.

Wo drückt gerade besonders der Schuh?

Das Pflegekompetenzgesetz hätte für die Pflege in Deutschland viel erreicht. Durch den Koalitionsbruch ist es gestoppt worden und wir wissen nicht, in welcher Form die neue Regierung das Gesetz wieder auflegen wird. Das ist bitter.

Leiden Sie an einer Vision?

An vielen. Grundsätzlich? - Gesundheitsfachberufe in Deutschland, die sehr viel mehr selbständiger arbeiten und abrechnen können.



Christine Vogler, geboren 1969 in Stuttgart, ist Präsidentin des Deutschen Pflegerates e.V. und Geschäftsführerin des Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe. Mit langjähriger Erfahrung in Pflegepädagogik und -management setzt sie sich engagiert für die Stärkung der Pflegeprofession ein.

Und vor allem Pflegefachpersonen, die in eigenen Strukturen – Pflegekammern - in den Ländern und im Bund den Beruf Pflege im Sinne guter Versorgung verantworten und entwickeln. Transparente und bundeseinheitliche Pflegebildungswege mit sehr guter Pflegefachassistentenausbildung und Vollakademisierungsquote, Handlungsautonomie und ein Berufsstand, der sich selbst schätzt und stolz auf sich ist.

Einer der schönsten Momente in Ihrem Berufsleben?

Eine Leukämiepatientin, die ich nach vielen Jahren gesund beim Einkaufen traf und die mich freudestrahlend ansprach, da Sie mich wiedererkannte. Und dann das Gespräch was folgte....

... und einer der schlimmsten?

Die Situation, als einer Patientin, die Knochenmetastasen hatte, bei der Mobilisation aus dem Bett der Oberarmknochen brach. Den Moment, das Geräusch werde ich nie vergessen.

An welcher Grunderkrankung leidet das deutsche Gesundheitswesen?

Selbstverwaltungsstrukturen, die nicht mehr dem Zwecke der Versorgung dienen, sondern dem eigenen (Macht-) Erhalt, private Krankenversicherungen, fehlendes Public Health Verständnis und ein Pflegeberuf der seine Kompetenz nicht leben kann.

Was soll in der Pflege unbedingt bleiben, wie es ist?

Der Beruf als der, der er ist. Stand nie in Frage und wird auch nie in Frage stehen.

Wenn Sie nicht eine Pflegeausbildung abgeschlossen hätten, wären Sie heute....

...ein anderer Mensch.

Krankenpflege in Kriegs- und Friedenszeiten aus historischer Perspektive

Tagung an der Evangelischen Hochschule Dresden im Rahmen des Marie-Simon-Jahres *Krankenpflege in Kriegs- und Friedenszeiten aus historischer Perspektive*

Unter dieser thematischen Setzung fand am 16.11.2024 im Rahmen des Marie-Simon-Jahres eine Tagung in der Evangelischen Hochschule Dresden statt, die von der Sektion Historische Pflegeforschung (HPF) der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) gemeinsam mit dem DRK Landesverband Sachsen e. V. und dem Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der ehs Dresden gGmbH veranstaltet wurde. In 12 Vorträgen wurden sowohl Marie Simon (1824 – 1877) im Kontext ihrer Zeit und der Organisation DRK vorgestellt, als auch Entwicklungen der professionellen Pflege durch die historischen Epochen hindurch kritisch vor dem Hintergrund des Tagungsthemas eingeordnet.

Sowohl Anja Peters (Sprecherin der HPF) in ihrer Kongresseinführung, als auch Thomas Klemp (Landesverband des DRK Sachsen) in seiner Keynote zeichneten die Biografie Marie Simons nach und betonten ihre Bedeutung als Verfechterin für die Krankenpflege als Feld weiblicher Erwerbstätigkeit und als Verfasserin des ersten deutschsprachigen Krankenpflegelehrbuchs (*Die Krankenpflege, theoretische und praktische Anweisungen*, Leipzig 1876). Auszüge aus ihrem Lehrbuch zur „Pflege von Geisteskranken“ wurden in einem Beitrag (Jonas Leuwer) vorgestellt und in den Kontext der Psychiatriegeschichte eingeordnet.

Mit der Wirkung der Schwesternschaften des Roten Kreuzes beschäftigten drei Vorträge: Mathilde Hackmann untersuchte die Tätigkeit des vaterländischen

Frauenvereins in der St. Gertrud Gemeindepflege in Hamburg, Madline Fischer die friedenszeitliche Kinder- und Jugendpflege im Spiegel der Darmstädter Rotkreuzbewegung und Heinrich Recken die Bedeutung der Rot-Kreuz-Bildungseinrichtungen zur Qualifikation der Pflegelehrer*innen im 20. Jahrhundert. Auf die kriegerischen Auseinandersetzungen im Rahmen der Reichseinigungskriege und des 1. Weltkriegs als Kontext bezogen sich die Vorträge von Annett Büttner (Kamerad Schwester), Urs Fernau (*Die Wirkung des Deutsch Französischen Krieges 1870/1871 auf die Pflegekompetenz*), und Elke Vogel (*Agnes Karll und die BO im 1. Weltkrieg*). Karin Briese untersuchte die Tätigkeit der Diakonissen im Katharinenhof in Großenhennersdorf 1933-1942 und identifizierte Handlungsspielräume im Rahmen einer nationalsozialistisch ausgestalteten Krankenanstalt.

Aktuelle Aufgabenfelder des DRK wurden in den Vorträgen von Hanna Kaade (*Health Care in Danger*) Regine Reim (aktuelle internationale Einsätze des DRK) verdeutlicht.

Von den zahlreichen Besuchern wurde die hohe Qualität der wissenschaftlichen Vorträge hervorgehoben.

Heinrich Recken
Hamburger Fern-Hochschule
Mitglied der Sektion
Historische Pflegeforschung in der
Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft
heinrich.recken@hamburger-fh.de

Call for Articles: Fachkräftemangel und Migration



Die nächste Ausgabe von Dr. Med. Mabuse widmet sich dem Themenschwerpunkt „Fachkräftemangel und Migration“ und erscheint am 30.05.2025. Beiträge aus Medizin, Pflege und Gesundheitsberufen können bis 20.04.2024 online eingereicht werden. Weitere Informationen zu Inhalten und Formaten finden Sie auf www.zeitschrift-mabuse.de

Artikel können Sie bis zum 20.04.2025
online in unserer Manuskriptzentrale einreichen:



Dr. med. Mabuse online lesen – So geht's!

Dr. med. Mabuse jetzt als E-Paper lesen! Ab sofort können Sie Einzelausgaben, beginnend ab 1976 online abrufen. Artikelinformationen und Zusammenfassung erhalten Sie auch ohne Abo. In der Recherchezentrale können Sie komplexe Suchanfragen durchführen, Literatur verwalten und eigene Reader erstellen.

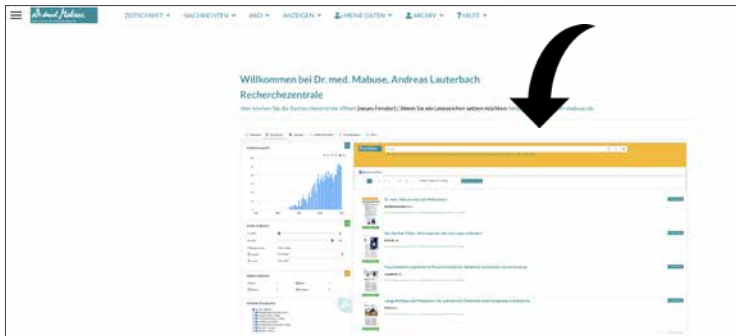
So einfach geht es:

Schritt 1: Login



Das Online-Archiv von Dr. med. Mabuse ist Online unter www.zeitschrift-mabuse.de abrufbar. Um auf die Artikel im Format PDF zugreifen zu können, benötigen Sie einen Login. Sofern Ihre Mailadresse bei uns bereits hinterlegt ist, ist diese Ihr Login. Klicken Sie einfach auf „Anmelden“ und dann auf „Passwort vergessen?“, wenn Sie Ihr Passwort (noch) nicht kennen oder dieses verlegt haben. Wir senden Ihnen dann automatisch einen Link, mit dem Sie ihr Passwort anlegen können.

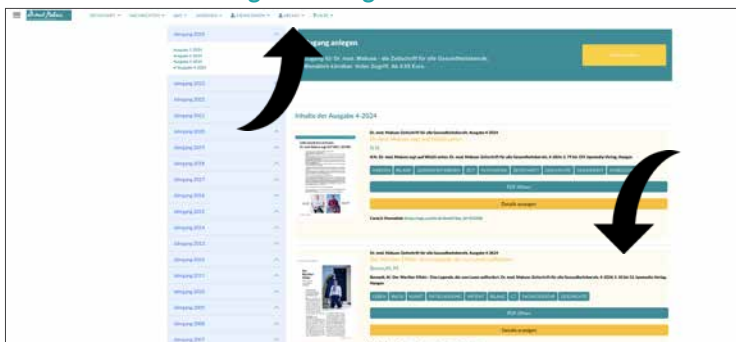
Schritt 2: Recherchezentrale



Nach erfolgreichem Login werden Sie auf die Startseite der Recherchezentrale geleitet. Dort haben Sie die Möglichkeit, einfache & komplexe Suchanfragen zu formulieren.

Alle Fachartikel von Dr. med. Mabuse sind ab der Erstausgabe 1/1976 als PDF-Datei abrufbar. In der Recherchezentrale finden Sie eine umfangreiche Hilfe mit Tipps zur Suche. Klicken Sie hierzu einfach auf „Hilfe“ und „Anleitung“

Schritt 3: Aktuelle Ausgabe anzeigen

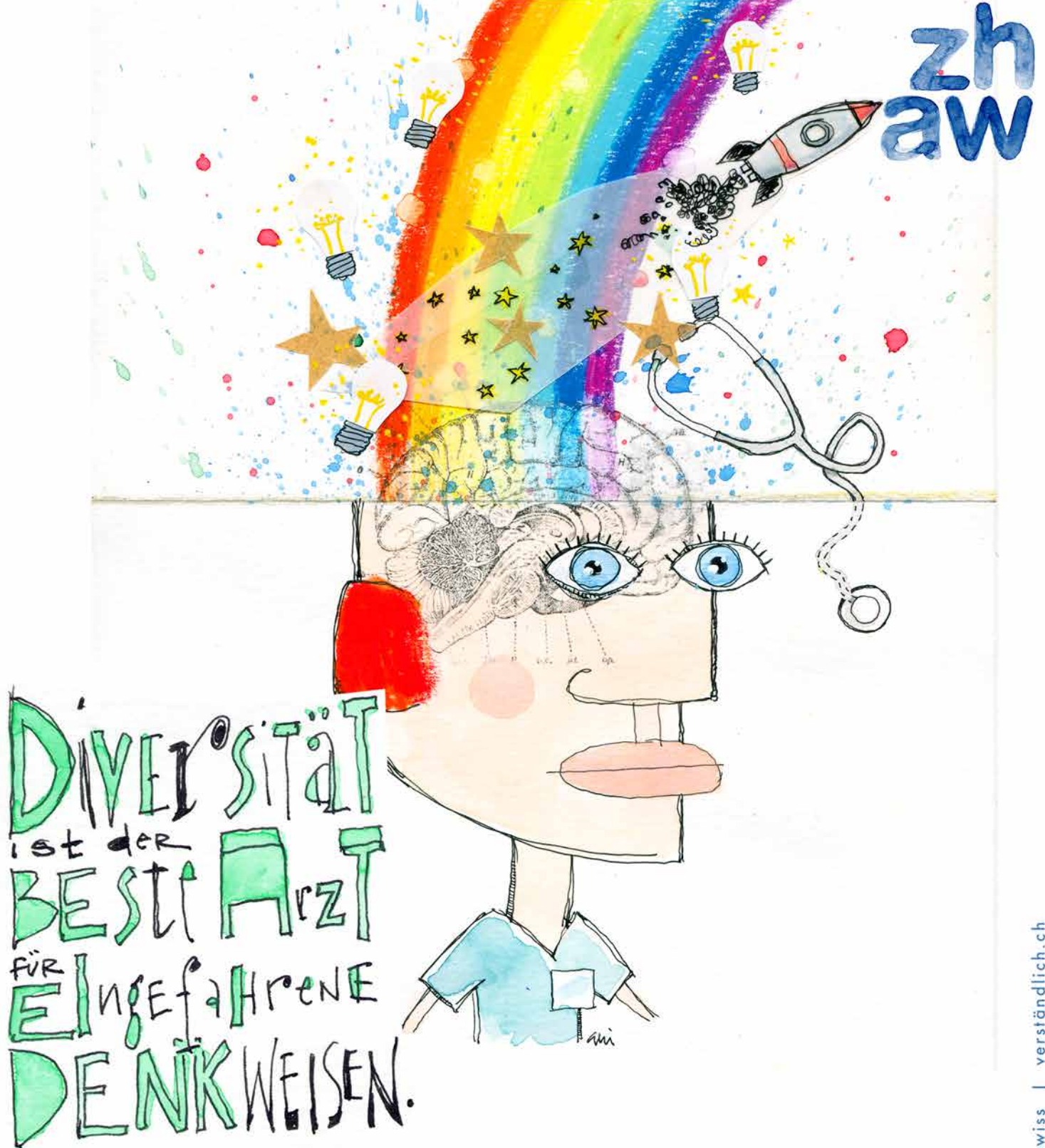


Die aktuelle Ausgabe von Dr. med. Mabuse finden Sie als E-Paper jederzeit auf der Startseite der Website und im Archiv. Klicken Sie hierfür auf der Website www.zeitschrift-mabuse.de auf „Archiv“ und dann auf „Ausgaben anzeigen“. Wählen Sie aus der Liste links die gewünschte Ausgabe. Mit der Schaltfläche „PDF öffnen“ können Sie den jeweiligen Beitrag anzeigen lassen.

Die Nutzung des Online-Zugangs ist für alle Leser:innen, die ihr Abonnement vor dem 01.01.2025 abgeschlossen haben bis 31.12.2026 kostenlos möglich. Ab dem kommenden Jahr benötigen Sie für die Nutzung ein E-Paper bzw. Print-E-Paper-Abonnement.

Sie können jederzeit vom klassischen print- auf das kombinierte Print- und E-Paper-Abonnement wechseln. Eine kurze Nachricht unter Angabe Ihrer Kundennummer an unseren Abo-Service genügt. Senden Sie Ihren Wechselwunsch an inken.veith@hpsmedia-verlag.de

Weitere Informationen zu Abonnements und Preisen finden Sie hier: www.zeitschrift-mabuse.de



Diversity im Gesundheitswesen, beispielsweise in der Altenpflege und der Krebsbehandlung, stellt eine grosse Herausforderungen dar (Almack et al., 2021; Gibson et al., 2017). Stigmatisierung begünstigt psychische Belastungen und vermeidbares Leiden (Silveri et al., 2022). Inklusion durch Aufklärung und politische Maßnahmen sind daher zentral (Hafford-Letchfield et al., 2021; Dicks et al., 2015). Entsprechend dem Ethikkodex für Pflegendes ist es Aufgabe des Gesundheitswesens, sich der marginalisierten Gruppen advokatisch anzunehmen.

Literatur:

- Almack, K., King, A., & Jones, R. L. (2022). Care in late life, end of life and in bereavement for the oldest LGBT generations around the globe. *Sexualities*, 25(1-2), 3-8.
- Dicks, M., Santoro, E., & Teulan, S. (2015). Welcoming and celebrating diversity: The Uniting journey of learning on inclusive practice. *Australasian Journal on Ageing*, 34.
- Gibson, A. W., Radix, A. E., Maingi, S., & Patel, S. (2017). Cancer care in lesbian, gay, bisexual, transgender and queer populations. *Future Oncology*, 13(15), 1333-1344.
- Hafford-Letchfield, T., Pezzella, A., Connell, S., Urek, M., Jurček, A., Higgins, A., ... & Lewis-Brooke, S. (2023). Learning to deliver LGBT+ aged care: exploring and documenting best practices in professional and vocational education through the World Café method. *Ageing & Society*, 43(1), 105-126.
- Silveri, G., Schimmenti, S., Prina, E., Gios, L., Mirandola, M., Converti, M., ... & Italian Working Group on LGBTQI Mental Health. (2022). Barriers in care pathways and unmet mental health needs in LGBTIQ+ communities. *International review of psychiatry*, 34(3-4), 215-229.

Förderung für Oldenburger Projekte im Bereich Gender- & Diversitätsmedizin

Forschende der Universitätsmedizin Oldenburg (UMO) beschäftigen sich in drei Projekten mit unterschiedlichen Aspekten der Gender- und Diversitätsmedizin. Unter anderem untersuchen sie die Alltagserfahrungen von Menschen mit Endometriose mit einem unkonventionellen Ansatz, in dessen Mittelpunkt Keramikworkshops stehen. Ein anderes Team erforscht, inwiefern Patientinnen und Patienten, die unter Rückenschmerzen oder Arthrose leiden, etwa aufgrund ihres Alters, Geschlechts und sozialen Status unterschiedlich behandelt werden. Im dritten Projekt geht es um kulturelle Unterschiede, die Einfluss

auf die Themen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in Pflegeheimen haben.

Mit einem unkonventionellen Ansatz wollen Forschende der Universitätsmedizin Oldenburg (UMO) Einblicke in das Leben mit der Krankheit Endometriose erhalten, unter der fast ausschließlich Frauen leiden. In Keramikworkshops haben Betroffene die Gelegenheit, auszudrücken, wie sie mit der Krankheit umgehen und den Alltag mit ihr erleben. Davon versprechen sich die Forschenden Einblicke in die Erfahrungen der Betroffenen, die häufig von einer komplexen Gemengelage geprägt sind: Wer an der Krankheit leidet,

muss im Durchschnitt zehn Jahre lang auf die korrekte Diagnose warten, erlebt auf dem Weg dorthin keine oder falsche Behandlung und stellt fest, wie schwierig es ist, über die Krankheit zu sprechen und verstanden zu werden. Die von im Bauchraum wucherndem Gewebe verursachten Beschwerden sind komplex und stehen meist in direktem Zusammenhang mit tabuisierten Themen wie der Menstruation. Regelmäßig erleben Betroffene Unverständnis, auch vom sozialen Umfeld, das den weitreichenden Einfluss der Krankheit auf den Alltag nicht nachvollziehen kann. In den Workshops können die Betroffenen ihre

INTERVIEWPARTNER*INNEN GESUCHT



ERFAHRUNGEN ALS TRANS PERSON IN MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN

Für eine medizinische Dissertation am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der HHU Düsseldorf suchen wir **trans Personen**, die bereit sind, in Interviews ihre Erfahrungen in medizinischen Einrichtungen zu teilen.

Wir möchten insbesondere Personen einladen, die ihre Transition in den **1980er-Jahren bis 2020** durchgeführt haben. Ihre Erinnerungen und Perspektiven sind von besonderem Interesse, um **Entwicklungen im Gesundheitssystem** und im Umgang mit trans Personen in diesem Zeitraum zu beleuchten.

Mit Ihrer Unterstützung tragen Sie dazu bei, das **Verständnis für die Erfahrungen** von trans Menschen im medizinischen Kontext zu vertiefen. Ihre individuellen Einblicke sind essenziell, um die Perspektive der Betroffenen mit dem wissenschaftlichen Forschungsstand und anderen Quellen zu verbinden. So möchten wir ein umfassendes und differenziertes Bild dieser wichtigen Thematik schaffen.

Durch Ihre Teilnahme leisten Sie einen bedeutenden Beitrag zur **Weiterentwicklung** und Verbesserung der medizinischen Versorgung für trans Menschen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Teil dieses Projekts werden!

Wenn Sie an einer Teilnahme interessiert sind, nehmen Sie Kontakt über folgende E-Mail auf:
dissertation.nb@web.de

Nachrichten

Erfahrungen nicht nur künstlerisch ausdrücken. Die Forschenden gehen auch davon aus, dass der gemeinsame kreative Prozess mit anderen Betroffenen einen Austausch fördert, der der Wissenschaft weitere Einblicke ermöglicht.

Das Vorhaben "Living with Endometriosis – Testing an Arts-based Design for Health Services Research (LEAH)" zählt zu den Forschungsprojekten in der Gender- und Diversitätsmedizin, die das Land Niedersachsen und die VolkswagenStiftung im Rahmen ihres gemeinsamen Programms zukunft.niedersachsen-foerdern.de fördern. Zwei der niedersachsenweit sieben geförderten Projekte leiten Forschende der UMO, an einem weiteren sind sie beteiligt.

So untersucht im Rahmen des Projekts „InPain“ ein Forschungsteam, ob es Unterschiede in der Art der gewählten Behandlung von Schmerzpatientinnen und -patienten gibt, die nicht unmittelbar mit ihrer Krankheit zusammenhängen.

Haben auch Alter, Geschlecht oder sozialer Status damit zu tun, ob eine Person, die Rückenschmerzen oder Arthrose hat, eher Medikamente oder eine Überweisung zur Physiotherapie bekommt? Hierzu wollen die Forschenden zum einen die international vorhandene Literatur aufbereiten und zum anderen diese möglichen Unterschiede in Krankenkassendaten untersuchen. Durch Befragungen von Hausärztinnen und Hausärzten wollen sie außerdem herausfinden, inwiefern Ungleichheiten bei der Behandlung von den Einstellungen der medizinischen Fachleute zu diesen Faktoren abhängen.

Beteiligt sind Forschende der Universität und des An-Instituts OFFIS außerdem am Projekt NUTRI-SENSE der Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften. Sie wollen interkulturelle und diversitätssensible Ansätze erarbeiten, die sich positiv auf die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme in Pflegeheimen auswirken. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund und ihren Bedarfen. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass sie häufiger mangelernährt sind als Bewohnerinnen und Bewohner ohne Migrationshintergrund. Deshalb will das Team Kulturunterschiede in der Nahrungsversorgung in die Entwicklung von Technik einfließen lassen, die das Personal bei der Ernährungsversorgung unterstützen soll.

Die VolkswagenStiftung und das Land Niedersachsen fördern das Projekt LEAH mit 590.800 Euro, das Projekt „InPain“ mit 325.500 Euro und NUTRI-Sense mit 1,37 Millionen Euro. ■

Ansprechpartner*innen:

Projekt "LEAH"
Dr. Milena von Kutzleben
Tel.: 0441/798-4540
E-Mail: milena.von.kutzleben@uol.de

Projekt "InPain"
Dr. Kathrin Jobski
Tel.: 0441/798-2330
E-Mail: kathrin.jobski@uol.de

Projekt "NUTRI-SENSE"
PD Dr. Rebecca Diekmann
Tel.: 0441/798-4359
E-Mail: rebecca.diekmann@uol.de



Würdesäule.

Bildung ermöglicht Menschen,
sich selbst zu helfen und aufrechter
durchs Leben zu gehen.

brot-fuer-die-welt.de/bildung



Würde für den Menschen.

Verbände aus dem Gesundheitswesen rufen gemeinsam für ein weltoffenes und tolerantes Land auf

Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Deutscher Hebammenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Marburger Bund und ver.dif

Die Studie „Internationale Talente“ des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) unterstreicht die enorme Bedeutung von Fachkräften mit internationalem Hintergrund für das deutsche Gesundheitssystem. Etwa 15 Prozent der Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen in Deutschland besitzen eine ausländische Staatsbürgerschaft, und in nahezu allen Krankenhäusern sowie Pflegeheimen sind ausländische Fachkräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Die Zahlen verdeutlichen, dass das Gesundheitssystem in Deutschland stark durch Internationalität und kulturelle Vielfalt geprägt ist. Ohne diese internationalen Kolleginnen und Kollegen wäre die heutige Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht denkbar.

In ländlichen Regionen ist der Anteil zugewanderter Gesundheitsfachkräfte besonders hoch. Diese Fachkräfte – darunter Ärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten und Hebammen – sorgen zusammen mit deutschen Kolleginnen und Kollegen dafür, dass die Gesundheitsversorgung vor Ort sichergestellt ist. Ohne sie wären viele stationäre Einrichtungen und Arztpraxen in ländlichen Gebieten nicht mehr in der Lage, ihre Patienten zu versorgen, was zu längeren Wartelisten und Versorgungslücken führen würde.

Laut der DKI-Studie ist auch eine offene und wertschätzende Kultur am Arbeitsplatz entscheidend für die gelungene Integration ausländischer Mitarbeitender. Die

Verbände und Organisationen im Gesundheitswesen sehen es als ihre Verantwortung, zusammen mit politischen Entscheidungsträgern diese Kultur zu fördern und weiterzuentwickeln.

Wir alle aus dem Gesundheitswesen wissen aus unserer täglichen Praxis: Das Zusammenwirken von Menschen aus verschiedenen Nationen und Kulturen, der Austausch von Ideen, Wissen und individuellen Erfahrungen, bereichern die Arbeit der Beschäftigten in unserem Gesundheitswesen und sichern maßgeblich die qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung in unserem Land.

Natürlich ist die Integration von Menschen aus dem Ausland für beide Seiten auch kulturell und sprachlich herausfordernd. Aber dieses Engagement lohnt sich.

Es bereitet den Verbänden große Sorge, dass Begriffe wie „Remigration“ und „Massenabschiebungen“ derzeit für Unsicherheit unter unseren ausländischen Kolleginnen und Kollegen sorgen. Viele denken bereits darüber nach, in ein anderes europäisches Land zu gehen, um dort in der Gesundheitsversorgung zu arbeiten. Ein solcher Verlust von Fachkräften würde in Deutschland zu gravierenden Problemen in der medizinischen Versorgung und Pflege führen.

Demokratie, Rechtsstaatlichkeit und Menschenrechte sind fundamentale Werte für ein respektvolles und diskriminierungsfreies Gesundheitswesen. Menschen mit Migrationshintergrund sind und bleiben ein unverzichtbarer Teil unserer Gesellschaft. Das wollen wir auch in Zukunft gemeinsam mit allen demokratischen Kräften sicherstellen. In einer Demokratie tragen wir als Wählerinnen und Wähler gemeinsam die Verantwortung dafür, dass Deutschland ein tolerantes und weltoffenes Land bleibt. ■

„Positive Health“ – neuer Dialog zur Gesundheitsförderung in der hausärztlichen Praxis

In der Gesundheitsversorgung der Zukunft sollen Prävention und Gesundheitsförderung eine stärkere Rolle spielen als bisher. Es mangelt allerdings noch an praktikablen Konzepten, wie dieses gesundheitspolitische Ziel im medizinischen Alltag erreicht werden kann. Hier setzt die neue Studie „Positive Health Innovation“ unter der Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin und Ambulante Gesundheitsversorgung (iamag) der Universität Witten/Herdecke (UW/H) an.

Sie basiert auf dem Beratungskonzept „Positive Health“ der niederländischen Allgemeinärztin Machteld Huber; dieses bietet einen vielversprechenden Ansatz zur Gesundheitsförderung in der hausärztlichen Praxis und anderen medizinischen Einrichtungen und hat in den Niederlanden zu einer erfolgreichen patient:innenorientierten Neuausrichtung des Gesundheitswesens beigetragen. Wie das Konzept auf hausärztliche Praxen in Deutschland übertragen werden kann, untersucht die Universität Witten/Herdecke nun im Verbund mit den Universitäten Duisburg-Essen, Heidelberg, Düsseldorf, Bochum und Köln.

Erprobung von Positive Health in hausärztlichen Praxen

In drei regionalen Gesundheitsnetzen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz soll Positive Health mit 15 hausärztlichen Praxen erprobt werden. „Positive Health unterstützt uns dabei, die biopsychosozialen Dimensionen von Gesundheit im Dialog mit den Patientinnen und Patienten besser zu adressieren und gemeinsam passende therapeutische Ziele zu erarbeiten“, betont Prof. Dr. Achim Mortsiefer, Leiter des Projekts und des iamag der UW/H.

Im Zentrum von Positive Health steht ein grafisches Erhebungsinstrument, auf dem eine Person die eigene Gesundheit in sechs Dimensionen wie z. B. mentales Wohlbefühl, Körper und Lebensqualität zwischen 0 und 10 bewerten soll (siehe Abbildung). Das resultierende Spinnennetz-Diagramm ist der Ausgangspunkt für eine moderierte Selbstreflexion; es soll gesundheitsfördernde Eigenaktivitäten unterstützen (Empowerment) und eine effektivere medizinische und psychosoziale Unterstützung ermöglichen.

„Als Hausärztin habe ich überraschende und wertvolle Erfahrungen mit dem Einsatz von Positive Health in meiner Praxis gemacht – sowohl in Einzelgesprächen, in meinem Team mit Kolleginnen und Kollegen als auch in der gemeinsamen Anwendung in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften in der Nachbarschaft. Ich freue mich sehr, dass sich nun auch Kolleginnen und Kollegen in Deutschland für die Idee begeistern und ein überregionales Projekt zustande gekommen ist“, berichtet Karolien van den Brekel von „Positive Health International“ mit Sitz in den Niederlanden.

Das Studiendesign sieht drei Phasen vor: Zuerst wird das Konzept für Gesundheitsnetze unter Einbe-

ziehung der relevanten Stakeholder sowie unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten weiterentwickelt. Die anschließende praktische Erprobungsphase erfolgt in den hausärztlichen Praxen. Abschließend werden die Ergebnisse ausgewertet und mithilfe aller Projektbeteiligten aufbereitet, um die Intervention zukünftig in der Regelversorgung anwendbar zu machen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Projekt

Die Konsortialführung des Projekts hat das Institut für Allgemeinmedizin und Ambulante Gesundheitsversorgung (iamag) der Universität Witten/Herdecke (Prof. Dr. Achim Mortsiefer) inne. Die beteiligten Konsortialpartner sind das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Duisburg-Essen (Prof. Dr. Jürgen in der Schmitt), die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg (Prof. Dr. Attila Altiner/Dr. Simon Schwill, MME), das Institut für Allgemeinmedizin, Centre for Health and Society (ifam/chs) am Universitätsklinikum Düsseldorf (Prof. Dr. Stefan Wilm), die Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Ruhr-Universität Bochum (Prof. Dr. Nina Timmesfeld) sowie das Institut für Gesundheitsökonomie und Klini-

sche Epidemiologie der Universität zu Köln (Prof. Dr. Stephanie Stock).

Das Projekt wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit einer Summe von 2,5 Millionen Euro über drei Jahre gefördert und erfolgt in Kooperation mit dem niederländischen Institute for Positive Health (iPH) und dem internationaler Trainings- und Implementierungspartner „Positive Health International“ (PHI), sowie mit Positive Gesundheit Deutschland e. V. und dem Dachverband Salutogenese e. V. ■

Korian Stiftung für Pflege und würdevolles Altern startet Ausschreibung für den Diversitätsaward 2025

Die Korian Stiftung für Pflege und würdevolles Altern schreibt auch in diesem Jahr ihren renommierten Stiftungsaward für Vielfalt und Respekt in der Pflege aus, der mit einem Preisgeld von 2.000 Euro dotiert ist.

Vielfalt ist eine der größten Stärken unserer Gesellschaft – und

who CAREs? me!

08. – 10. April | NürnbergMesse

Pflege bedeutet mehr als nur Routine – es ist Herzblut, Innovation und Verantwortung.

Entdecken Sie neue Technologien, innovative Konzepte und praxisnahe Lösungen, die den Pflegealltag revolutionieren. Tauschen Sie sich mit führenden Experten aus und gestalten Sie aktiv die Zukunft!



◀ JETZT BESUCHEN! www.altenpflege-messe.de



 **ALTEN
PFLEGE**
Die Leitmesse 2025

NÜRNBERG MESSE



das gilt auch für die Pflege. Dieses Bewusstsein zu stärken und herausragende Initiativen sichtbar zu machen ist der Korian Stiftung für Pflege und würdevolles Altern ein Anliegen. Der Award, der seit 2021 jährlich verliehen wird, zeichnet Projekte, Teams, Institutionen oder Einzelpersonen aus, die mit innovativen Konzepten dazu beitragen, den Pflegealltag diversitätssensibler zu gestalten und dadurch nachhaltig zu verbessern. Dabei kann es um interkulturelle Pflegekonzepte, geschlechtersensible Strukturen, die Inklusion von Menschen mit Behinderung oder weitere Maßnahmen gehen, die Vielfalt in der Pflege fördern.

„Pflege ist so vielfältig wie die Menschen, die sie benötigen und die sie leisten. Diversität bedeutet mehr, als nur Unterschiede zu akzeptieren – sie aktiv zu gestalten und zu fördern. Mit unserem Award wollen wir diejenigen sichtbar machen, die vorangehen, Vorbilder sind und mit gutem Beispiel

zeigen, dass Pflege für alle da ist“, so Elisabeth Scharfenberg, Vorstandin der Korian Stiftung.



Bewerbungen sind bis zum **30. Mai 2025** möglich, die Verleihung des Preises wird im September 2025 stattfinden.

Weitere Infos zur Ausschreibung sowie das Bewerbungsformular finden interessierte Bewerber:innen unter

www.korian-stiftung.de/korian-stiftung-award



Langfristige Verbesserung der Kindes- und Muttergesundheit durch Hausbesuchsprogramme

Hausbesuchsprogramme schützen langfristig - das zeigt eine aktuelle Veröffentlichung des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS. Als besonders wirksam erwies sich eine bestimmte Form der Betreuung.

Junge Mütter, die sich in schwierigen sozialen und finanziellen Lebenslagen befinden, stehen oft unter enormem Druck. Ohne ausreichende Unterstützung können psychosoziale Belastungen schnell zur Überforderung führen – mit gravierenden Folgen für Mutter und Kind. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass diese Belastungen das Risiko für Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und psychische Probleme sowohl bei den Müttern als

„Die Messe, die Mut macht – aktueller denn je.“

Die 16. LEBEN UND TOD nimmt queere Diversität und Multikulturalität in den Fokus.

Wenn sich am 16. + 17. Mai die Mesetore öffnen, erwartet die Besucherinnen und Besucher das gewohnte lebhafteste Treiben und die einzigartige Mischung aus Verkaufs- und Infoständen, Verbänden und Vereinen.

Das Vortragsprogramm wird sich im Schwerpunkt einem gesellschaftlich hochaktuellen Thema widmen: Queere Lebensrealitäten, Multikulturalität, Inklusion und Teilhabe sind die großen Überschriften der Fachvorträge, die an beiden Tagen angeboten werden. „Aktueller könnten wir mit diesem Schwerpunkt wohl nicht sein“, sagt Meike Wengler, Leiterin der LEBEN UND TOD.

„Wir haben das Thema im letzten Jahr sehr kurzfristig entschieden und können jetzt Begleitenden aus Hospiz, Palliative Care, Trauerbegleitung und Bestattung die Möglichkeit bieten, eigene (unbewusste) Vorbehalte aufzudecken und sich offen mit Diskriminierung und Rassismus auseinander zu setzen. Und das ist gar nicht immer so einfach, weshalb wir uns als Mutmacher:innen verstehen“, ergänzt Wengler. Deshalb möchte das Team der LEBEN UND TOD auch nicht mit dem „erhobenen Zeigefinger“ auf Probleme zeigen, sondern alle Beteiligten **zum Diskurs und zum Austausch einladen**.

16. + 17. MAI
MESSE BREMEN

ALLE INFOS:
lut-messe.de/hb25mb



LEBEN UND TOD

FORTBILDUNG & MESSE

„Am Ende ...
sind wir
alle gleich?“

Vielfältig und einzigartig sein
in der Sterbe- und Trauerbegleitung.

auch bei den Kindern erhöhen können. Vor diesem Hintergrund gewinnen präventive Programme, die Familien in belasteten Situationen frühzeitig unterstützen, zunehmend an Bedeutung.

Eine neue Studie, die in der renommierten Fachzeitschrift „JAMA Pediatrics“ veröffentlicht wurde, zeigt: Hausbesuchsprogramme können sowohl die Gesundheit von Kindern als auch das Wohlbefinden von Müttern langfristig verbessern. Besonders deutliche Effekte wurden erzielt, wenn die Betreuung ausschließlich durch Hebammen erfolgte.

Die größte randomisierte Studie in Deutschland zu diesem Thema

Die Studie „Pro-Kind Follow-Up“ ist die größte randomisierte kontrollierte Untersuchung in Deutschland, die die langfristigen Effekte eines Hausbesuchsprogramms für benachteiligte Familien evaluiert hat. Zwischen 2006 und 2009 wurden 755 erstgebärende Frauen mit geringem Einkommen und psychosozialen Belastungen in drei Gruppen aufgeteilt: Zwei Interventionsgruppen erhielten regelmäßige Hausbesuche durch Hebammen oder durch ein Tandem-Team aus Hebammen und Sozialarbeiterinnen. Die Kontrollgruppe hatte Zugriff auf die üblichen sozialstaatlichen Leistungen. Ziel war es, die Wirksamkeit der unterschiedlichen Modelle zu vergleichen.

Nach sieben Jahren wurden die teilnehmenden Familien erneut untersucht. Die Ergebnisse sind deutlich: Kinder aus Familien, die von Hebammen begleitet wurden, zeigten seltener Verhaltensprobleme wie Angststörungen oder depressive Symptome. Auch die Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung war geringer. Gleichzeitig berichteten Mütter dieser Gruppe von weniger Erziehungsstress und einer verbesserten mentalen Gesundheit.

„Langfristige Beziehungen sind der Schlüssel“

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass frühe Interventionen nicht nur kurzfristig helfen, sondern auch Jahre nach Abschluss der Programme nachhaltige positive Effekte haben“, erklärt PD Dr. Tilman Brand, Leiter der Fachgruppe Sozialepidemiologie am BIPS. Besonders interessant: Die Interventionsgruppe, die ausschließlich von Hebammen betreut wurde, schnitt besser ab als die Gruppe, in der ein Tandem-Team aus Hebammen und Sozialarbeiterinnen zum Einsatz kam. „Wir hätten erwartet, dass die Kombination beider Berufsgruppen einen zusätzlichen Mehrwert bietet. Doch offenbar ist die langjährige Beziehung zu einer einzelnen Bezugsperson entscheidend“, so Brand weiter.

Eine Reduktion von 13 Prozentpunkten bei Verhaltensproblemen. Die Studie konnte ungewöhnlich deutliche Effekte aufzeigen: Verglichen mit der Gruppe ohne spezielle Intervention sank in der Gruppe mit Familienbegleitung die Rate von Verhaltensproblemen um 13 Prozentpunkte, depressive Symptome der Mütter wurden um 7 Prozentpunkte gesenkt – was einer relativen Risikoreduktion von etwa 50 Prozent entspricht. „Diese Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig es ist, Hebammen frühzeitig in die Begleitung von benachteiligten Familien einzubinden“, betont Brand.

Ein Modell für die Zukunft?

Trotz der positiven Ergebnisse wird das Hausbesuchsprogramm aktuell nur in wenigen Regionen umgesetzt. Bremen und Braunschweig haben das Modell übernommen, in anderen Ländern wurde das Programm bisher nicht eingeführt. Dabei zeigen die Studienautoren klar: „Ein bundesweites Programm könnte dazu beitragen, soziale Ungleichheit nachhaltig abzubauen und die Gesundheit von Kindern und Eltern zu verbessern“, betont Brand.

Das Paper, das von einem Team aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Deutschland und Großbritannien geschrieben wurde, liefert wichtige Impulse für die Gesundheits- und Sozialpolitik. Das Team hofft, dass die Ergebnisse dazu beitragen, frühe Unterstützungsangebote für Familien in schwierigen Lebenslagen in Deutschland auszubauen und langfristig zu sichern.

Die Veröffentlichung ist als Zusammenarbeit zwischen der Ernst-Abbe-Hochschule Jena, der Technische Hochschule Nürnberg, dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und dem University College London und dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS entstanden. Es wurde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Das BIPS – Gesundheitsforschung im Dienste des Menschen

Die Bevölkerung steht im Zentrum unserer Forschung. Als epidemiologisches Forschungsinstitut sehen wir unsere Aufgabe darin, Ursachen für Gesundheitsstörungen zu erkennen und neue Konzepte zur Vorbeugung von Krankheiten zu entwickeln. Unsere Forschung liefert Grundlagen für gesellschaftliche Entscheidungen. Sie informiert die Bevölkerung über Gesundheitsrisiken und trägt zu einer gesunden Lebensumwelt bei.

Das BIPS ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft, zu der 96 selbstständige Forschungseinrichtungen gehören. Die Ausrichtung der Leibniz-Institute reicht von den Natur-, Ingenieur- und Umweltwissenschaften über die Wirtschafts-, Raum- und Sozialwissenschaften bis zu den Geisteswissenschaften. Leibniz-Institute widmen sich gesellschaftlich, ökonomisch und ökologisch relevanten Fragen. Aufgrund ihrer gesamtstaatlichen Bedeutung fördern Bund und Länder die Institute der Leibniz-Gemeinschaft gemeinsam.

Die Leibniz-Institute beschäftigen rund 20.000 Personen, darunter 10.000 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Der Gesamtetat der Institute liegt bei 2 Milliarden Euro. ■

Wissenschaftlicher Ansprechpartner:

Dr. phil. Tilman Brand
E-Mail: brand@leibniz-bips.de

Originalpublikation:

Schepan ML, Sandner M, Conti G, Kliem S, Brand T. Maternal and child health following 2 home visiting interventions vs. control: Five-year follow-up of a randomized clinical trial. JAMA Pediatrics. 2025

Narkose geht auch klimafreundlich

Die Anästhesiologie des Uniklinikums Erlangen hat ein Strategiekonzept für mehr Nachhaltigkeit entwickelt.

Eine Kehrseite der medizinischen Maximalversorgung ist die Klimabilanz: Weltweit hinterlassen Kliniken bisher sehr große CO₂-Fußabdrücke. Vor allem Narkosegas sind ein Faktor, der in Krankenhäusern einen relevanten Anteil der Emissionen verursacht. Das möchte ein interprofessionel-

les Team der Anästhesiologischen Klinik (Direktor: Prof. Dr. Roland C. E. Francis) des Uniklinikums Erlangen ändern. 2024 entwickelte es ein Strategiekonzept für mehr Nachhaltigkeit, das seitdem sukzessive umgesetzt wird. „Unsere Klinik und damit das gesamte Uniklinikum verzichtet seit Monaten vollständig auf den Einsatz des klimaschädlichen Anästhetikums Desfluran. Auch alternative Narkosegase wie Sevofluran kommen nur noch bei begründeten Ausnahmen zur Anwendung“, erläutert Prof. Francis. „Stattdessen nutzen wir bei Vollnarkosen standardmäßig das intravenöse Propofol. Es bietet zusätzlich zu einem günstigen ökologischen Fußabdruck hohen Patientenkomfort.“ Weitere strategische Ansätze für mehr Klimaschutz in der Anästhesiologie sind eine Reduzierung des Energieverbrauchs sowie die Verringerung von Einweg-Abfällen. „Die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten steht für uns nach wie vor an oberster Stelle“, betont Dr. Christopher Schmitt, Oberarzt der Anästhesiologie. „Deshalb haben wir bei jedem einzelnen Schritt für mehr Nachhaltigkeit unsere Mitarbeitenden integriert und sie umfassend in den neuen Abläufen geschult. Unser Strategiekonzept

bezieht alle Berufsgruppen der Klinik gleichberechtigt ein.“

„Bei einer einstündigen Narkose mit Desfluran entstehen Emissionen, die einer Autofahrt von Erlangen nach Flensburg entsprechen“, verdeutlicht Dr. Schmitt die bisherige Umweltbelastung. „Allein die alternative Verwendung des Narkosegases Sevofluran reduziert die Schadstoffe signifikant, sodass diese lediglich jenen einer Autofahrt von Erlangen nach Nürnberg entsprechen.“ Hinzu komme, dass ohne den Einsatz von Desfluran künftig auch die Nutzung der zugehörigen energieintensiven Verdampfer entfällt. Und: „Wenn wir Sevofluran als Alternative verwenden, arbeiten wir mit definierten Einstellungen für einen reduzierten Frischgasfluss beim Rückatmungssystem. Das verringert die benötigte Menge an Narkosegas“, erläutert Dr. Axel Scholler, Oberarzt der Anästhesiologie. Denn auch Sevofluran hat in der Atmosphäre eine Lebensdauer von etwa 1,4 Jahren. Diese ist zwar deutlich kürzer als die von Desfluran (14,1 Jahre), trägt aber dennoch zum globalen Erwärmungseffekt bei.

Verzicht auf Narkosegase lässt Energieverbrauch sinken

Positiv komme hinzu, dass die eingeschränkte Nutzung von Narkosegasen den Energieverbrauch im OP massiv reduziere, weil weniger medizinische Druckluft benötigt werde, erklärt Dr. Scholler: „Jede einzelne eingesteckte Narkosegasabsaugung verbraucht sehr viel Energie, und das völlig unabhängig davon, ob das Narkosegerät überhaupt läuft.“ Deshalb setzt die Anästhesiologie des Uniklinikums Erlangen inhalative Anästhetika wie Sevofluran nur dann ein, wenn es Vorteile für die Patientin bzw. den Patienten oder für den operativen Eingriff bietet. „Die Total Intravenöse Anästhesie, kurz TIVA, mittels Propofol wird als Standardverfahren für die Narkose eingesetzt und die Narkosegasabsaugungen werden nur beim tatsächlichen Einsatz von Sevoflu-



Gemeinsames Engagement in der Anästhesiologie: Prof. Dr. Roland C. E. Francis (2. v. l.) mit dem interprofessionellen Team für mehr Nachhaltigkeit sowie den beiden federführenden Oberärzten Dr. Christopher Schmitt (4. v. l.) und Dr. Axel Scholler (r.). Foto: Michael Rabenstein/Uniklinikum Erlangen

ran eingesteckt“, so Dr. Scholler. „Neben den ökologischen Vorteilen bietet eine Narkose mittels TIVA für unsere Patientinnen und Patienten eine gute Verträglichkeit und ein angenehmes Aufwachen.“

Recycling und Müllvermeidung als nächste Schritte

Nach der erfolgreichen Reduzierung der klimaschädlichen Narkosegase geht das interprofessionelle Team des Uniklinikums Erlangen jetzt die nächsten Punkte seines Strategiekonzepts für mehr Nachhaltigkeit an: „Dazu gehört das Recycling von OP-Instrumenten wie den sogenannten Staplern, die beim Wundverschluss verwendet werden, und die systematische Müllvermeidung durch die Umstel-

lung von Einweg- auf Mehrwegartikel“, kündigt Sandra Bischoff an. Die OP-Pflegefachfrau engagiert sich ebenfalls im Nachhaltigkeits-team der Anästhesiologie. „Auch dafür arbeiten wieder alle beteiligten Berufsgruppen Hand in Hand, denn nur so können die neuen Prozesse nachhaltig implementiert werden.“ ■

Weitere Informationen:
Dr. Christopher Schmitt
Kontakt:
christopher.schmitt(at)uk-erlangen.de

STÄRKE DEIN HERZ!

Herzschwäche erkennen und behandeln

Bestellen Sie heute noch Ihr kostenfreies Exemplar!



Telefon: 069 955128-400
herzstiftung.de/bestellung



Gut fürs Herz.
Deutsche Herzstiftung



WIR BRAUCHEN IHRE SOLIDARITÄT!

Unterstützen Sie Ihre Kolleg*innen bei weltweiten Hilfseinsätzen mit einer Dauerspende und werden Sie so zur Partnerärzt*in von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Erfahren Sie mehr über unser Programm ÄRZTE FÜR ÄRZTE: www.msf.de/partner-aerzte

JETZT SPENDEN UND PARTNERÄRZT*IN WERDEN!



Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Träger des Friedensnobelpreises

Im Einsatz für ÄRZTE OHNE GRENZEN:
Basma al-Chajat, Anästhesistin aus dem Irak

MOSSUL/IRAK © Peter Bräunig

Nachruf auf Marie Manthey

*17. Juli 1935 – †12. Dezember 2024

Am 12. Dezember 2024 ist Marie Manthey in ihrer Heimatstadt Minneapolis verstorben. Mit ihrem Tod verliert die Welt eine herausragende Persönlichkeit, die wie kaum eine andere die Pflege und das Gesundheitswesen revolutioniert und geprägt hat. Sie hinterlässt ein Vermächtnis, das in den Herzen und in der Arbeit unzähliger Pflegefachkräfte auf der ganzen Welt weiterlebt. Marie Manthey wurde am 17. Juli 1935 in Chicago geboren. Schon früh zeichnete sich ihre Leidenschaft für die Pflege und ihr tiefes Verständnis für die Bedürfnisse von Menschen aus. Nach ihrer Pflegeausbildung am St. Elizabeth Hospital ging sie an die Universität von Minneapolis, um dort ihren Bachelor und Master in Pflegemanagement zu erwerben. Sie begann ihre Karriere in einer Zeit, in der die Pflege oft von starren Hierarchien und einem Mangel an individueller Patientenbetreuung geprägt war. Doch Marie sah das Potenzial, diese Strukturen grundlegend zu verändern. Als erste Krankenschwester der Vereinigten Staaten von Amerika machte sie sich selbstständig mit einem Pflegeberatungsbüro. Sie flog durch das ganze Land, um mit Führungskräften der Pflege zu arbeiten und entwickelte unzählige Konzepte, um die Patientenversorgung zur verbessern. Ihre bedeutendste Leistung war die Entwicklung und Verbreitung des Primary-Nursing-Modells, eines innovativen Konzepts, das die Pflege revolutionierte. Primary Nursing stellt die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient in den Mittelpunkt und überträgt einer Pflegekraft die primäre Verantwortung für einen bestimmten Patienten. Dieses Modell schaffte es, nicht nur die Qualität der Pflege zu verbessern, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte zu steigern. Durch diese enge, persönliche Betreuung wurden Vertrauen, Kontinuität und eine echte Menschlichkeit in der Pflege gefördert.

Marie legte Wert darauf zu betonen, dass nicht sie Primary Nursing erfunden habe, sondern ihr Pflegeteam, dass sie damals leitete. Das chirurgische Team war damals unzufrieden mit der Funktionspflege, und Marie ermöglichte es ihnen eigene Lösungen zu finden. „Alles was ich tat war, dem Team zu erlauben, andere Arbeitsformen auszuprobieren“ sollte Marie Manthey später sagen. Dennoch war diese Erlaubnis alles andere als leicht. In den 60iger Jahren war das Einhalten von

Regeln und Strukturen ein zentraler Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit und nicht das eigenständige

Treffen von Entscheidungen.

Eine von Mariens einzigartigen Ideen war die Einführung von Salons, inspiriert von den französischen Salons des 19. Jahrhunderts. Hier kamen Menschen zusammen in einer Art Wohnzimmer des Hauses, in dem geistreiche Gespräche geführt wurden. Einmal im Monat lud Marie alle, die Lust hatten über Pflege zu sprechen in ihr Wohnzimmer. So kam regelmäßig eine bunte Mischung von Menschen zusammen, wie Pflegefachkräfte, Studierende, Führungskräfte im Gesundheitswesen oder Ärzt*innen. Diese Tradition hielt sie ihr Leben lang bei und organisierte noch mit 89 Jahren einen Salon.

Der Ablauf war immer gleich. Marie öffnete das Buffet und jeder konnte sich aus der Küche bedienen und im Wohnzimmer beim Smalltalk verzehren. Wenn alle gegessen hatten fragte Marie „Was bewegt Dich, wenn Du an Pflege denkst?“ Reihum äußerten sich nun alle zu dieser Frage. Oft waren zwischen 20-30 Personen anwesend von denen einige auf dem Teppich saßen. So konnte diese Runde etwa eine Stunde dauern. Danach gab es Nachtisch. Und wieder bedienten sich alle aus dem Angebot, welches in der Küche aufgebaut war. Mit dem Nachtisch ging es in die nächste Runde. Jetzt wurde überlegt, auf welches der zuvor erwähnten Themen die gesamte Gruppe näher eingehen wollte. Zu diesem Thema konnte wieder jeder mitdiskutieren. Das konnte ein Buch sein, was jemand begeistert gelesen hatte, eine Erfahrung, die jemand im beruflichen Alltag gemacht hatte oder auch eine Frage, die jemand mitgebracht hatte. Nach einer weiteren Stunde des intensiven Austauschs löste sich die Gruppe auf. Ein paar halfen mit beim Aufräumen. Marie Manthey war nicht nur eine visionäre Denkerin, sondern auch eine unermüdliche Praktikerin und Verfechterin ihrer Ideen. Mit Leidenschaft und Beharrlichkeit arbeitete sie daran, das Primary-Nursing-Modell in Krankenhäusern und Pflege-



einrichtungen weltweit zu implementieren. Ihre bahnbrechende Publikation „The Practice of Primary Nursing“ inspirierte Generationen von Pflegekräften und gilt bis heute als Standardwerk. Doch Marie Manthey war weit mehr als nur eine Expertin für Pflege. Sie war eine Mentorin, eine Führungspersönlichkeit und eine Quelle der Inspiration für viele. Ihre Arbeit war stets von einem tiefen Mitgefühl und Respekt für die Menschen geprägt – sowohl für die Patienten, die sie betreute, als auch für die Pflegekräfte, die sie unterrichtete und führte. Sie war überzeugt, dass Pflege nicht nur eine Aufgabe, sondern eine Berufung ist, und sie erinnerte alle, die mit ihr arbeiteten, daran, dass echte Pflege eine Kunst ist, die Herz und Verstand gleichermaßen fordert. Ihr Wirken ging weit über das Pflegewesen hinaus. Marie setzte sich zeitlebens für soziale Gerechtigkeit und die Stärkung von Frauen in der Arbeitswelt ein. Sie ermutigte Pflegefachkräfte, ihre Stimme zu erheben und aktiv an Entscheidungsprozessen in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen teilzunehmen. Sie war eine unerschütterliche Verfechterin für die Wertschätzung und Anerkennung der Pflege als unverzichtbaren Bestandteil der Gesundheitsversorgung.

Ihre unvergleichliche Energie, ihr Charisma und ihre Entschlossenheit brachten ihr nicht nur Bewunderung, sondern auch zahlreiche Auszeichnungen ein. Unter anderem wurde sie in die American Academy of Nursing aufgenommen und erhielt zahlreiche Ehrendoktorwürden sowie Preise für ihre Verdienste im Gesundheitswesen. Doch trotz all dieser Ehrungen blieb Marie Manthey stets bescheiden. Sie betonte immer, dass ihr Erfolg den unzähligen Pflegekräften zu verdanken sei, die ihre Vision mitgetragen und in die Praxis umgesetzt haben.

Mit der Entwicklung des Changemanagement Konzepts Relationship-Based-Care (RBC) setzte sie neue Maßstäbe. Es handelt sich um ein interprofessionelles Training aller Mitarbeitenden einer Gesundheitseinrichtung und schloss Parkwächter und Verwaltungsmitarbeiter genauso ein, wie Chefärzte und Pflegefachkräfte.

Den Einrichtungen werden Programme angeboten, die sich auf sechs Dimensionen verteilen und Organisationen helfen, die Patientenversorgung durch verbessern, indem die Beziehung aller Mitarbeitenden untereinander in den Mittelpunkt gerückt wird. Der Change-Prozess beginnt mit dem Training der Führungskräfte. Danach können die Organisationen selbst entscheiden, mit welcher Dimension sie weiterarbeiten wollen. Dabei müssen nicht alle Dimensionen „bearbeitet“ werden,

denn viele Einrichtungen beginnen nicht bei Null, sondern haben zuvor bereits in Veränderungen investiert. Dabei geht es nicht um starren Aktionismus, sondern um gezielte Weiterentwicklung, die stets den Menschen im Fokus haben (siehe Grafik unten). In den letzten Jahren ihres Lebens widmete sie sich vermehrt der Reflexion und Weitergabe ihrer Erfahrungen. Sie veröffentlichte Artikel, hielt Vorträge und war eine gefragte Beraterin. Marie war bis zuletzt von einem unerschütterlichen Optimismus geprägt und glaubte fest daran, dass die Pflege auch in schwierigen Zeiten eine Kraft des Guten bleiben kann. Ihre Gespräche mit jungen Pflegekräften und ihre Bereitschaft, stets zuzuhören, machten sie zu einer vertrauenswürdigen und beliebten Ratgeberin.

Ihr Tod hinterlässt eine große Lücke, aber auch ein strahlendes Vermächtnis. Ihre Vision von einer menschlicheren und persönlicheren Pflege wird weiterleben. Pflegekräfte auf der ganzen Welt werden weiterhin von ihren Ideen profitieren, und ihre unermüdliche Arbeit wird noch lange nachwirken.

Marie lebte, wie kaum eine andere, die Konzepte die sie entwickelte. So war sie mir stets ein Vorbild in Bezug auf Verantwortung und Ehrlichkeit. Mariens Ehrlichkeit war erfrischend und einzigartig. Bei einem Besuch habe ich für Marie als Gastgeschenk eine edle Ledertasche mitgebracht. Nach dem Auspacken hielt sie einen Moment inne und sagte: „ich muss leider sagen, dass sie mir nicht gefällt. Du findest sicher jemanden der diese Tasche lieber haben möchte als ich.“ Das war Marie – direkt, aber niemals verletzend. Diese Offenheit machte sie zu einer unverwechselbaren Persönlichkeit. Aufgesetzte Höflichkeit habe ich bei ihr nie erlebt.

Marie Manthey hinterlässt viele Freunde, Kolleginnen und Kollegen, die sie zutiefst bewundern, sowie eine weltweite Gemeinschaft von Pflegekräften, die ihr zutiefst dankbar sind. Wir alle können von ihrem Beispiel lernen: von ihrem Mut, neue Wege zu gehen, ihrer unerschütterlichen Hingabe an die Pflege und ihrer tiefen Menschlichkeit. Marie Manthey wird uns fehlen, aber ihre Vision wird weiterleben – in jedem Krankenhaus, in jeder Pflegeeinrichtung, in jedem Herzen, das durch ihre Arbeit berührt wurde. Sie hat uns gelehrt, dass Pflege eine Kunst ist, die Menschen verbindet. Und dafür werden wir ihr immer dankbar sein. ■

Ein Beitrag von Prof. Dr. Renate Tewes

Medizin im „Streit der Fakultäten“ heute

Zum dreihundertsten Geburtstag von Immanuel Kant

Johann Behrens



Noch heute gehen wir in unseren roten Talaren der Medizinischen Fakultät (nachdem der Muff unter den Talaren nach 1968 etwas ausgelüftet worden war) bei Universitätsumzügen ganz an der Spitze – zusammen mit der theologischen und der juristischen Fakultät. Erst hinter uns folgen nach wie vor all die Fakultäten, die sich aus der einst niederen Fakultät, der philosophischen, mit ihren natur-, geistes- und sozialwissenschaftlichen Fächern entwickelten. Es gab noch lange nach Kant die Unterscheidung von menschlich empirischem und gottbegnadet theoretischem Wissen. Wie man in Kants ausgesprochen witziger Schrift „Über den Streit der Fakultäten“ (Kant 1995, S. 5-140) nachlesen kann, beruhten die höheren Fakultäten, die zu den Berufen des Priesters/Pfarrers, des Arztes und des Juristen führten, auf den Offenbarungen Gottes oder der von Gott eingesetzten weltlichen Herren, während die niedere Fakultät, die „philosophische“, auf menschlicher Empirie, Indizienbeweisen (englisch: „Evidence“) und Räsonnement basierte. Privilegierten Zugang zum göttlichen Wissen vermittelten theologische Priesterweihen, die Erkenntniszugänge der Priester und später etwas eingeschränkt der Pfarrer waren definitiv von denen der Laien unterschied-

den. Privilegierten Zugang zum göttlich begnadeten Wissen des Landesherrn vermittelte die Berufung durch ihn in die juristische Fakultät oder ins Richteramt. Für die theologische und die juristische Fakultät galt, Du glaubst, was Dein Chef sagt (wie man „cuius regio, eius religio“ nicht allzu frei übersetzen könnte). Kant bemüht sich, die niedere Fakultät möglichst frei von Ansprüchen der höheren Fakultäten zu halten. In der niederen philosophischen Fakultät sollte allein menschliche Vernunft gelten. Akademische Weihen sollten keine Priesterweihen sein. Das sah Kant wie damals jedermann ganz deutlich: „Daher schöpft der biblische Theolog (als zur obern Facultät gehörig) seine Lehren nicht aus der Vernunft, sondern aus der Bibel, der Rechtslehrer nicht aus dem Naturrecht, sondern aus dem Landrecht, der Arzneigelehrte seine ins Publicum gehende Heilmethode nicht aus der Physik des menschlichen Körpers, sondern aus der Medicinalordnung....“

Daher müssen die oberen Facultäten am meisten darauf bedacht sein, sich mit der unteren ja nicht in Mißheirat einzulassen, sondern sie fein weit von sich abzuhalten, damit das Ansehen ihrer Statute nicht durch die freien Vernünfteilen der letzteren Abbruch leide.“ Kant 1995, S. 27f, Randnote 23



Um diese Autonomie der niederen philosophischen Fakultät zu erhalten, ist Kant zu weitgehenden Kompromissen bereit, um Überschneidungen zu regeln. Eine offensichtliche Überschneidung ist, dass die offenbarten Heiligen Schriften und Gesetzesbücher eben auch Texte sind. Und als Texte sind sie für philologisch-historische, also für logisch-menschliche Auslegung geeignet, wie sie neben den empirischen Naturwissenschaften die niedere Fakultät

betreibt. Kants Abgrenzungskompromiss ist, dass Pfarrer und Juristen, die sich bei der Textinterpretation menschlicher Philologie bedienen, ihre philologischen Interpretationen keinesfalls von der Kanzel oder im Gerichtssaal vortragen. Von der Kanzel und im Gerichtssaal soll Wissen tendenziell nur als göttlich oder durch die von Gott begnadete Obrigkeit offenbartes Wissen verkündet werden. Nur so ist zu vermeiden, dass die niedere Fakultät mit den höheren Fakultäten in Konflikt gerät und darüber einen Eingriff der Obrigkeit in ihre Autonomie provoziert. Am schwersten fällt Kant diese Abgrenzung bei der Medizin. Denn die Medizin gehörte traditionell zu den höheren Fakultäten. Gleichzeitig beruhen aber ihre Methoden zum erheblichen Teil auf empirischer Naturbeobachtung der niedrigen philosophischen Fakultät und nicht nur auf obrigkeitlicher Offenbarung der „Medicinalordnung“. Hier sucht Kant einen Formelkompromiss. Er behauptet, die von Gott begnadete Obrigkeit habe nur ein Interesse an der ‚medizinischen Polizey‘. Details, mit der sich die empirische Naturbeobachtung der philosophischen Fakultät befasste, kümmerten die Obrigkeit angeblich gar nicht (Kant 1995, Viertes Abschnitt, S. 39-43, warnend die Fußnote S. 42, und viele weitere Stellen in der gesamten Schrift).

Inzwischen hat sich die Medizin längst stolz auf die „Mißheirat eingelassen“, hat sich einiger ihrer obrigkeitlich offenbarten Wissensanteile entledigt und fühlt sich im Bett der empirisch forschenden, an evidenten Beweisen orientierten, niederen Fakultät durchaus richtig aufgehoben. Forschende Ärztinnen und Ärzte erwerben in den angelsächsischen Ländern den Ph.D., den philosophischen Doktor, der alte M.D. bezeichnet fast nur noch ein beruflich nötiges Wissen und eher geringe anspruchsvolle empirische Forschung. Man kann auch sagen, die niedere Fakultät ist aufgestiegen (nur noch nicht in der Reihenfolge der Fakultäten bei Universitätsumzügen).

Aber dadurch wirft die Medizinische Fakultät die Frage auf, ist sie überhaupt noch eine eigenständige Fakultät – oder vielmehr eine Anwendung der naturwissenschaftlichen Fächer Biologie und Physik sowie der geistes- und sozialwissenschaftlichen Fächer Soziologie, Psychologie, Mathematik, Ethik usw.? Selbst in der Max-Planck-Gesellschaft wurde

hier und da nicht nur in den Sitzungspausen erörtert, was Ärztinnen und Ärzte eigentlich mehr zur Grundlagenforschung befähige als alle ihre natur- und sozialwissenschaftlichen Kolleginnen und Kollegen. Meiner Ansicht nach hat die Medizinische Fakultät (bzw. um der Gesamtheit der therapeutischen, ärztlichen und pflegerischen Professionen gerecht zu werden, die „Faculty for Health Sciences“) einen spezifischen Gegenstand, den die Natur- und Sozialwissenschaften nicht haben und in dem sie Grundlagenforschung betreibt: Ihr Gegenstand ist die zukunftsunsichere, aber vernünftigt zu begründende, innovative Krisenentscheidung im jeweils individuellen Fall gemeinsam mit einer einzigartigen natürlichen oder juristischen Person – unter Handlungsdruck und Begründungszwang. Dabei spiegelt der Handlungsdruck und der Begründungszwang der therapeutischen, pflegerischen oder ärztlichen Profession nur den Handlungsdruck und den Begründungszwang, den das tatsächlich entscheidende Individuum gegenüber sich selbst, seinen Nächsten (Partnern, Kindern, Enkeln, Arbeitskollegen, Freunden usw.) zu leisten hat und ihn nicht selten dazu veranlasst, eine angeratene Behandlung abzulehnen und auf sie zu verzichten. Die letzte Entscheidung liegt in der evidenzbasierten professionellen Praxis immer allein bei der Person des Patienten, nie bei der Profession (vgl. Behrens 2019). Kein Biologe, kein Chemiker hat dieses Handlungsproblem, einem Individuum – auch einem einzelnen Tier oder sogar einer einzelnen Pflanze (siehe schon vor 150 bzw. knapp 100 Jahren die Begründer der chemisch-biologischen Umwelt-Systemtheorie Pierce 2009 und Uexküll 1973) – eine Entscheidung zu empfehlen, die dieses einzelne Tier oder auch die Pflanze für sich selbst im Aufbau ihrer „internen Evidence“ treffen kann und zu treffen hat – bevor das einzelne Tier dann die Biologen oder Chemiker mit der Ausführung ihrer Entscheidung beauftragt.

Hier ist zweifellos handlungswissenschaftliche Grundlagenforschung zum Aufbau „interner Evidence“ (in der englischen Bedeutung von Indizienbeweis, siehe Ginzburg 1983)- unter Nutzung aller „externen Evidence“ aus Häufigkeitsstudien – nötig. Diese herausfordernde Praxis als „Kunst“ statt als Handlungswissenschaft zu bezeichnen, wie das Gross und Löffler (1997, S. 8) andeuten, würde diese Praxis als „vernünftige Praxis“ undiskutierbar, unkritisierbar und



tendenziell unerforschbar machen (Behrens 2019, Behrens und Langer 2004, Carnap 1966, Raspe 2015). Wegen dieses grundlegenden Handlungsproblems ist die „Faculty for Health Sciences“ eine eigenständige Fakultät, die sich von all den natur- und sozialwissenschaftlichen Fächern deutlich unterscheidet, die dieses Handlungsproblem nicht haben. Sie bedient sich zur Lösung ihres Handlungsproblems der externen „Evidence“ aller Studien (meist Häufigkeitsverteilungen) aller Fächer, mit denen sie in einem Bett liegt, aber hilft zusätzlich der individuellen Person dabei, ihre „interne Evidence“ aufzubauen, die aus keiner externen Evidence allein abzuleiten ist.

Kümmerte die Faculty for Health Sciences sich nicht um dieses grundlegende Problem, wäre es in der Tat unverständlich, warum ihre Professorinnen und Professoren nicht nach ihrer persönlichen Eignung und Neigung auf die natur- und sozialwissenschaftlichen Fächer verteilt würden, die aus der alten niederen philosophischen Fakultät entstanden.



Mit ihrer Forschung zu ihrem spezifischen Handlungsproblem leistet die Faculty for Health Sciences auch hilfreiche Beiträge für jene Absolventinnen und Absolventen der ziemlich kontemplativen Natur- und

Sozialwissenschaften, die sich dafür entscheiden, beruflich in die Beratung höchst individueller natürlicher oder juristischer Personen zu wechseln. Da hat die Faculty for Health Sciences eine lange Erfahrung beizusteuern.

Die traditionsreiche Vereinigung deutscher Wissenschaftler sieht die Verantwortung der Wissenschaft (VdW) auch und gerade darin, in jeder Beratung nie aus der „externen Evidence“ von Häufigkeitsstudien auf den Einzelfall der beratenen natürlichen oder juristischen Person zu schließen: Immer setzt eine Beratung voraus, dass die beratene natürliche oder juristische Person ihre eigene „interne Evidence“ ihrer persönlichen Ziele, ihrer Wahrnehmungen und ihrer Ressourcen aufbaut, aus der heraus sich erst ihre persönlichen Fragen an die Professionen der Wissenschaft entwickeln. Dabei kann ihr „externe Evidence“ manche Anregung geben. ■



Prof. Dr. phil. Johann Behrens
Medizinische Fakultät der
Universität Halle-Wittenberg

Kontakt:
johann.behrens@medizin.uni-halle.de

Der Verfasser dankt dem Direktor a.D. des Max-Planck-Institutes für Meteorologie Hamburg, dem Vorsitzenden a.D. der Vereinigung deutscher Wissenschaftler und jetzigem Beiratsvorsitzenden Hartmut Graßl für klärende Rückfragen ganz in seinem Sinne.

Der Verfasser dankt Hermann Löffler für 43 Jahre Dr. med. Mabuse, den Gründungsmitgliedern von Dr. med. Mabuse aus der Frankfurter Fachschaft Medizin, insbesondere Luise Heymann und Matthias Elzer, er dankt Hilde Steppe und der Pflegeredaktion, ohne deren Erweiterung es Dr. med. Mabuse womöglich gar nicht mehr gäbe, und er dankt Andreas Lauterbach für die Fortführung von Dr. med. Mabuse – mit allen guten Wünschen.

Literatur

- Behrens J 2019, Theorie der Pflege und der Therapie, Bern, Göttingen, Oxford: Hogrefe
- Behrens J & Langer G 2004, Evidence based Nursing, Bern: Huber
- Carnap R 1966, An introduction to the philosophy of science, New York: Basis Books
- Ginzburg C 1983, Spurensicherung, Berlin: Wagenbach
- Gross R & Löffler M 1997, Prinzipien der Medizin. Eine Übersicht ihrer Grundlagen und Methoden, Berlin Heidelberg: Springer
- Kant I 1995, Der Streit der Fakultäten, Werke Band 6, Köln: Könenmann
- Pierce C S 2009, The Logic of Interdisciplinarity, Berlin: Akademie-Verlag
- Raspe H 2015, „Der Nächste bitte“ – Anmerkungen zur Indikationsstellung in der klinischen Medizin. Z Evid Fortbild Qual Gesundwes 109 (1) 46-50
- Uexküll J v 1973, Theoretische Biologie, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Die historischen Wurzeln der Gesundheitsberufe: Wie war es früher und was können wir aus der Vergangenheit lernen?



Jetzt Code scannen & kostenlos Probe lesen!

Die **Geschichte der Gesundheitsberufe** legt mithilfe von Originalquellen die historischen Wurzeln der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen dar. Vor diesem Hintergrund können die spezifischen Entwicklungen der Berufsbilder und des beruflichen Handelns analysiert und reflektiert werden. Anhand von spezifischen Themen führen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der einzelnen Professionen zu einem gemeinsamen zeitgeschichtlichen Dialog, der für die heutige Verständigung der Berufe untereinander eine wesentliche Grundlage ist. Portraits, Biographien und Archivmaterialien ergänzen den wissenschaftlichen Fachteil.



Ausgrenzung, Stigmatisierung & Vorurteilen begegnen

Psychiatrische Versorgung und Forensik anders/neu denken

Hilde Schädle-Deining

In den Veröffentlichungen und Diskussionen der letzten Wochen werden die schrecklichen Geschehnisse von Magdeburg und Aschaffenburg einseitig aufgegriffen und viele damit verbundene Aspekte auf unterschiedlichen Ebenen vermischt und polarisiert. Verschiedene Wissenschaftler betonen, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung als psychisch krank diagnostiziert wird und somit aufgrund der Forderung von Carsten Linnemann registriert werden müssten und fragen, ob das wirklich gewollt ist. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, dass eine Diskussion über Ausgrenzung in unterschiedlichen Zusammenhängen beleuchtet, bearbeitet und konstruktive Lösungen angestoßen werden.

Einleitung

Ein Aspekt der erschreckenden Debatten ist die Forderung nach der Registrierung psychisch erkrankter Menschen. Vor diesem Hintergrund ist die Abgrenzung von psychiatrisch-psychosozialer Versorgungspsychiatrie und Maßregelvollzug dringend auf allen Ebenen erforderlich und in die Wege zu leiten. Es geht nicht darum weiter zu diskriminieren, sondern zu differenzieren und zielgerichtete praktikable Lösungen im Sinne der betroffenen Klientel, der beruflich hel-

fenden Berufe und des gesellschaftlichen Zusammenlebens zeitnah zu entwickeln und umzusetzen. Fragen, die sich beim Befassen mit der Thematik ergeben, sind z. B.:

- Inwieweit hat die Psychiatrie-Reform zu der Verkettung beigetragen, beispielsweise durch veränderte Behandlungskonzepte (ambulant vor stationär), und somit die Reduktion von längerfristiger stationärer Versorgung? Aufgrund dieser Entwicklung entstanden Ende der 1970er und in den 1980er Jahren leerstehende Gebäude auf den Geländen der Psychiatrischen (Landes-)Krankenhäuser, die einer Nutzung oder einem anderen Zweck zugeführt werden mussten bzw. wurden, hat das dazu geführt, dass auf den Geländen der Psychiatrie Betten für forensische Patienten geschaffen wurden?
- Inwieweit führt Polarisierung zu Schwarz-Weiß-Denken? Wie können „Grautöne“ wieder mehr in den Blick rücken und zudem wieder mehr Platz für Differenzierung von Problemen geschaffen werden?
- Gibt es in einer offenen Gesellschaft „vermeintliche Gewissheiten“ oder geht es vielmehr darum

Vielfalt zu fördern, zu bewahren und eine Kultur des Miteinanders und der Inklusion weiter zu entwickeln sowie zu festigen?

Kurzer Rückblick

In einem Jahr (2025), in dem sich markante Daten jähren, könnte sich zeigen, was wir mit der Geschichte lernen und welche Lehren wir daraus aktiv zum Lösen der aufgetretenen Probleme ziehen, z. B.

- wurde vor 80 Jahren am 27.01.1945 das Konzentrationslager Auschwitz befreit und am 08.05.1945 endete der Zweite Weltkrieg und die Nazi-Herrschaft
- wurde vor 75 Jahren am 28.01.1950 der VdK als Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentnern Deutschlands gegründet (1994 umbenannt in Sozialverband VdK Deutschland)
- wurde vor 50 Jahren im September 1975 die Psychiatrie-Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fertig gestellt
- wurde vor 5 Jahren die erste Covid-Infektion in Deutschland festgestellt (16.05.2020)

Einige Anhaltspunkte

In Auschwitz-Birkenau sind mehr als 1 Million Menschen ermordet worden. In deutschen Konzentrationslagern kamen mehr als 300 000 psychisch erkrankte und behinderte Menschen gewaltsam ums Leben (1933 bis 1945 wurden ca. 400 000 psychisch kranke und behinderte Menschen, die als „erbkrank“ galten, zwangssterilisiert).

Erst nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten am 24.11.1933 wurde der Maßregelvollzug mit der Strafrechtsreform und dem „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“, eingeführt

(„Gewohnheitsverbrechergesetz“). Verbunden wurden die Maßregeln der Sicherung und Besserung mit aufgehobener oder verminderter Schuldfähigkeit. Dieses Gesetz galt in der DDR bis 1968 und in der BRD bis 1975.

Im Grunde genommen hat der VdK mit seiner Gründung die erste Aktion „Hilfe zur Selbsthilfe“ in die Wege geleitet. Er war bei seiner Gründung von solidarischem Handeln geprägt. Dazu geführt hat, dass es unzählige Waisen und Witwen gab und dass viele Menschen alles verloren hatten. Zudem sind zahlreiche Soldaten mit seelischen und körperlichen Schäden aus dem Zweiten Weltkrieg zurückgekommen. In Selbsthilfegruppen schlossen sie sich zusammen, um ihre Rechte und Interessen besser einfordern zu können. So entstanden die ersten VdK Orts-, Kreis- und Landesverbände.

Die Beteiligten wollten auf diese Weise ihre Kräfte bündeln, um die Interessen der Kriegsbeschädigten, Witwen und Waisen gegenüber Verwaltungen besser vertreten zu können. Der VdK hat somit als eine der ersten Organisationen den Selbsthilfe-Gedanken als Ausdruck solidarischen Handelns geprägt. Für viele wird der Sozialverband VdK zum Sinnbild für solidarisches Miteinander. Der heutige Sozialverband VdK Deutschland e. V. hat mehr als 2,3 Millionen Mitglieder.

Die Psychiatrie-Enquête stellte vor 50 Jahren die „Menschenunwürdige Zustände“ in psychiatrischen Anstalten fest und hat diese dem Bundestag vorgelegt.

Am Ende der Präambel der Enquête ist zu lesen „Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft die Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.“ Die Kernforderungen

der Enquête waren eine bedarfsgerechte und gemeindenahe Versorgung sowie die Gleichstellung von seelisch und körperlich Kranken. Dies war auch die Grundlage für ein Modellprogramm, das der Bund finanzierte. Die Ergebnisse aus den Modellregionen führte 1988 zu den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“. Viele, auch nachhaltige Veränderungen, wurden angestoßen und umgesetzt. Viele Anregungen aus der Enquête sind dennoch auch jetzt noch mehr auszubauen und in den heutigen Konzepten umzusetzen, z. B. die Forderung nach einer umfassenden Versorgung psychisch Erkrankter.

Bereits um 1970 wurde die Einrichtung eines Bundeszentralregisters für psychisch erkrankte Menschen gefordert, was durch Proteste verhindert werden konnte.



Die Rodewischer Thesen in der DDR waren schon zwölf Jahre vor der Enquête verfasst worden.

Was hat die Covid-Pandemie uns „gelehrt“?

Sie hat deutlich gemacht, dass das Gesundheitssystem nicht ausreichend darauf vorbereitet war und dass Reformbedarf hinsichtlich der Krankenhausstrukturen und der Finanzierung besteht. Es wurde deutlich, dass strukturelle Verän-

derungen notwendig sind und die Ressourcen des Systems gebündelt werden müssen.

In diesem Zusammenhang muss auch Gesundheit und Soziales als staatliche und kommunale Aufgabe wieder grundsätzlich ins Zentrum rücken und zudem wie finanzielle Ressourcen in diesem Kontext verteilt werden (müssen).

Konsequenz wäre beispielsweise auch, dass eine personelle und materielle Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erfolgt und dass eine bessere Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ÖGD, Forschung (Hochschulen) und Versorgungseinrichtungen angestoßen wird. Das bedeutet, dass künftig Präventionsmaßnahmen gezielter eingesetzt, gesundheitsfördernde Ansätze und Konzepte weiterentwickelt und ausgebaut werden müssen.

Grundlegendes

Psychiatrie (auch Seelenheilkunde genannt) befasst sich als eigenständige medizinische Fachdisziplin mit der Diagnostik, Behandlung und Prävention psychischer Krisen, Störungen und Erkrankungen. Die psychiatrisch-psychosoziale Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, vor allem von längerfristig erkrankten, muss sich an den Bedürfnissen der einzelnen betroffenen Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen/Umfeld orientieren. Die Versorgungsangebote müssen den vielfältigen Bedürfnissen der einzelnen Person Rechnung tragen und eine große Flexibilität mit zahlreichen anpassungsfähigen Unterstützungsmöglichkeiten aufweisen. Von daher sind eine umfassende Versorgung, zeitnahe umfängliche präventive Ansätze auf allen Ebenen, sei es stationär, ambulant, komplementär/Umfeld-bezogen, zentral für eine umfassende Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Der **Maßregelvollzug** ist die freiheitsentziehende Unterbringung von psychisch kranken oder suchterkrankten Straftätern nach den deutschen Strafgesetzen (Strafgesetzbuch - StGB). Die „Zweispurigkeit“ des Strafrechts (Strafvollzug und Maßregelvollzug) bedeutet, dass die Rechtsfolge einer Tat eine Strafe oder eine Maßregel der Besserung und Sicherung derzeit in der Forensik oder forensischen Psychiatrie angesiedelt ist. Maßregeln beruhen auf der Annahme einer ursächlichen Verknüpfung von Gefährlichkeit und psychischer Krankheit und damit auf einer Annahme, die in der Realität und Praxis nicht zusammenpasst und dringend differenziert werden muss. Schon die Sprache zeigt den Unterschied, nämlich dass „eine Maßregel angeordnet, während die Strafe verhängt wird“.

Ausgrenzung (Ausschluss, lat. exclusio = Exklusion), es gibt viele Gründe, dass Menschen von anderen Menschen ausgegrenzt (exkludiert) werden. Häufig fühlen sich Menschen, die andere ausgrenzen, stark oder sie misstrauen Menschen, die anders sind als sie selbst, zudem kann es auch damit etwas zu tun haben, dass man mit anderen Menschen nichts teilen möchte, usw.

Stigmatisierung (Stigma: griechisch στίγμα für Stich, Wundmal) ist eine Verallgemeinerung und bezeichnet ein unerwünschtes Anders-Sein. Stigmatisierung kann einzelne Personen oder auch Personengruppen betreffen, die bestimmte Merkmale aufweisen. Viele Gründe führen dazu stigmatisiert zu werden, beispielsweise Behinderung, Armut, Erkrankungen (psychische aber auch körperliche wie HIV), einer bestimmten Volksgruppe oder Religion zugehörig sein oder auch sexuelle Orientierung.

Vorurteile (juristisch-philosophisch auch: Vorverständnis, negativ: Stereotype oder auch Klischees), im Allgemeinen können Vorurteile positiv und negativ sein. Im Alltag wird der Begriff in der Regel negativ benutzt im Sinne nicht objektiver, häufig von feindseligen Gefühlen bestimmten Meinungen, die Voraus-eilend über eine Person gebildet werden, ohne Tatsachen zu kennen und zu überprüfen. Dies führt zur Beeinflussung des Verhaltens und können dazu führen, dass die einzelne Person schlechter behandelt (diskriminiert) wird.

Ausgangspunkt

Dass Dinge einem Menschen fremd sind, zeigt sich auf vielen Ebenen und kann verbunden werden mit Worten wie anders-artig (anders geartet), ungewöhnlich (ungewohnt), unbekannt (unvertraut, neu), exotisch, ausländisch (fremdländisch, auswärtig, nicht von hier, aus der Fremde), usw.

Alles was uns unbekannt ist oder was uns anders erscheint, ist uns fremd und bedeutet mit Menschen oder Gegenständen in Berührung zu kommen, die man bisher nicht oder kaum kannte. Wichtig erscheint, sich in diesem Kontext vor Augen zu führen, dass ein kritisches Bewusstsein für unbewusste und bewusste Vorannahmen oder Vereinnahmungen und Ausgrenzungen des Fremden, nicht nur den Alltag, sondern auch die Auseinandersetzung prägen. Wenn der Diskurs über Missstände fehlt, entstehen Verunsicherung und Enttäuschung und dies führt dazu einen „Sündenbock“ zu suchen.

Kann es sein, dass das Fremde schon allein dadurch bedrohlich erscheint, weil es uns in unserer Wahrnehmung verunsichert, uns unsere eigenen Deutungsmuster lückenhaft erscheinen lässt bzw. in Frage stellt?

Nimmt sich gerade der Rechtspopulismus nicht grundsätzlich der in dieser Gesellschaft bestehenden Ängste und Deutungslücken an und versucht mit einfachen Lösungen die Komplexität zu ignorieren?



Das Fremde in sich selbst kennen viele Menschen: Manchmal in Situationen „neben sich zu stehen“ oder „sich fehl am Platze fühlen“. Bei psychisch erkrankten Menschen ist dieses Gefühl verstärkt, sie fühlen sich verloren, fremd und zweifeln an der Wirklichkeit oder nehmen auch die Umwelt wie durch einen „Schleier“ wahr (Depersonalisation). „Psychisch am Ende sein“ kann jeden treffen.

Die multifaktorielle Bedingtheit psychischer Erkrankungen bestreitet heute keine wissenschaftliche (Fach-)Richtung mehr, nur die Gewichtung der einzelnen Aspekte wie Genetik, Umfeldfaktoren, aktuelle Ereignisse, psychosoziale Entwicklung usw. ist verschieden. Es herrscht im allgemeinen Einigkeit darüber, dass mehrere Faktoren zusammentreffen müssen, bevor sich eine psychische Erkrankung bei einem Menschen entwickelt.

„Die Zahlen psychisch erkrankter Menschen sind in den vergangenen Jahrzehnten auf einem

stabilen Niveau geblieben, gleichzeitig auch die damit verbundenen Straftaten. So sind 1-2 % der deutschen Bevölkerung schwer psychisch erkrankt. Betrachtet man die Gefährdung, die von diesen Personen ausgeht, lässt sich zunächst einmal festhalten, dass im Jahr 2019 das allgemeine Risiko in Deutschland, durch ein Gewaltverbrechen zu sterben, etwa eins zu 160.000 betrug. Im Vergleich dazu ist das Risiko, durch die Gewalttat eines psychisch kranken Menschen zu sterben, mit etwa eins zu eineinhalb Millionen deutlich geringer und somit eher unbedeutend (Pressemitteilung der DGSP vom 16.01.2025).

Ein zentraler Ansatz zur Differenzierung

Dafür, dass Psychiatrie und Maßregelvollzug getrennt betrachtet werden müssen, wird seit Längerem plädiert. Auch die Diskussion, dass eine Straftat zuerst als rechtswidriges Handeln betrachtet wird, die Umstände und Hintergründe erst in einem zweiten Schritt einfließen.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) fordert in ihrem Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln u. a., dass die §§ 63 (psychisch erkrankt) und 64 (Sucht-erkrankt) StGB aus dem Strafgesetzbuch gestrichen werden und dass wenn eine Freiheitsstrafe ausgesprochen wird, diese für alle befristet ist und spätestens am letzten Tag der Strafdauer eine Entlassung aus dem Strafvollzug erfolgt. Damit ist für die Sicherung der zu einem Freiheitsentzug verurteilten Personen, d. h. für den Schutz allein der Staat und somit die Justizverwaltung zuständig. Für die soziale und gesundheitliche Versorgung aller (bisher Maßregelvollzug und Strafvollzug) zum Freiheitsentzug verurteilter Personen werden die vorhandenen Dienste und Organisation vor Ort/in der Region beauftragt, um die eingeschlossenen Personen zu versorgen.

Das bedeutet, dass soweit die Tatbestände erfüllt sind, alle Täter zu einer Strafe verurteilt werden und Gesichtspunkte wie Gefährlichkeit und Besserungsbedarf keine Rolle mehr spielen und damit auch die §§ 20 (vermindert schuldfähig) und 21 (schuldunfähig) gestrichen werden. Die Möglichkeit der Anordnung einer Sicherheitsverwahrung bei anhaltend hochgradig gefährlich eingeschätzter Personen bleibt erhalten.

Weitere Forderungen der Transformation sind beispielsweise:

- Die Gesundheitsversorgung, der sich im Freiheitsentzug befindenden Personen, wird von den Ärzten und Diensten am Ort wahrgenommen
 - Künftig ist allein der hoheitlich tätige Staat für die Sicherung der Verurteilten und den Schutz der Allgemeinheit zuständig, die Psychiatrie wird von hoheitlichen Aufgaben und Schutzpflichten entbunden
 - Einrichtungen des Maßregelvollzugs können als Übergang zu solchen des Strafvollzugs werden
 - Die bisher im Maßregelvollzug Beschäftigten können in den Justizvollzugsdienst wechseln oder Mitarbeitende in den Gesundheits- und Sozialdiensten am Ort des Vollzugs werden
 - Alle im Freiheitsentzug befindlichen Personen werden in die Sozialversicherungen aufgenommen
- Transformation der Maßregel:
<https://www.dgsp-ev.de>

Erst wenn diese Trennung und der grundlegende Wandel vollzogen ist, wird eine andere Verständnis-Grundlage für psychische Krisen und Erkrankungen entstehen, ohne die nicht gerechtfertigte Vermischung mit vermehrter Gewalt bei psychisch erkrankten Menschen.

Aggressionen sind ein menschliches Phänomen, deren Zuspitzung rechtzeitig erkannt und denen mit entsprechenden Konzepten begegnet werden muss. Das gilt für den gesamten gesellschaftlichen Kontext.



Festzuhalten ist im Hinblick auf psychisch erkrankt sein ...

Die Zusammenarbeit psychiatrischer Expert*innen mit den Medien und der Öffentlichkeit gehört zeitnah zu den vordringlichsten Aufgaben, um differenziert und sensibel mit der Thematik umzugehen und ethische Grundlagen nicht zu vernachlässigen.

Mitarbeiter*innen in allen Bereichen der psychiatrisch-psycho-sozialen Versorgung ist mehr Mut zu wünschen, die Bedingungen unter denen sie arbeiten in Frage

zu stellen und für Veränderungen zu kämpfen und ggf. auch darauf in der Öffentlichkeit aufmerksam zu machen.

Psychische Erkrankungen sind kein Sicherheitsproblem, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, da psychisch erkrankte Menschen gezielte und umfassende Hilfen in unterschiedlichen Bereichen des täglichen Lebens benötigen. Psychisch erkrankte Menschen brauchen eine solidarische Haltung, da jede Person in der Bevölkerung in psychische Krisen geraten und erkranken kann.

Prävention auf allen Ebenen der psychiatrisch-psycho-sozialen Versorgung gehört eng zusammen mit Aufklärung und Früherkennung von psychischen Veränderungen und gezielte, breit gefächerte Hilfs- und zeitnahe Therapie- bzw. Unterstützungsangeboten. In diesem Kontext sind langfristige Begleitungen und Behandlungen bei entsprechendem Bedarf mitzudenken und zu finanzieren.

Krisen- und Notfallversorgung müssen in den unterschiedlichen Stellen und Einrichtungen im psychiatrischen Hilfsangebot ausgebaut werden, vor allem aufsuchende Hilfen, auch im Krisenfall.

Die Politik ist aufgefordert einen Aktionsplan zur seelischen Gesundheit (bestmögliches Wohl-

befinden) zu entwickeln und Maßnahmen für psychische Krisen umfassend mit einzubinden. Dazu sind auch Investitionen in die Forschung notwendig, um nachhaltige Vorgehensweisen und Lösungen zu entwickeln. In diese Entwicklungen sind Psychiatrie-Erfahrene, An- und Zugehörige im Sinne von Peer-Support und Partizipation mit zu beteiligen.

Wenn davon ausgegangen wird, dass knapp 90 % der Migranten durch Flucht traumatisiert sind, davon ungefähr 30 % eine psychische Auffälligkeit aufweisen und derzeit keine Chance haben zeitnah einen Therapieplatz zu bekommen, lassen sich einige der angeführten Argumente auch auf diese Situation mit ihren gravierenden Problemen übertragen.

Eine einseitige Debatte hilft nicht weiter, es gilt zeitnah gezielt differenziert und umfassende Hilfesysteme zu entwickeln! ■



Hilde Schädle-Deininger

Sie ist Psychiatrische Pflegeexpertin, Fachautorin und Pflegewissenschaftlerin. Sie war in verschiedenen Bereichen der psychosozialen Versorgung und in der Lehre tätig.

Literatur

- Brückner, B.: (2023). Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: utb.
- Deutscher Bundestag (1975). 7. Wahlperiode, Bundesdrucksache 7/4200: Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – (Psychiatrie-Enquete_WEB.pdf dgppn.de)
- Hammer, M.; Plöbl, I.: (2015). Irre verständlich – Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag
- Trost, A.; Rogge, S.; Schoppmann, S.: (2024). Menschen im Maßregelvollzug begleiten. PraxisWissen. Köln: Psychiatrie Verlag
- ZfP Südwürttemberg. (2018). Forensik Fibel - ABC des Maßregelvollzugs - Informationsbroschüre und alphabetisches Nachschlagewerk. (forensikfibel-auflage4-juni2018-web.pdf zfp-web.de)

2. PFLEGERISCHER ETHIK-KONGRESS IN DEUTSCHLAND



Für die Teilnahme
an unserem Kongress
erhalten Sie
10 Fortbildungspunkte.



FREIHEIT, DIE ICH MEINE AUTONOMIE UND VERANTWORTUNG IN DER PFLEGE

Tauchen Sie ein in die ethischen Herausforderungen der Pflege und diskutieren Sie mit renommierten Expert:innen über Autonomie, Verantwortung und Ethik in der modernen Pflegepraxis.

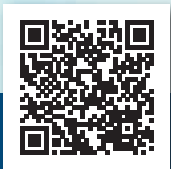
Erleben Sie inspirierende Vorträge, praxisnahe Fallbeispiele und bereichernde Diskussionen – begleitet von einem attraktiven Rahmenprogramm inklusive Abendveranstaltung.

An unseren Kongresstagen erwarten Sie Beiträge von u. a.:

Alexander Schweitzer
Ministerpräsident des
Landes Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Erwin Dirscherl
Markus Groß-Heister
Thorsten Müller

Jan Schabbeck
Prof. Dr. Nicole Seiler
**Stiftung
HUMOR HILFT HEILEN**



05.–06. JUNI 2025 SPEYER



Anmeldung unter: www.franziskus-stiftung-pflege.de



„Ich kann nicht den ganzen Tag zu Hause rumhängen...“

Im Mönnerschuppen können ältere Jahrgänge ihren Hobbys frönen und dabei etwas für ihre Gesundheit tun

Joachim Göres

Nistkästen bauen, im Erste-Hilfe-Kurs Wundverbände anlegen und Reanimation üben, gemeinsam kochen und über Gott und die Welt reden

Helmut Wohlers erzählt, mit was sich die sechs Männer so beschäftigen, die sich jeden Donnerstag in Bremerhaven treffen. Wie Wohlers sind sie alle Rentner, die meisten haben ein Faible für handwerkliche Arbeiten. Dafür steht ihnen ein Raum eines Seniorenzentrums im Stadtteil Lehe zur Verfügung, den sie selber mit den nötigen Materialien und Geräten zu einer kleinen Werkstatt eingerichtet haben. Bremerhaven ist einer von acht Standorten des bundesweit einmaligen Modellprojekts Mönnerschuppen, nach dem Vorbild der in Australien verbreiteten Men's Sheds. In Australien, aber auch in Neuseeland, in Großbritannien und Irland sind Mönnerschuppen Teil der Gesundheitsförderung – Männer ab 50 Jahren aufwärts, die Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zu Frauen nur selten nutzen, sollen über ihre Hobbys mit anderen ins Gespräch kommen und dabei stärker für ihre Bedürfnisse und ihren Körper sensibilisiert werden. „Gesundheit ist in unserer Gruppe bisher nur selten

Thema. Aber man muss ja auch erstmal Vertrauen aufbauen. Das ist jetzt da, in Einzelgesprächen geht es auch um persönliche Dinge“, sagt Wohlers und fügt hinzu: „Ich kann nicht den ganzen Tag zu Hause rumhängen, sondern freue mich jedes Mal, wenn wir uns alle 14 Tage im Mönnerschuppen treffen.“ Nach einer Sendung über den Bremerhavener Mönnerschuppen kürzlich im Regionalfernsehen gab es zahlreiche neue Interessierte. Werner Schneider freut sich, dass er vor einem halben Jahr nach seinem Umzug von Baden-Württemberg nach Bremerhaven durch den Besuch des Mönnerschuppens Anschluss gefunden hat. „Das trägt auch zu meiner Gesundheit bei“, sagt er.

Laut einer aktuellen Untersuchung der Techniker-Krankenkasse fühlen sich Frauen in fast allen Lebensbereichen deutlich gestresster als Männer. „Die Frage ist aber, ob Männer negative Gefühle einfach häufiger verdrängen“, sagt der Psychologe Thomas Altgeld, stellvertretender Mönnerschuppen-Projektleiter. Er verweist auf Studien, wonach Männer im Alter isolierter als Frauen sind, häufiger unter Suchterkrankungen leiden und sich wesentlich häufiger das Leben nehmen.

Das 2022 gestartete Modellprojekt Männerschuppen endet in diesem Monat. Zum Abschluss präsentiert Projektleiterin Karin Bammann, Professorin am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, einige Zahlen. Im Schnitt sind die Besucher der Männerschuppen 68 Jahre alt. 78 Prozent leben in einer Partnerschaft, 59 Prozent fühlen sich oft oder manchmal einsam, jeder Zweite versteht nicht die Beipackzettel von Medikamenten. „Derzeit können wir noch nicht sagen, ob die Männerschuppen bewirken, dass Männer zum Beispiel eher zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Aber in einzelnen Gruppen gab es auf Wunsch der Teilnehmer Abende über Schmerzprävention oder Aktionen zur Gewichtsreduzierung“, sagt Bammann.

Sie hat sich einige Männerschuppen in Glasgow angeschaut – in der schottischen Arbeiterstadt hatten Männer bis vor kurzem die niedrigste Lebenserwartung in Großbritannien. Die Glasgower Männerschuppen bieten regelmäßig Gesundheits-Checks und Entspannungskurse angeboten. Mitunter bekommen Patienten von ihrem Arzt eine Überweisung in den Männerschuppen. Irland ist laut Bammann bezogen auf die Einwohnerzahl weltweit das Land mit der größten Dichte an Männerschuppen. Dort finden zehnwöchige Gesundheitskurse statt, die mit einer medizinischen Eingangsuntersuchung beginnen und unter anderem Ernährungsberatungen und Bewegungsangebote umfassen. Das Motto: Wenn die Männer nicht zu uns kommen, dann kommen wir zu den Männern.

Bei den acht Modellprojekten in Deutschland läuft es anders – hier bestimmen die Teilnehmer, womit sie sich beschäftigen. In Wiefelstede bei Oldenburg hat der Männerschuppen einen Physiotherapeuten eingeladen, damit er den Mitgliedern Übungen zeigt. „Wir sind ja schon älter, da zwick

es doch ab und zu am Rücken oder an der Hüfte. Dagegen wollen wir etwas tun“, sagt Andreas Reich-Schlenga. Er lobt die Atmosphäre während der vierzehntäglichen Treffen im Mehrgenerationenhaus – es gebe keinen Chef, jeder der neun Teilnehmer könne Vorschläge machen oder berichten, was ihn gerade beschäftige. Den Abend beschließt man immer in gemütlicher Runde und geht zusammen essen. So können Freundschaften entstehen.

Nach Ende des Berufslebens fallen Kontakte weg, mancher hat kein Hobby und weiß wenig mit sich anzufangen – da ist der Männerschuppen oft eine willkommene Anlaufstelle. Das stellt Andrew Gordon immer wieder fest. Der Australier hat auf der Halbinsel Poel einen Männerschuppen gegründet, der 30 Mitglieder zählt. Dort gibt es jede Woche einen offenen Treff, zudem finden regelmäßig Spielenachmittage, Qi Gong-Kurse und Smartphone-Fortbildungen statt. In der Werkstatt sind Hobby-Handwerker bei Holz- und Metallarbeiten in ihrem Element. „Es gibt viele Männer, die im Alter einsam und schweigsam sind und denen es schwerfällt, über sich zu sprechen. Genau sie wollen wir aus der Isolation holen. Wenn man dabei nicht nur redet, sondern auch etwas mit den Händen tut, klappt das meistens gut“, sagt Gordon.

Etwas tun: Das ist auch das Rezept des zweiten Bremerhavener Männerschuppens. Vier Männer in den 70ern bieten in der Stadtbibliothek Leherheide einmal im Monat ein Repair-Café an und freuen sich, wenn sie Menschen mit kleinen Reparaturen zum Beispiel an Elektrogeräten helfen können. Ihr gemeinsames Interesse an Technik schafft eine Basis, um nebenbei auch Gespräche über andere Themen führen zu können.

Im Bremer Stadtteil Grohn treffen sich ältere Syrer einmal die Woche im Männerschuppen.

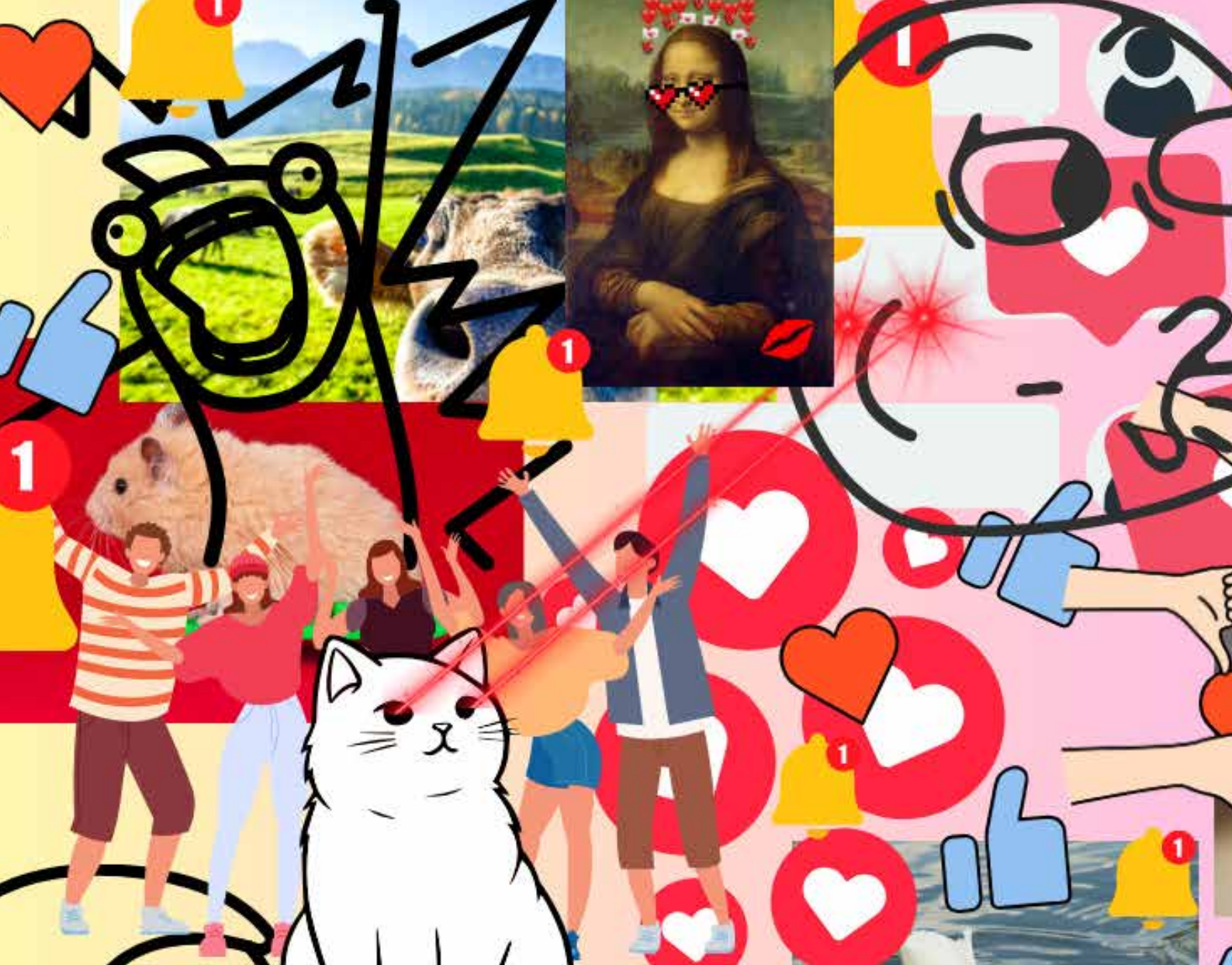
Bei ihnen steht das gemeinsame Zubereiten von Speisen aus der syrischen Küche ganz oben in der Beliebtheitskala. Sie freuen sich über einen nicht-kommerziellen Treffpunkt, an dem sie sich austauschen und etwas Neues lernen können – über den Männerschuppen wurde ein Schwimmkurs organisiert.

Mit dem Ende des Modellprojektes endet voraussichtlich die wissenschaftliche Begleitung durch die Universität Bremen. Die Männerschuppen in Verden, Wiefelstede, Bremen, Bremerhaven und Poel bleiben aber bestehen, solange ihnen wie bisher kostenlos Räumlichkeiten in Bürgerhäusern oder Stadtteiltreffs zur Verfügung stehen. In Verden besucht Frido Michelsen, seit einem halben Jahr Witwer, alle zwei Wochen den Männerschuppen. Er ist froh, dass er hier bei persönlichen Gesprächen zu zweit oder zu dritt auf andere Gedanken kommt: „Zu Hause sehe ich meine Frau an jeder Ecke.“ Er blickt schon einmal in die Zukunft, wie sich Inhalte verändern könnten. „Mit zunehmendem Alter spielt Gesundheit eine wachsende Rolle. Ich finde gut, dass wir uns hier unter vier Augen austauschen können und nicht einen Abend in großer Runde über Themen wie Krebs sprechen“, sagt er und ergänzt: „Wenn aber einer von uns stirbt, sieht das nochmal anders aus.“ ■



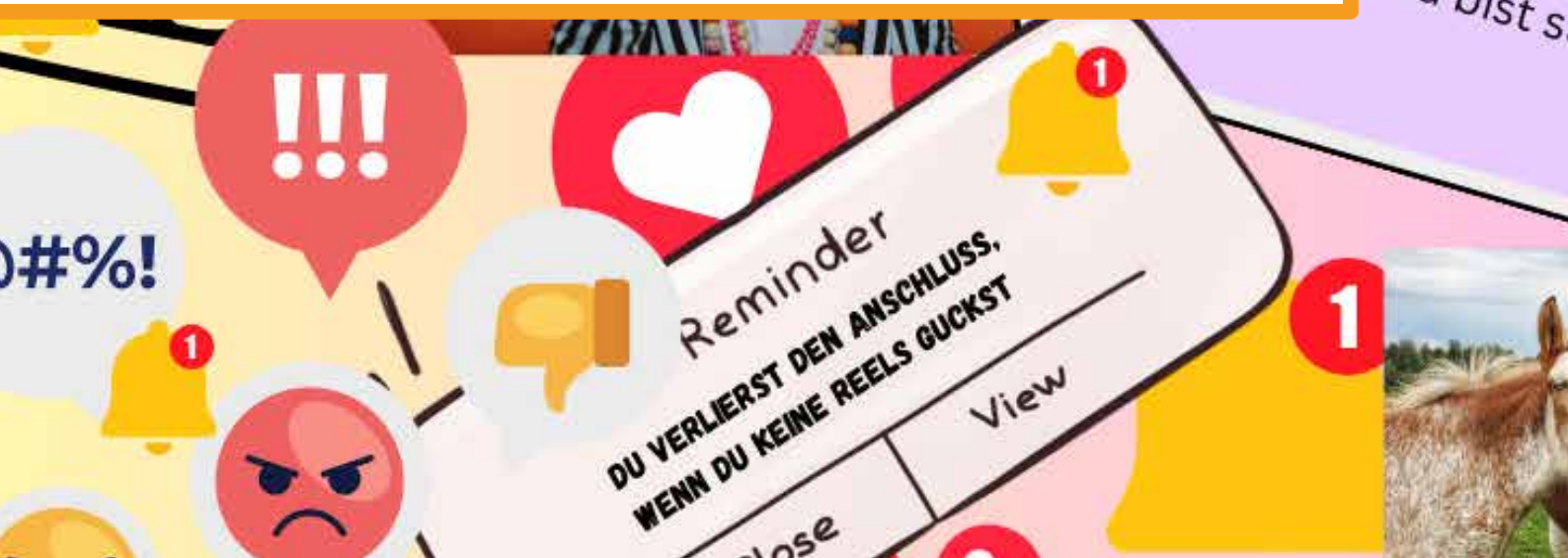
Joachim Göres

Joachim Göres ist 64 Jahre alt, Diplom-Politologe, lebt in Celle und arbeitet hauptberuflich als freier Journalist vor allem für Tageszeitungen.



Einfluss sozialer Medien auf die Konzentrationsspanne und damit verbundenen Folgen auf das Lernen

Sarah Annabella Grilec





Soziale Medien, ein Thema, das immer wieder in Familien, unter Freunden und an Schulen heiß diskutiert wird – und es verliert nicht an Relevanz. Im Gegenteil, wer sich tiefer mit der Materie befasst, erkennt schnell, dass es mehr ist als nur ein harmloser Zeitvertreib. Die Auswirkungen sind tiefgreifend, und es lohnt sich weiterhin, darüber zu sprechen und aufzuklären, denn der Einfluss sozialer Medien ist längst nicht mehr trivial.

Jonathan Haidt beschreibt in seinem Buch „Generation Angst“ die „Smartphone basierte Kindheit“, die etwa ab 2010 beginnt und ab 2012 richtig Fahrt aufnahm. Was bedeutet das? Kinder und Jugendliche verbringen immer weniger Zeit im direkten, sozialen Kontakt und bewegen sich stattdessen in einer digitalen Welt, die ständig um ihre Aufmerksamkeit buhlt. Likes, Kommentare, Benachrichtigungen – sie sind allgegenwärtig. Diese digitale Dauerpräsenz lenkt ständig ab und begleitet vor allem junge Menschen, zu jeder Tageszeit. Es ist eine Art Abhängigkeit, die schwer zu durchbrechen ist.

Lehrkräfte und Pädagogen sehen sich dadurch einer großen Herausforderung gegenüber: Die Aufmerksamkeitsspannen werden immer kürzer und permanente Ablenkungen erschweren es Lernenden auf ihre Aufgaben zu fokussieren. Es ist ein Zustand der Hilflosigkeit und es bedarf weitere Hilfsmaßnahmen und Aufklärungsarbeit, um den Auswirkungen des digitalen Zeitalters erfolgreich entgegenzuwirken.

Zielsetzung

Dieser Artikel möchte auf die Bedeutung der Nutzung sozialer Medien und deren Auswirkungen aufmerksam machen. Er erklärt, welche kognitiven Effekte durch Plattformen wie Instagram, TikTok und Co. entstehen und untersucht, wie diese die Konzentrationsfähigkeit beeinflussen. Zudem sollen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen praxisorientierte Empfehlungen abgeleitet werden, die all jenen helfen sollen, die sich tagtäglich mit diesen Herausforderungen auseinandersetzen müssen – sei es in pädagogischen Kontexten oder im familiären Umfeld.

Theoretischer Hintergrund

Psychologische Grundlagen

Um die Verbindung zwischen sozialen Medien und Konzentration zu verstehen, müssen wir uns die psychologischen Grundlagen genauer anschauen. Aufmerksamkeit ist, psychologisch betrachtet, die Fähigkeit, relevante Informationen gezielt wahrzunehmen und gleichzeitig irrelevante Reize auszublenden. Sie steuert, was in unser Bewusstsein gelangt und wie lange wir uns damit auseinandersetzen. Die Konzentration ist wiederum eine verlängerte Form der Aufmerksamkeit und beschreibt die Fähigkeit, sich über einen längeren Zeitraum hinweg intensiv auf eine

Aufgabe zu fokussieren und dabei ablenkende Einflüsse auszublenden.

Diese beiden Konzepte sind entscheidend, um die Auswirkungen von sozialen Medien zu verstehen, denn Plattformen wie Instagram und TikTok sind darauf ausgelegt, unsere Aufmerksamkeit immer wieder zu unterbrechen. Eine ständige Flut an Reizen und Benachrichtigungen verführt dazu, den Fokus zu verlieren und die Aufmerksamkeit ständig auf neue Inhalte zu lenken. Sogenannte Reels und Shorts haben in der Regel eine Videodauer von 7 bis 15 Sekunden, welche dauerhaft und hintereinander weg, ohne

Unterbrechung abgespielt werden. Dabei sind die Inhalte immer auf den für die Nutzer*innen eigens erstellten Algorithmus zugeschnitten.

Eine Endlosschleife an „für mich interessanten Videos“ hält die Nutzerinnen so lange wie möglich am Bildschirm. Es gibt kein Ende, nur eine Folge an kurzen Videosequenzen, die immer weiter gehen. Und geht das Individuum dann mal „offline“ und versucht Zeit in der realen Welt zu verbringen, so wird Dank eingeschalteter „push Benachrichtigung“ der Apps immer wieder energisch darauf hingewiesen, dass es doch wieder neue interessante Inhalte zu sehen gibt.

Digital-Detox ist bereits im kleinen Stil sinnvoll. Wie wäre es, das Handy bei realen Interaktionen wegzupacken oder mindestens eine Stunde vor dem Schlafengehen auf das Handy zu verzichten? Auch das Abschalten von Benachrichtigungen für Apps wie Instagram, TikTok & Co. ist eine wirkungsvolle Hilfestellung.



Die Pomodoro-Technik ist eine Zeitmanagement-Methode, die von Francesco Cirillo entwickelt wurde. Sie teilt die Arbeit in 25-Minuten-Intervalle, sogenannte "Pomodoros", gefolgt von einer kurzen Pause (5 Minuten). Nach vier Pomodoros folgt eine längere Pause (15–30 Minuten).

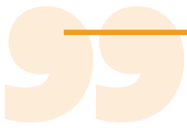
Verschiedene Achtsamkeitsübungen können helfen, den Fokus wieder auf das Hier und Jetzt im realen Leben zu lenken. Als Beispiel kann die 5-4-3-2-1-Methode angewendet werden, die sich auch prima im Klassenzimmer umsetzen lässt.

Die Anleitung dazu finden Sie im Anschluss an den Artikel.



Es gibt Apps, die Multitasking mit sozialen oder digitalen Medien verringern sollen. Diese blockieren ablenkende Webseiten oder Apps wie TikTok, indem sie aktiv nachfragen, ob die Nutzung wirklich notwendig ist, oder die App nach einer festgelegten Dauer sperren. Dies soll ebenfalls bewussteres Verhalten mit z.B. sozialen Medien fördern

Sich noch auf das
Gegenüber oder auf
Aufgaben zu konzentrieren
fällt schwer, da der Fokus
immer wieder auf das
Smartphone abweicht und
ein Gedanke noch selten
ohne Unterbrechung zu
Ende gedacht werden kann.



Studien zeigen, dass soziale Medien das Aufmerksamkeitsverhalten von Lernenden und Studierenden erheblich beeinflussen. Junco und Cotten (2012) fanden heraus, dass Multitasking in Verbindung mit der Nutzung sozialer Medien direkt mit schlechteren akademischen Leistungen verknüpft ist. Die ständige Ablenkung durch verschiedene digitale Medien erschwert es Lernenden und Studierenden, sich auf tiefgehende kognitive Aufgaben zu konzentrieren. Fried (2008) zeigt in seiner Untersuchung zur Nutzung von Laptops im Klassenzimmer, dass Lernende und Studierende, die während des Unterrichts soziale Medien nutzen, schlechtere Leistungen erbringen als ihre Mitschüler, die sich ohne digitale Ablenkung auf den Unterricht fokussieren. Fried erklärt dies mit dem Phänomen der „Fragmentierung der Aufmerksamkeit“ – einem Zustand, in dem es Lernenden schwerfällt, Informationen strukturiert und vollständig zu verarbeiten. Wood et al. (2012) bestätigen in ihrer Untersuchung, dass Off-Task-Multitasking – das gleichzeitige Nutzen sozialer Medien während des Lernens – die Aufnahmefähigkeit und damit die Lernleistung verringert. Ständige Ablenkungen führen dazu, dass Informationen nicht effektiv im Langzeitgedächtnis verankert werden können, was wiederum den Lernerfolg mindert.

Kognitive Folgen der verkürzten Aufmerksamkeitsspanne

Die kognitive Belastungstheorie (Cognitive Load Theory) besagt, dass das Arbeitsgedächtnis nur eine begrenzte Kapazität hat, um Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. Fried (2008) sowie Junco und Cotten (2012) erklären, dass diese Kapazitätsgrenzen insbesondere dann relevant werden, wenn mehrere Informationsquellen gleichzeitig verarbeitet werden müssen. Ihre Studien zeigen, wie digitale Ablenkungen und Multitasking im schulischen Kontext zu einer

Die 5-4-3-2-1 Methode

- 1** Setze dich bequem hin und schließe die Augen, wenn du magst.
- 2** Atme tief ein und aus, um dich zu beruhigen.
- 3** Nenne nun:

- 5 Dinge, die du sehen kannst (schaue dich um und zähle sie auf).
- 4 Dinge, die du fühlen kannst (zum Beispiel das Gefühl des Stuhls unter dir oder die Kleidung auf deiner Haut).
- 3 Dinge, die du hören kannst (vielleicht Geräusche von draußen oder im Raum).
- 2 Dinge, die du riechen kannst (wenn du keinen Geruch wahrnimmst, überlege dir, wie etwas Vertrautes riecht, z.B. dein Lieblingsessen).
- 1 Sache, die du schmecken kannst (oder denke an den Geschmack von etwas, das du gerne magst).

Überlastung des Arbeitsgedächtnisses führen können, was die Effizienz und das Lernergebnis negativ beeinflusst.

Eine Studie von Ophir et al. (2009) stellt zudem fest, dass Personen, die intensiv soziale Medien nutzen, Schwierigkeiten haben, ihre Aufmerksamkeit zu steuern und sich auf komplexe Aufgaben zu konzentrieren. Die dauerhafte Überreizung durch digitale Medien

führt dazu, dass die Fähigkeit, tief in ein Thema einzutauchen und kritisch zu hinterfragen, beeinträchtigt wird.

Strategien zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit

Es gibt mehrere pädagogische Ansätze, um den negativen Einflüssen sozialer Medien auf die Konzentration entgegenzuwirken:

- Digitale Abstinenz und „Digital Detox“: Studien wie die von Mosley und Lancaster (2019) zeigen, dass eine bewusste Pause von sozialen Medien helfen kann, die Konzentrationsfähigkeit zu verbessern. Diese „digitalen Pausen“ ermöglichen es, kognitive Ressourcen zurückzugewinnen und Lerninhalte intensiver zu verarbeiten.
- Zeitmanagement-Techniken: Die Pomodoro-Technik, eine Methode, bei der in klar definierten Zeitblöcken gearbeitet wird, hat sich bewährt, um

über längere Phasen fokussiert zu bleiben und Ablenkungen zu minimieren.

- Achtsamkeitsbasierte Übungen: Zeidan et al. (2010) haben gezeigt, dass Achtsamkeitstraining und Meditation die Aufmerksamkeitssteuerung verbessern. Im Bildungsbereich können solche Übungen in den Unterricht integriert werden, um die Konzentrationsfähigkeit der Schüler zu fördern.
- Reduzierung von Multitasking durch technologische Hilfsmittel: Wood et al. (2012) empfehlen, Anwendungen zu nutzen, die ablenkende Webseiten blockieren und eine fokussierte Arbeitsweise unterstützen. Zudem könnten Bildungseinrichtungen handymfreie Zonen einrichten, um eine ungestörte Lernumgebung zu schaffen.

Fazit und Ausblick

Soziale Medien haben tiefgreifende Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit und das Lernverhalten von Lernenden sowie Studierenden. Die im Artikel genannten Studien belegen, dass die ständige Reizüberflutung und das Multitasking durch digitale Medien die Fähigkeit, sich auf komplexe Aufgaben zu konzentrieren, erheblich beeinträchtigen. Pädagogische Ansätze und individuelle Strategien sind erforderlich, um diesen Herausforderungen zu begegnen, um langfristig wieder eine bessere Lernfähigkeit und Kapazität gewährleisten zu können.

Es bleibt wichtig, dass Bildungseinrichtungen und Familien gemeinsam daran arbeiten, den Umgang mit digitalen und/oder sozialen Medien sinnvoll zu gestalten und zu regulieren. Ebenso bedarf es weiterer Forschung um langfristig Lösungsansätze zu entwickeln, die die Konzentrationsspanne verbessern und effektives Lernen, auch im digitalen Zeitalter, wieder ermöglichen. ▀



Sarah Annabella Grilec

Sarah A. Grilec studiert Medizinpädagogik und verbindet Ihre Leidenschaft für Gesundheit und Bildung um Wissen nachhaltig und verständlich weiterzugeben.

Prof. Dr. Sabine Hubbertz-Josat

Professorin für Medizinpädagogik

SRH University Campus Köln
Am Grauen Stein 27
51105 Köln

Kontakt:
s.grilec@outlook.de

Literatur

- Haidt, J. (2024) Generation Angst: Wie wir unsere Kinder an die virtuelle Welt verlieren und ihre psychische Gesundheit aufs Spiel setzen. Rowohlt Verlag GmbH.
- Rosen, L. D., Carrier, L. M., & Cheever, N. A. (2013). Facebook and texting made me do it: Media-induced task-switching while studying. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 948-958.
- Wood, E., Zivcakova, L., Gentile, P., Archer, K., De Pasquale, D., & Nosko, A. (2012). Examining the impact of off-task multi-tasking with technology on real-time classroom learning. *Computers & Education*, 58(1), 365-374.
- Trützscher, J. (2006). Aufmerksamkeit und Konzentration unter besonderer Berücksichtigung des schulischen Zusammenhangs: Definition, Bedeutung, Diagnostik. GRIN Verlag.

Die vollständige Literaturliste zum Beitrag finden Sie online unter zeitschrift-mabuse.de/literatur

Wie kommt der Mabuse ins Historische Museum Frankfurt?

Über meinen Beitrag zur Ausstellung „Zeitzeugenschaft? Ein Erinnerungslabor“

Hermann Roth

Wie kommt der Mabuse ins Historische Museum Frankfurt? Diese Frage stellen sich vielleicht einige Besucher*innen der Ausstellung „Zeitzeugenschaft? Ein Erinnerungslabor“, wenn sie sich mit dem Beitrag „Die Leerstelle - Wie sich Erinnerung verändert“ auseinandersetzen.

Bei dieser Ausstellung geht es um die Frage, warum Erzählungen über die Vergangenheit wichtig für unsere Gegenwart sein können und was Zeitzeugenschaft überhaupt heißt. 25 Frankfurter*innen haben diese Fragen in einem Erinnerungslabor diskutiert und präsentieren ihre sehr unterschiedlichen Antworten in elf Ausstellungsbeiträgen. Dabei geht es um persönliche Erinnerungen, Kindererziehung, Studium und Universität, Queerness, Krieg, künstliche Intelligenz, die Veränderung von Orten, Aktivismus und Migration. Gleichzeitig wird die Wanderausstellung „Ende der Zeitzeugenschaft?“ präsentiert. Diese dokumentiert in Interviews mit Überlebenden der NS-Verbrechen die Erinnerungen dieser Zeitzeug*innen und fragt, wie wir in Zukunft mit diesem Erbe umgehen wollen. Bezugspunkt für diese beiden Ausstellungen ist die Bibliothek der Generationen. Die Bibliothek der Generationen ist ein künstlerisches Langzeit-Erinnerungsprojekt und wurde im Jahr 2000 von der Künstlerin Sigrid Sigurdsson initiiert. Auch bei diesem „Offenen Archiv“ geht es um das Bewahren von Lebensgeschichten und Zeitzeugnissen für die kommenden Generationen. Einzelne Beiträge der BdG hat das Erinnerungslabor als Anregung für die eigenen Erinnerungsprojekte und für einen Dialog mit den Erinnerungen dieser BdG-Beiträge genutzt.

Wieso hatte ich 2014 im Interview nicht darüber gesprochen, dass die 1970er Jahre nicht nur eine Zeit des Aufbruchs und der politischen Konflikte waren, sondern auch eine Schweigezeit? Wieso hatte sich meine Sicht auf diese Zeit, mein Studium und die Nachwirkungen der NS-Zeit in mir noch einmal verändert?



Wie kommt also der Mabuse ins Historische Museum?

Ich habe den Beitrag der Lyrikerin und Autorin Tamar Labas als Bezugspunkt ausgewählt. In ihrem Fach in der Bibliothek der Generationen findet sich eine beeindruckende Auseinandersetzung mit dem Titel „Der NS und seine Auswirkungen. Eine Spurensuche in mir.“ Ihr Beitrag hat mich angeregt auf „Spurensuche“ bei mir, meiner Familie und in Bezug auf die 1970er Jahre und mein Studium zu gehen. Insbesondere das Thema „Schweigen, Verschweigen und Verdrängen“ hat mich intensiv beschäftigt und zu vielen Fragen geführt. Ein zweiter Bezugspunkt meines Beitrags ist ein Interview aus dem Jahr 2014, in dem ich über mein Studium an der Goethe-Universität und die 1970er Jahre berichte. 2014 wurde die Goethe-Universität 100 Jahre alt und es wurden vom FB Geschichte Zeitzeug*innen für die Jahrzehnte ab 1950 gesucht. Ich wurde als Zeitzeuge für die 1970er Jahre befragt.

Als ich mich mit meinem Zeitzeugen-Interview über mein Studium an der Goethe-Universität 2023 noch einmal genauer auseinandersetzte, fiel mir plötzlich

eine wesentliche Leerstelle auf. Ich gehörte damals zu den Studierenden, die sich kritisch mit Medizin und Studium auseinandersetzten. Im Interview berichtete ich über die zahlreichen Aktivitäten, Konflikte, Streiks und Auseinandersetzungen an der Universität und im Fachbereich Medizin. Was ich aber überhaupt nicht thematisierte war, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema „Medizin und Nationalsozialismus“ während meiner Studienzeit völlig fehlte. Das fast komplette Verschweigen der NS-Medizinverbrechen

im Studium und die fehlende „Aufarbeitung“ dieser Geschichte der „Medizin ohne Menschlichkeit“ war kein Thema meines Interviews.

Mein Beitrag zur Ausstellung setzt sich deshalb mit meinem Medizinstudium in den 1970er Jahren und mit der „Leerstelle Medizin und Nationalsozialismus“ auseinander. Dabei geht es auch um meine eigenen Leerstellen und um meine Rolle als Zeitzeuge der 1970er Jahre. Es geht darum zu verstehen, was das kollektive Schweigen und Verdrängen in mir und anderen bewirkt hat und wie sich Erinnerung verändern kann, wenn wir uns mit unserer Geschichte und insbesondere mit dem „Nichtgesagten“ und den Leerstellen auseinandersetzen. Es geht also um Erinnerung und darum, wie sich Erinnerung verändert, wenn wir uns mit unserer Familiengeschichte, unseren Prägungen unseren früheren Gefühlen und Wertvorstellungen auseinandersetzen.

In der Auseinandersetzung mit meiner Familiengeschichte wurde mir bewusst, dass ich Teil der Geschichte des Schweigens und Verdrängens war. Begonnen hatte das Schweigen in der Familie und fortgesetzt hatte es sich in Schule, Universität und Ausbildung. Gleichzeitig entdeckte ich, dass die Leerstelle nicht vollkommen leer war. Es gab Spuren, Ahnungen und Fragen. Ich versuchte mich zu erinnern und befasste mich noch einmal mit dieser Zeit der politischen Auseinandersetzungen. Und ich war verblüfft, wie wenig ich während meines Studiums über die NS-Zeit und insbesondere über die NS-Medizinverbrechen wusste. Obwohl wir uns mit unseren Studieninhalten sehr kritisch auseinandersetzten und Lerngruppen zu Themen, die im Studium nicht abgedeckt waren, organisierten, fehlte ein wichtiges Thema. Überrascht war ich, als ich feststellte, dass nahezu alle Bücher und Publikationen, die ich in den 1970er Jahre las, ebenfalls eine wesentliche Leerstelle aufwiesen. Auch kritische Autoren wie Klaus Dörner, Erich Wulff oder Ernst Klee setzten sich in den 1970er Jahren kaum mit den Verbrechen der NS-Medizin auseinander.

Und was hat das mit dem Dr. med. Mabuse zu tun?

Diese wesentliche Leerstelle findet sich auch in den ersten 10 Ausgaben des Dr. med. Mabuse, im Jahr 1976 zunächst als Veröffentlichung der Fachschaftsvertretung Medizin in Frankfurt entstanden. In ihr sollten damals die wichtigen Themen und politischen Diskussionen der kritischen Mediziner*innen geführt werden. Die Ausgaben 1-10 der Jahre 1976 bis 1979 dokumentieren eine Vielfalt an Themen und Beiträgen, aber es findet sich kein einziger Artikel über NS-Medizin, NS-Psychiatrie, Krankenmorde oder Menschenversuche. Das Thema NS-Medizin war also auch unter den kritischen Mediziner*innen völlig

ausgeblendet und selbst im Rahmen des sogenannten Frankfurter Psychiatriekonfliktes spielte es keine Rolle.

Erst in den 1980er Jahren sollte diese „Schweigezeit“ enden.



1980 fand parallel zum Ärztetag der „Gesundheitstag Berlin 1980“ statt als Gegenveranstaltung zur verkrusteten Standespolitik der deutschen Ärzteschaft. In der Literatur zum Umgang mit den NS-Medizinverbrechen seit 1945 wird häufig die Bedeutung des Gesundheitstags 1980 betont. Medizinstudierende, jüngere Ärzt*innen und Historiker*innen machten die tabuisierte Vergangenheit der Medizin im Nationalsozialismus zu einem zentralen Thema des Gesundheitstags. Eröffnet wurde der Gesundheitstag mit einer Podiumsdiskussion unter dem Titel „Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition.“

Mein Beitrag weist auch darauf hin, dass es heute weiterhin deutliche Leerstellen im Studium und in der Ausbildung von zukünftigen Ärzt*innen und in den anderen Gesundheitsberufen gibt. Trotz der unzähligen Forschungsergebnisse, Veröffentlichungen und der Gedenkstätten zu den NS-Euthanasie-Verbrechen spielt im Medizinstudium die Auseinandersetzung mit der NS-Medizin nur eine sehr geringe Rolle. Im Verzeichnis der Lehrveranstaltungen der Goethe Universität Frankfurt für das Sommersemester 2024 finden sich unter „Geschichte und Ethik der Medizin und Zahnheilkunde“ nur zwei Lehrveranstaltungen. Angeboten wird eine eineinhalbstündige Vorlesung zum Thema „Medizin und Nationalsozialismus. Einfluss von Rassenhygiene und Erbbiologie. Rolle der Ärzteschaft bei Zwangssterilisation, Euthanasie-Verbrechen und in KZ. Medizinische Fakultät Frankfurt zwischen 1933 und 1945“ sowie eine eineinhalbstündige Zoom-Veranstaltung „Geschichte der Zahnheilkunde im Nationalsozialismus“.

Warum nimmt die Auseinandersetzung mit der NS-Medizin und den Medizin-Verbrechen nach wie vor so wenig Raum im Medizinstudium ein?

Die Bedeutung dieser systematischen Auseinandersetzung für die heutige und zukünftige Medizin wird nicht ausreichend verstanden. Eine „Medizin ohne Menschlichkeit“ ist immer wieder möglich. Umso

wichtiger ist die Forderung von Wissenschaftler*innen, das Wissen über die Verbrechen der NS-Medizin zum festen Bestandteil des Medizinstudiums zu machen. Der Medizinhistoriker Volker Roelcke sieht in der modernen Medizin Fälle von Machtmissbrauch und von strukturellem Rassismus. Und der Herausgeber der Fachzeitschrift „The Lancet“ Richard Horton erklärt, dass die heutige Medizin noch mächtiger ist, als die Medizin in den 1930er Jahren. Die Gefahren des Missbrauchs seien sogar noch größer als damals. Gemeinsam mit 20 anderen Wissenschaftler*innen gehört Volker Roelcke der Kommission der Zeitschrift „The Lancet“ zu Medizin, Nationalsozialismus und Holocaust an.

Der Bericht der Kommission zeigt unter anderem auf, dass mindestens 230.000 Menschen mit Behinderung in sogenannten Euthanasieprogrammen ermordet wurden.



Die Kommission mit dem Titel: „Medizin, Nationalsozialismus und der Holocaust: Historische Befunde, Folgerungen für heute, Lehren für morgen“ fordert unter anderem, dass diese Themen in den medizinischen Curricula für alle Gesundheitsberufe möglichst global integriert werden sollen.

Wissen ist wichtig, aber das reine Faktenwissen ist hierbei nicht gemeint. Vielmehr braucht es eine Vermittlung, die Emotion, Erinnerung und Wissen zusammenbringt. Die Historikerin Juliane Brauer schlägt vor, die eigenen Reaktionen in der Begegnung mit Geschichte gemeinsam in entsprechenden Lernsettings zu reflektieren. So könne sich ein empathischer Zugang zu unbewussten Abwehrreaktionen oder Sympathien entwickeln und es wäre dann möglich, sich mit der eigenen Perspektivität auseinanderzusetzen und gleichzeitig die Aufmerksamkeit gegenüber den anderen zu schulen. Eine intensive Erinnerungsarbeit ist notwendig, damit ein stabiles kommunikatives und kulturelles Gedächtnis entstehen kann, das krisenfest ist und damit auch vor Vorurteilen und Pauschalisierungen schützt. Warum diese Auseinandersetzung nicht nur für Mediziner*innen so wichtig ist, erleben wir jetzt täglich in den politischen und medialen Debatten. Der fehlende Bezug zu unserer eigenen Geschichte ist nicht nur in der modernen Medizin

gefährlich, sondern zeigt sich gesellschaftlich in der deutlichen Diskursverschiebung nach rechts und der zunehmenden menschenfeindlichen Rhetorik, die inzwischen auch von demokratischen Parteien übernommen wurde. Deshalb müssen diese Leerstellen weiter gefüllt werden! ■



Hermann Roth

- von 1980 bis 1991 Tätigkeit als Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Arzt für Psychosomatische Medizin in verschiedenen Kliniken im Rhein-Main-Gebiet
- von 1991 bis 2019 Tätigkeit als Psychiater und Psychotherapeut in eigener Praxis in Frankfurt
- seit 2019 in Rente
- seit April 2023 Mitarbeit im Team der Bibliothek der Generationen (Historisches Museum Frankfurt).

Reformvorhaben §218

Monika Knoche

Für einen kurzen Moment war Ende des vergangenen Jahres ein altes Frauenthema, der §218, virulent geworden. Etwa 300 Abgeordnete des Bundestages – zumeist aus der aufgelösten Ampelregierung – legten einen Gesetzentwurf zur Reform des Abtreibungsrechts vor. Mit ihm soll die Strafbarkeit der Frau beim Schwangerschaftsabbruch aufgehoben werden.

Nach der 1. Lesung im Plenum ruht der Entwurf nun im federführenden Rechtsausschuss und wird der Diskontinuität anheimfallen. Da keine Partei im Wahlkampf Frauenpolitik favorisiert, ist ungewiss, wie es bei der nächsten Regierung mit der Geschlechterpolitik weitergehen wird.

Die Ampelkoalition präferierte die Genderideologie. Sie sah in der „selbstbestimmten Geschlechtsidentität“ das zentrale Antidiskriminierungsanliegen unserer Zeit. Ihre Hinwendung zu neoliberalen Idealen war verbunden mit einer Vernachlässigung klassischer Frauenpolitik. So gab es keine Fortschritte bei der Förderung von Projekten gegen Gewalt gegen Frauen. Sichere Finanzierungen von Frauenhäusern, entschiedenes Handeln gegen Zwangsprostitution oder Maßnahmen gegen die steigende Anzahl von Femiziden fehlten.

Wie bereits im Koalitionsvertrag zu sehen war, verstand man unter „reproduktiver Selbstbestimmung“ vor allem die Legalisierung der Leihmutterchaft, die Eizellen- und Embryonenspende und das Anrecht aller,

eine sexualitätsfreie Erzeugung von Wunschkindern zu bekommen. Was mit einem umfassenden Zugriff auf die weibliche Fruchtbarkeit im Interesse Dritter verbunden wäre.

Ob derartige Nützlichkeitsinteressen mit unserem Menschenbild und den Zielen von Frauengleichstellung vereinbar sind, wurde nicht etwa in Parlament und in der Öffentlichkeit transparent und in angemessener tiefer Durchdringung ethischer und verfassungsrechtlicher Fragen diskutiert, sondern an eine ExpertInnen-Kommission der Regierung delegiert. Die Tradition fortzuführen, solch weitreichende Menschenrechtsfragen in einer Enquete-Kommission des Bundestages zu behandeln und damit auch die öffentliche Meinungsbildung zu ermöglichen, wie das in einer repräsentativen Demokratie sinnvoll ist, war nicht gewünscht.

So erstaunt es nicht, dass völlig unvermittelt und ohne parlamentarischen Vorlauf, jedoch mit erheblichem Zeitdruck vor der Neuwahl ein §218-Gesetzentwurf, von der Regierungskommission erarbeitet, eingebracht wurde. Man wollte sich offenbar für den Wahlkampf frauenpolitisch empfehlen.

Strafffreiheit für die Frau und 12 Wochen-Fristenregelung für den Schwangerschaftsabbruch

Mit diesen Kernaussagen sagten die InitiatorInnen, würden die Mehrheitsverhältnisse in der Bevölkerung abgebildet und hofften, breite parlamentarische

Zustimmung gewinnen zu können. Dazu kam es nicht. Vor allem, weil eine Menschenrechtsfrage dieser Güte nicht im Schnelldurchlauf abgehandelt werden kann. Viele Abgeordnete kritisierten den Gesetzentwurf mit unterschiedlichen Begründungen. In der Tat ist, was zunächst wie eine pragmatische Lösung erscheint, angreifbar.

Es braucht Raum und Zeit sich mit dem Frauenbild und den Rechtsfolgen des Gesetzentwurfs auf andere Gebiete zu befassen.



Kritik ist notwendig. Längst ist nicht alles diskutiert, oder ausformuliert, was dieser Reformvorschlag mit sich bringt. Es ist fraglich, ob er überhaupt einen nennenswerten Fortschritt gegenüber dem Istzustand bringt und der Unterversorgung in diesem medizinischen Bereich nicht auch anders begegnet werden kann. Insbesondere aus feministisch-werteprogessiver Perspektive, trägt er jedoch wenig zu einem emanzipatorischen Zugewinn bei.

Heute stellt sich bei einer Reform des Abtreibungsrechts zu allererst die Frage ob der schwangeren Frau die freie Entscheidung, ob sie Mutter werden will, zugestanden wird. Kann sie nach dem grundgesetzlichen Auftrag der Gleichstellung der Geschlechter weiterhin verweigert werden? Das erfordert eine sorgfältige Debatte, frei von fundamentalistischen Anmutungen und wahlkämpferisch polarisierender Pose.

Eine menschenrechtliche Argumentation, die sich mit der fraglichen Verfassungskonformität der Gebärpflicht, die allen bisherigen §218 Regelungen unterstellt ist, sucht man im Gesetzestext selber vergeblich. Das ist nicht unwesentlich.

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll die Frau künftig zwar straffrei, der Schwangerschaftsabbruch aber weiterhin rechtswidrig sein. Sie muss sich vor dem Abbruch beraten lassen. Für Fragen nach der 12. Woche soll das Schwangerschaftskonfliktgesetz den Rahmen geben. Ihre Selbstbestimmung ist konditioniert und an den Rechtsstatus des Lebens in ihrem Uterus gebunden.

Mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz wird unterstellt, dass der Frau mit Überschreiten des Stichtags ein innerer Zwiespalt erwächst, den sie ohne vorgeschriebene Konfliktberatung nicht verantwortungsvoll aufzulösen vermag. Wie sie nach der Fristsetzung zu einer gewünschten Abtreibung kommen kann, wird nicht ausgeführt. Nur dass die Selbstbestimmung schwächer wird, je weiter die Schwangerschaft gediehen ist, wird dargelegt.

Befristete Selbstbestimmung

Nach Meinung der Initiatorinnen werden ab der 12. Woche der Lebensschutz und die Würdegarantie des Fötus stärker, die Gebärpflicht dringlicher. Es geht den Reformerrinnen lediglich um die Straffreiheit der Frau, nicht jedoch um ihre Selbstbestimmung. Alles andere bleibt im Grunde wie gehabt, betonten sie in ihrer Begründung.

So bedarf es wohl weiterhin einer medizinischen Indikation, um nach der 12. Woche eine Abtreibung zu bekommen. Bisher rechtfertigt ein ärztlich attestierter, krankheitswerter Zustand der Frau einen späteren Abbruch der Schwangerschaft. Womit aber ist eine fristgebundene Selbstbestimmung zu

begründen, wenn nicht mit willkürlichen und zweckgeleiteten Setzungen, die an den, sich ändernden Grundrechtsstatus des Ungeborenen in ihrem Uterus geknüpft sind?

Dem Eigenrecht und der Eigenverantwortung der Frau in allen Zuständen ihres Lebens Ausdruck zu verleihen, ist diesem Reformwerk nicht abzulesen. Mit der Straffreiheit allein ist es nicht getan. Denn die bisherige Verfassungsrechtsprechung fußt auf der prinzipiellen Gebärpflicht einer Schwangeren und gesteht ihr frei verantwortete Autonomie nicht zu. Schon der gültige §218 sieht von einer Strafbarkeit nach vorgeschriebener Beratung in den ersten 12 Wochen ab. Die Straflosigkeit soll entfristet werden. Mehr nicht. Die Selbstbestimmung der Frau nimmt ab der 12. Woche kontinuierlich ab. Die biologistische Zuschreibung, die Trennung zwischen ihrer Gebärmutter und ihrer Person wird aufrecht erhalten.

Neu ist etwas anderes. Das „gestufte Würdekonzept“ für den Embryo und Fötus im Uterus. Die Schutzpflichten werden an den Entwicklungsgrad des sich entwickelnden Lebens gebunden. Bis zur 12. Woche gilt der Embryo lediglich als Schwangerschaftsgewebe. Warum er bis zur 12. Woche keine Eigenrechte hat, diese aber ab der 12. Woche stärker werden, ist schwerlich plausibel zu machen. In anderen europäischen Ländern sieht man die 16. Schwangerschaftswoche als entscheidend für die Schutzwürdigkeit an. Mit einem Stichtag ist zwar eine erleichterte Abtreibung zu begründen. Er ist aber willkürlich und zweckgeleitet. Und daher angreifbar.

Überdies steht ein gestuftes Würdekonzept für den Embryo im Uterus in Widerspruch zur vollen Menschenwürdegarantie, die dem Embryonenschutzgesetz zugrunde liegt. Grundsätzlich unterscheidet

sich der Embryo in seinem Seins-Zustand ab der Befruchtung nicht darin, in welchem Umfeld er entstanden ist. In der Schwangerschaft ist er vor der Verwendung für fremde Zwecke geschützt. Anders ist es jedoch mit den Schutzpflichten, die ihm außerhalb des Mutterleibes zustehen. Qualifiziert man ihn als Gewebe, um bei früher Schwangerschaft der Gebärpflicht zu entgehen, führt das zu unterschiedlichen Grundrechten in der frühen Phase menschlichen Lebens. Und zwar je nach Ort seiner Existenz. Das ist problematisch.

Will man weiterhin das Tor zum Forschen an menschlichen Embryonen geschlossen halten, darf an der Würdegarantie des Artikel 1 Grundgesetz im Embryonenschutzgesetz nicht gerüttelt werden. Weshalb es fragwürdig ist, im §218 Schwangerschaftsgewebe zu nennen, was im Labor ein Träger unveräußerlicher Menschenrechte ist. Von welcher Intension die Regierungskommission getragen war, dem Embryo im Körper der Frau einen anderen Grundrechtsstatus zuzumessen, könnten moralische Skrupel gewesen sein. Es kann niemand bestreiten, dass der Schwangerschaftsabbruch die Beendigung eines menschlichen Lebens ist. Es geht um das Recht der Schwangeren nicht Mutter werden zu müssen, wenn sie das nicht will. Nur mit einer Abkehr von der Gebärpflicht ist das zu realisieren, nicht über den Umweg der „Statusänderung“ des Embryos und Fötus.

Gleichheit bei leiblicher Differenz, eine frauengerechte Forderung

Geht man als Gesetzgeber diese verfassungsrechtliche Thematik nicht an, verheddert man sich in Widersprüche und bestätigt diskriminierendes Gesetz. Denn was wäre gewonnen, wenn das Parlament immer einer statischen Grundgesetzauslegung folgen würde? Es ist allgemein bekannt,

dass das BVerfG in seine Entscheidungen emanzipatorische Entwicklungen in der Gesellschaft aufnimmt. Wie nicht erst durch die verfassungskonforme Streichung des §175 zu sehen ist, kommt immer wieder ein weiterentwickeltes Menschenrechtsverständnis in Gesetzgebungen zum Ausdruck. Das BVerfG ist in seiner neuesten Grundsatzentscheidung zur Auslegung des Artikel 1 sehr weit gegangen, als es den „assistierten Suizid“ in die unantastbare Menschenwürde eingebunden hat.

Übrigens: Wie sich das Recht auf assistierten Suizid für eine Schwangere, die unter Gebärpflicht steht, auswirkt, hat es dabei nicht erörtert.



Vor dem Hintergrund dieser erweiterten unveräußerlichen Menschenwürdegarantie ist das biologistische Frauenbild, an dem auch der Reformentwurf nicht rührt, schwerlich als Menschenrechts- und verfassungskonform zu argumentieren. Die körperliche Integrität, die Sinnggebung im eigenen Leben umfasst demnach keine Pflicht zu leben. Kann es dann eine Pflicht geben, Leben zu gebären? Der Bundestag hat die Aufgabe, gesellschaftliche Emanzipationsprozesse, die sich auf die Verwirklichung des Grundgesetzauftrages zur Gleichstellung der Geschlechter beziehen, auf der Höhe der Zeit umzusetzen und sich von einer antagonistischen Mutterschaftsideologie frei zu machen.

Es geht beim Schwangerschaftsabbruch um das Menschenbild der Frau, um eine Patriarchats- und kulturkritische Auseinandersetzung und um die besondere Geschichte des Abtreibungsrechts in Deutschland.

Somit ist ein größerer Bogen zu schlagen, wenn nach über 30 Jahren und nach dem Ende des liberalen Abtreibungsrechts der DDR über eine grundlegende Reform des rechtlichen Rahmens für die Abtreibung zu reden ist. Die Selbstbestimmung der Frau und Gleichstellung mit dem Mann, insbesondere wenn sie als Schwangere offenkundig „das andere Geschlecht“ ist, kann ihr nicht weiter verwehrt werden. Es geht beim §218 nicht nur um Straffreiheit, sondern auch darum, sich gesellschaftlich und im Parlament der Werte zu vergewissern, auf denen ein zeitgemäßes Frauenrecht gründet. ■



Monika Knoche
Jahrgang 1954,
Stadträtin von 1986-1994
für die Grünen in Karlsruhe

- von 1994-2002 Mitglied im Bundestag gesundheits- und drogenpolitische Sprecherin
- Obfrau in Enquete-Kommission Recht und Ethik in der modernen Medizin
- von 2005-2009 stellvertretende Fraktionsvorsitzende die Linke außenpolitische Sprecherin
- von 2002 bis 2014 Gewerkschaftssekretärin beim Bundesvorstand ver.di.

„Für eine Gesundheitsversorgung auf Augenhöhe“

Portrait

Queermed
Deutschland



Foto: Sara Samson Grzybek, Gründer*in & Geschäftsführung von Queermed Deutschland

Queermed Deutschland ist eine gemeinnützige Organisation, die sich für eine diskriminierungssensible und diversitätssensible Gesundheitsversorgung einsetzt. Ein zentraler Bestandteil der Arbeit ist das Verzeichnis, das eine Übersicht von Ärzt*innen, Therapeut*innen und weiteren Gesundheitsfachkräften bietet, die sich mit den Bedarfen unterschiedlicher Patient*innen auseinandersetzen und diversitätssensibel arbeiten. Die Empfehlungen kommen nahezu alle durch anonyme Empfehlungen seitens Patient*innen und kooperierenden Beratungsstellen zusammen.

Im Gesundheitswesen erleben viele Menschen Barrieren – sei es durch unzureichende Kenntnisse über geschlechtliche und sexuelle Vielfalt, finanzielles Gatekeeping, unbewusste Vorurteile oder strukturelle Diskriminierung. Queermed Deutschland setzt sich dafür ein, diese Hürden abzubauen. Das Ziel ist es, Patient*innen eine niedrigschwellige Möglichkeit zu geben, sensibilisierte Fachkräfte zu finden, und zugleich medizinisches Personal für einen diskriminierungssensiblen Umgang zu sensibilisieren.

Neben dem Verzeichnis engagiert sich Queermed Deutschland in der Aufklärungsarbeit, bietet Weiterbildungen für Gesundheitsberufe an und unterstützt den Aufbau einer inklusiveren medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Denn eine gute Gesundheitsversorgung muss für alle zugänglich sein – unabhängig von Geschlecht, sexueller Orientierung oder anderen Faktoren.

170 neue Auszubildende an der Akademie der München Klinik ① →

Offen.



↑ Das Cross-Mentoring-Programm fördert Frauen in Führungspositionen ①

Wenn Diversity auf dem Lernplan steht ↓

Was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr – daher haben die 35 Helios Bildungszentren Diversity fest in ihren Lehrplänen verankert. Das soll sicherstellen, dass alle Auszubildenden die sieben Dimensionen von Vielfalt intensiv kennenlernen: Alter, ethnische und soziale Herkunft, Geschlecht, Religion, sexuelle Orientierung sowie körperliche und geistige Fähigkeiten. Seit Ende 2021 sind alle Helios Kliniken Mitglied der „Charta der Vielfalt“ – für eine Arbeitswelt, die frei von Vorurteilen ist.



Vielfalt von Anfang an – an den Helios Bildungszentren eine Selbstverständlichkeit ②



← Gelebte Vielfalt und Chancengleichheit

Ob Frauenförderung, LGBTQ* oder interkulturelle Kompetenzen – die München Klinik (MüK) lebt Vielfalt aktiv und engagiert sich schon lange im Gender- und Diversitymanagement. Das LGBTQ*-Netzwerk der MüK ist bereits seit zehn Jahren aktiv. Sehr erfolgreich ist auch das Cross-Mentoring-Programm, das Ärztinnen auf dem Weg zur leitenden Oberärztin oder Chefärztin begleitet. Ein wichtiger Fokus ist zudem die Vermittlung interkulturelle Kompetenzen – für ein Miteinander, das auf Respekt und Chancengleichheit basiert.

Bunt.



Teilnahme der München Klinik am Christopher Street Day in München ①



← **Rollendes Bekenntnis zu Vielfalt und Toleranz**
Diversität ist am Universitätsklinikum Freiburg (UKF) ein gelebtes Konzept. Zum 12. Diversity-Tag 2024 setzte das UKF ein starkes Zeichen für Vielfalt und Chancengleichheit. Zwei eigens gestaltete Straßenbahnen fuhren durch Freiburg und machten unübersehbar deutlich: Das Klinikum engagiert sich aktiv für eine Zukunft, die frei von Diskriminierung und Ausgrenzung ist.

Ausschnitte aus YouTube – ein klares Bekenntnis zur gelebten Vielfalt ⑤ ↓

Diversity ist unser Alltag →

Diversity bedeutet mehr als Herkunft – es geht um den wertschätzenden Umgang mit Vielfalt und Individualität. Der Klinikverbund Südwest lebt Vielfalt in all ihren Dimensionen – von Alter und Herkunft bis hin zu Geschlecht und Weltanschauung. Schon vor drei Jahren hat sich der Klinikverbund mit dem YouTube-Video „Diversity ist unser Alltag“ klar zur Vielfalt bekannt. 2023 hat er die „Charta der Vielfalt“ unterzeichnet – ein eindeutiges Signal für Diversität am Arbeitsplatz.



← Inklusives Theaterprojekt - in der Unterschiedlichkeit vereint

Die Berliner Tagespflegeeinrichtung Hofmannsgarten hat für ihr inklusives Theaterprojekt „Reise der Wünsche“ den Deutschen Pflegepreis für Vielfalt und Respekt 2024 gewonnen. Denn in diesem Projekt schauspielern pflegebedürftige sowie demenziell-veränderte Menschen. Sie werden durch die Theaterarbeit aktiviert und erhalten die Möglichkeit, ihre Stärken und Talente einzubringen. Das aktiviert, inspiriert und bringt Lebensfreude. Der Preis von der Korian Stiftung für Pflege und würdevolles Altern ist zum vierten Mal verliehen worden.



Gemeinsam Theaterspielen – eine innovative und kreative Arbeit im Tagespflegealltag ④

Gemeinsam.

Text von Brigitte Teigeler

Bildnachweise:

München Klinik Thalkirchner Straße ①

Helios Kliniken GmbH ②

Universitätsklinikum Freiburg ③

Korian Stiftung für Pflege und würdevolles Altern ④

Klinikverbund Südwest gGmbH ⑤



Pflegetheorien im Kontext queersensibler Pflege

Neue Perspektiven und Handlungsimpulse für die professionelle Pflegepraxis

Sabine Münzenmay, Christian Mazurek & Bettina Flaiz

Der Begriff der Diversität ist vielschichtig und umfasst verschiedene Dimensionen wie Geschlecht, ethnische Herkunft, soziale Klasse, Religion, Alter, sexuelle Orientierung sowie körperliche und geistige Fähigkeiten. Ab den 1980er Jahren erlangte Diversität eine erweiterte Bedeutung, die über biologische Unterschiede hinausgeht und verstärkt soziale Aspekte in den Blick nimmt. Besonders in den USA wurde Diversität als Ressource für gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit unter marginalisierten Gruppen betrachtet. Politische Initiativen wie affirmative action förderten die Integration dieser Gruppen und trugen erstmals zur Schaffung einer gerechteren und inklusiveren Gesellschaft bei.

Beinahe konträr dazu finden sich im Gesundheitsbereich und speziell der Pflege ab den 1950er Jahren mit der Theorieentwicklung der Versuch einen Bezugsrahmen für Pflegefachpersonen zu schaffen, der nicht nur pflegerisches Wissen strukturiert, sondern ebenso die Eigenständigkeit des Pflegeberufs betont. (Pflegetheorien erfassen pflegerische Phänomene systematisch, um deren Zusammenhänge zu erklären und zukünftige Entwicklungen zu antizipieren. Sie bieten ein abstraktes Modell der Pflegebeziehung und

sollen allen Beteiligten eine theoretische Grundlage und Orientierung geben. Die meisten Pflegetheorien haben den Anspruch, den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen. Sie berücksichtigen körperliche, psychische und soziale Aspekte, bleiben jedoch in Bezug auf Diversität oft unzureichend differenziert.

Insofern besteht eine Lücke, da Pflegetheorien und darüber hinaus Konzepte, Modelle sowie Leitbilder eine queersensible Ausrichtung, die Diversität anerkennt und den individuellen Bedürfnissen aller Menschen gerecht wird, weitestgehend fehlt.



Aufgrund dieser defizitären Ausgangslage erfolgt die Betrachtung des „Queer-Seins“ sowie der wesentlichen Entwicklungslinien der Pflege-theorien, um darauf aufbauend mögliche Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

„Queer sein“ als Aspekt von Diversität

Jüngere Generationen, konkret die Jahrgänge ab 1995 identifizieren sich zu 12% als zugehörig zum queeren Spektrum. Der Begriff queer wird in akademischen Kreisen und der LGBTQ Community meist als die Vielfalt sexueller Orientierungen und Geschlechtsidentitäten beschrieben. LGBTQ steht als Abkürzung für „Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender und Queer/Questioning“. Es bezeichnet eine vielfältige Gemeinschaft von Menschen, die sich in Bezug auf ihre sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und geschlechtliche Ausdrucksweise von heteronormativen oder traditionellen Geschlechternormen unterscheiden. Der Begriff LGBTQ umfasst sowohl gleichgeschlechtliche Orientierung, nicht-binäre Geschlechtsidentitäten als auch die Akzeptanz von Fluidität in Bezug auf Geschlecht und Sexualität. In vielen Kontexten wird die Abkürzung auch erweitert, um andere Identitäten wie Intersex, Asexuell oder weitere Formen sexueller und geschlechtlicher Vielfalt einzuschließen, was sich in der erweiterten Form LGBTQIA+ widerspiegelt.

Bis in die 1970er Jahre waren queere Biografien in Deutschland oft von psychiatrischen Diagnosen, juristischen Konsequenzen und sogenannten „Heilungsversuchen“ geprägt.



Sozialisation und Queer sein

Homosexualität war bis 1969 strafbar (ab 1969 teilweise entkriminalisiert) und wurde als psychische Störung angesehen, die zu Repressionen und Diskriminierung führte. In psychiatrischen Einrichtungen wurden queere Menschen mit Konversionstherapien behandelt. Der § 175 des Strafgesetzbuches (StGB) kriminalisierte über 123 Jahre lang Homosexualität und ermöglichte die staatliche Verfolgung schwuler und bisexueller Männer. Erst 1994 wurde dieser Paragraph endgültig abgeschafft, wodurch in

Deutschland keine strafrechtliche Sondervorschrift gegen Homosexualität mehr existiert. Es dauerte 45 Jahre bis dieser diskriminierende Paragraf beseitigt wurde. Interessanterweise kam der letzte Impuls zur Abschaffung des § 175 aus der ehemaligen DDR, was den Schritt zu einer demokratischen Rechtsstaatlichkeit paradox erscheinen lässt. Heutzutage erscheint der Gedanke an eine Strafvorschrift gegen Homosexualität zunehmend fremd und schwer nachvollziehbar. Für viele junge Menschen ist es kaum vorstellbar, dass der Staat Menschen inhaftierte, weil sie eine andere sexuelle Orientierung hatten als die Mehrheit. Wierz und Nürnberg (2024) benennen als Einflussfaktoren der Sozialisierung von queeren Menschen die jahrhundertelange Verfolgung und Pathologisierung, ein kollektives Erleben jenseits der gesellschaftlichen Heteronormativität zu stehen, fehlende Vorbilder im persönlichen Umfeld, wenig Repräsentanz in der Öffentlichkeit, strukturelle Diskriminierung durch heteronormative Gesetze und Diskriminierungserfahrungen sowie Ausgrenzung und Ängste. Folglich wirkt die generationale Diskriminierung queerer Menschen bis heute nach und hat Einfluss auf das aktuelle Denken und Handeln in unserer Gesellschaft und somit ebenso in der Gesundheitsversorgung von queeren Personen.

Stand der Pflege-theorien in Deutschland

Mit Beginn der Theoriebildung in der Pflege entstanden vor allem in den USA verschiedene pflegetheoretische Ansätze. In Deutschland florierten die Pflege-theorien insbesondere in den 1980er und 1990er Jahren. Mittlerweile überwiegen die kritischen Einschätzungen. Brandenburg attestiert eine „Theorieabstinenz“ deren Ursachen unter anderem in der Fokussierung auf einer ausschließlich evidenzbasierten Pflege sowie des hohen Abstraktionsgrad von Pflege-theorien, liegen. Zudem sind die meisten etablierten Pflege-theorien in einem gesellschaftlichen Kontext entstanden, der stark von heteronormativen Vorstellungen geprägt ist. Sie basieren auf traditionellen Geschlechter- und Beziehungskonzepten, wodurch queere Lebensrealitäten oft unberücksichtigt. So stellt zum Beispiel das Strukturenmodell von Krohwinkel die individuellen existenziellen Erfahrungen in den Mittelpunkt, während das Modell von Roper, Logan und Tierney pflegerische Bedürfnisse anhand grundlegender Lebensaktivitäten erfasst. Beide Ansätze sind darauf ausgerichtet, eine umfassende pflegerische Versorgung sicherzustellen, doch geschlechtliche und sexuelle Vielfalt werden nicht explizit thematisiert. Leiningers Theorie der Transkulturellen Pflege erweitert zwar den Blick auf den Menschen, indem sie dessen kulturelle Zugehörigkeit und den Einfluss sozialer, wirtschaftlicher und rechtlicher Faktoren mit einbezieht. Gleichwohl bleibt die Auseinandersetzung mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt ebenso weitgehend unberücksichtigt. Die

vorherrschende Ausrichtung auf Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität kann zu einer unzureichenden Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse queerer Menschen führen, was negative Auswirkungen auf ihre Pflegeerfahrungen und Gesundheit haben kann. Deutlich zeigt sich dabei, dass Pflegetheorien, -konzepte und -modelle diese Pluralität bislang kaum reflektieren.

Handlungsempfehlungen für eine queersensible Pflege

Zahlreiche Studien zeigen, dass queere Menschen eine höhere Prävalenz physiologischer und psychischer Gesundheitsprobleme aufweisen, die häufig nicht selbstverschuldet, sondern das Resultat jahrzehntelanger Diskriminierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft sind. Darüber hinaus verdeutlicht die Auseinandersetzung mit den Pflegetheorien, dass Pflegefachpersonen, die eine Schlüsselrolle in der Versorgung von queeren Personen einnehmen, auf keinen Orientierungsrahmen für ihre pflegerische Performance zurückgreifen können. Queersensible Pflege erfordert ein Bewusstsein für die speziellen Bedürfnisse von queeren Menschen, die aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung und marginalisierter Erfahrungen häufig einer besonders hohen Vulnerabilität ausgesetzt sind.

**Die Beziehung
zwischen
Pflegefach-
personen und
Pflegebe-
dürftigen wird in
diesem Kontext zu
einem besonders
sensiblen Bereich.**



Um eine respektvolle und bedarfsgerechte Pflege zu gewährleisten, müssen Pflegefachpersonen daher in der Lage sein, sich mit den unterschiedlichen Identitäten und Lebensrealitäten auseinanderzusetzen, ohne voreingenommene oder verletzendere Haltungen zu entwickeln.

Handlungsempfehlungen sind somit ein erster Schritt um eine Verbesserung für queere Menschen zu bewirken und zugleich für Pflegefachpersonen einen Orientierungsrahmen darstellen.

Reflexion der eigenen Haltung

Um eine queersensible Pflege zu gewährleisten stellt eine offene, diversitätssensible Haltung die fundamentale Ausgangsbasis dar. Nicht selten findet eine Pauschalisierung statt, die den Blick auf die Individualität des Einzelnen trübt. Oftmals sagen Pflegefachpersonen, dass sie keine Vorurteile hätten, da sie selbst Freunde oder Bekannte haben die queer sind. Gleichzeitig kommt es zu Vorannahmen und neugierigen Fragen: „Wie lange wissen sie bereits das sie auf Männer stehen“, die bereits diskriminierend sind. Daher ist es immanent sich der eigenen Haltung bewusst zu werden, um dadurch sensibel für die eigenen blinden Flecken zu werden. Zur Selbstreflexion können dabei Fragen an sich selbst gestellt werden: Wie würde es mir gehen, wenn ich diese Frage bekommen würde? Was würde ich mir in dieser Situation wünschen? Ziel dieser Selbstreflexion ist, dass Pflegefachpersonen, die mit queeren Menschen arbeiten, durch ihre Haltung authentisch vermitteln, dass sie die andere Person in ihrer Ganzheit wertschätzt und anerkennt.

Sensibilität der Sprache etablieren

Für die queere Community kommt der Sprache eine ganz besondere

Bedeutung zu, da sie als Mittel zur Identifikation und Selbstbeschreibung dienen. Sprache ermöglicht generell sich selbst zu definieren und Erfahrungen auszudrücken. Obwohl Begrifflichkeiten immer auch einschränken und nicht vollständig die Vielfalt beispielsweise der sexuellen Orientierungen erfassen. Folglich lautet die Empfehlung sich zunächst den eigenen Sprachgebrauch bewusst zu machen. Hierbei kann Selbstreflexion sowie das Einholen von Feedback die Basis bilden, um in der Kommunikation Offenheit und Verständnis zu etablieren, die zu einem respektvollen Dialog führt, hilft Missverständnisse zu vermeiden hilft und einen sicheren Raum schafft für individuelle Ausdrucksformen.

Queersensible Kompetenzen aneignen

Eine Recherche der Curricula sowie Fort- und Weiterbildungsprogrammen zeigt in Stichproben, dass sich die queersensible Pflege größtenteils defizitär darstellt. Diese Defizite tragen auch dazu bei, dass (angehende) Pflegefachpersonen nur wenig Berührungspunkte mit queeren Themen haben, somit kaum Sensibilität für die Bedürfnisse dieser Personengruppe entwickeln können und sich diese Personengruppe folglich nicht gesehen. Aufgrund der defizitären Lage, die sich auch in der Nicht-Beachtung innerhalb der Pflegetheorien zeigt, ist die Aneignung von queersensiblen Kompetenzen zu forcieren. Dies schließt entsprechende Kommunikationsstrategien ein, die einen respektvollen und inklusiven Umgang mit queeren Personen fördern. Außerdem sollten in fachlicher Hinsicht Wissen vermittelt werden. Die Zusammenarbeit mit lokalen LGBTQ+-Organisationen kann hierfür eine wertvolle Unterstützung sein, etwa durch praxisorientierte Workshops, Seminare und webbasierte Schulungen für Pflege-

gefachpersonen. Diese Formate können queer spezifische Fragen, Wissenslücken und Queer-Themen klar adressieren und Missverständnisse ausräumen. Zudem ist für die Aneignung queersensibler Kompetenzen Raum zu schaffen für Diskussionen, die das Bewusstsein für die eigene Haltung für (angehende) Pflegefachpersonen erlebbar machen und ermöglichen, dass das Verständnis für das Thema Queer sein vertieft wird. ■

Literatur

Die Literatur zum Beitrag finden Sie online unter zeitschrift-mabuse.de/literatur



Sabine Münzenmay verfügt über mehr als 30 Jahre Erfahrung in der Pflege mit Schwerpunkt Gerontologie und Geriatrie. Sie vertiefte ihr Fachwissen mit einem Studium der Pflegepädagogik (B.A.) und einem Master in Pflegewissenschaften. An der Dualen Hochschule Stuttgart ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig und widmet sich der Lehre sowie der Begleitung zukünftiger Pflegefachkräfte.



Christian Mazurek Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie, B.Sc. Pflege. Er arbeitet als Referent der Pflegedirektion am Klinikum Stuttgart. Schwerpunkte seiner Arbeit sind der Bereich Praxisanleitung und Praxisentwicklung, mentale Gesundheit, sowie queersensibilität in der Pflege



Prof.in Dr. rer. cur. Bettina Flaiz hat als examinierte Pflegefachperson (RN) in verschiedenen pflegerischen Settings, insbesondere in der psychiatrischen Pflege, mehr als zehn Jahre Berufserfahrung gesammelt. Anschließend absolvierte sie ihr Bachelor- und Masterstudium, war mehrere Jahre als Pflegedienstleistung tätig. Sie hat 2018 an der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallender zum professionellen Identitätsverständnis von Pflegefachpersonen promoviert. Seit 2019 ist sie als Professorin an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg.

Fazit

Bestehende Pflegetheorien, -konzepte und -modelle bilden die Pluralität sexueller Orientierungen und Geschlechtsidentitäten oft nicht ausreichend ab, was einen Forschungsbedarf zur Entwicklung inklusiverer und queersensibler Pflegeansätze unterstreicht.

Die Entwicklung von Queersensibilität bei Pflegefachpersonen stellt einen entscheidenden Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für queere Menschen dar. Pflegefachpersonen nehmen hierbei eine Schlüsselrolle ein, indem sie aktiv daran arbeiten, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und eine inklusive Versorgung zu gewährleisten.

Queersensibilität geht über das bloße Wissen um die Existenz verschiedener sexueller Orientierungen und Geschlechtsidentitäten hinaus. Sie erfordert ein tiefgreifendes Verständnis für die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse und Lebenserfahrungen queerer Menschen. Dies beinhaltet die Auseinandersetzung mit Themen wie Minderheitenstress, Coming-out-Prozessen und den Auswirkungen von Diskriminierung auf die psychische und physische Gesundheit.

Für Pflegefachpersonen bedeutet die Entwicklung von Queersensibilität eine kontinuierliche Reflexion der eigenen Haltung und Vorurteile. Es geht darum, heteronormative Annahmen zu hinterfragen und eine offene, respektvolle Kommunikation mit queeren Patient:innen/Bewohner:innen zu pflegen. Dies umfasst die Verwendung inklusiver Sprache, die Anerkennung selbstgewählter Pronomen und Namen sowie die Berücksichtigung vielfältiger Familienkonstellationen.

Durch die konsequente Umsetzung queersensibler Pflege können Pflegefachpersonen maßgeblich dazu beitragen, Barrieren im Gesundheitssystem abzubauen und das Vertrauen queerer Menschen in die Gesundheitsversorgung zu stärken. Dies kann langfristig zu einer Verbesserung der Gesundheitsoutcomes führen und trägt zu einer gerechteren und inklusiveren Gesundheitsversorgung für alle bei.

Über die Notwendigkeit, eine kritische Perspektive auf Diversität einzunehmen

Ankündigung eines Forschungsberichts

Karin Brendel & Karl-Heinz Sahmel

Diversität – das ist ein Stichwort, das in allen Lebensbereichen umgesetzt werden sollte. Je mehr dies allerdings gefordert wird, desto offensichtlicher wird, dass wir von einer breiten Verwirklichung von Diversität noch weit entfernt sind. Zumindest dies darf wohl kritisch angemerkt werden.

Was versteht man unter „Diversity“? Gibt es eine Zusammenfassung des Konzepts? Schwierigkeiten tun sich auf. Was gehört dazu?

Der Begriff Diversität stammt aus dem Lateinischen und wird allgemein mit "Vielfalt" und "Vielfältigkeit" übersetzt. Im deutschsprachigen sozialwissenschaftlichen Diskurs bezieht sich Diversität oder Diversity hauptsächlich auf die Anerkennung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Menschen auf struktureller, sozialer oder individueller Ebene. Diese Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind oft gesellschaftlich bedingt.

Es gibt keine einheitliche Definition oder einheitliches Verständnis darüber, welche spezifischen Aspekte der menschlichen Vielfalt der Begriff Diversität genau umfasst.



Je nach Perspektive, gesellschaftlicher oder wissenschaftlicher Verortung oder Erkenntnisinteresse können dies alle biologischen, sozialen oder kulturellen Eigenschaften sein, die Individuen oder Gruppen voneinander unterscheiden, wie zum Beispiel Ethnie, Alter, Sprache, Fähigkeiten, Qualifikationen oder Kompetenzen. In der Fachliteratur werden unterschiedliche Ansätze zur Diversität beschrieben, wie beispielsweise: der gesellschafts- und herrschaftskritische Ansatz und der marktorientierte Ansatz (vgl. Fereidooni und Zeoli, 2016). Beide Ansätze teilen die

positive Einstellung zur Heterogenität von Individuen und Gruppen. Vielfalt und Unterschiedlichkeit werden nicht als Mangel, sondern als Potenzial gesehen. Synonym zu Diversität/Diversity werden häufig auch Begriffe wie Heterogenität, Unterschiedlichkeit, Verschiedenheit, Mannigfaltigkeit und Differenz verwendet.

Gardenswartz und Rowe (1998) stellen in ihrer Sicht auf Diversität die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Menschen in Form von Dimensionen dar. Diese Dimensionen können sichtbar sein, wie beispielsweise Hautfarbe oder Geschlechtsmerkmale, oder unsichtbar, wie soziale Herkunft und Religion. Die beschriebenen Dimensionen sind soziale Konstrukte und abhängig vom subjektiven Empfinden sowie gesellschaftlichen Normen und Werten. Gardenswartz und Rowe (1998) haben mögliche Dimensionen von Diversität in ihrem Modell "4 Layers of Diversity" systematisch abgebildet und im "Diversity-Wheel" (Gardenswartz und Rowe, 1998) bildlich dargestellt (vgl. Abbildung 1). Sie nutzen eine mehrdimensionale Sichtweise und beschreiben Unterschiede, die die Persönlichkeit sowie die innere, äußere und organisationale Ebene von Diversität betreffen. Die Dimensionen Ethnische Zugehörigkeit, Alter und sexuelle Orientierung gehören u.a. zur inneren Ebene des Rads. Diese Ebene gilt als weitgehend unveränderbar. Die äußere, beeinflussbare Ebene umfasst Aspekte wie Elternschaft, Ausbildung oder Familienstand, während die organisationale Ebene Dimensionen wie Arbeitsort oder Arbeitsinhalte umfasst.

Die zuvor beschriebenen Diversitätsdimensionen treten selten oder nie allein auf, sondern meist in Kombination miteinander. Eine Person wird beispielsweise nicht nur durch die Dimension "Geschlecht" definiert. Ihre Identität und Lebenswelt werden auch durch ihre ethnische und soziale Herkunft, ihr Alter, ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten, ihre sexuelle Orientierung sowie ihre Religion und Weltanschauung geprägt. Das Überschneiden und Ineinanderverwirken verschiedener Diversitätsdimensionen und möglicher Diskriminierungsformen werden als Intersektionalität bezeichnet.

Insbesondere im Hochschulbereich ist die Thematisierung der Diversity-Problematik relativ weit fortgeschritten. Aber wie wirkungsvoll sind diese verschiedenen Programme?

Hier angezeigt wird ein Forschungsprojekt, das als Dissertation von Frau Karin Brendel, Dozentin und Leiterin des Studiengangs BSc Hebamme an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Winterthur unter Begleitung von Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel, Leiter des Studiengangs BA Medizin- und Pflegepädagogik an der Carl Remigius Medical School/Fresenius Hochschule Frankfurt/M. am Institut für Pflegewissenschaft der UMIT Tirol in Hall durchgeführt wird.

In den Modulhandbüchern etlicher Studiengänge für Hebammen und Pflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz finden sich in unterschiedlicher Differenzierung programmatische Ausführungen zur Thematik Diversity. Diese reichen von allgemeinen Vorsätzen bis zur Thematisierung spezifischer Aspekte in besonderen Modulen. Es ist notwendig, diese Ausführungen in den Modulhandbüchern in einem ersten Schritt hermeneutisch zu analysieren und kritisch zu beleuchten.

Zunächst einmal belegt die vielseitige Thematisierung von Vielfalt die Wichtigkeit des Themas für die Studiengänge. Die Darstellung diversitätsspezifischer Themen in den untersuchten Modulhandbüchern gestaltet sich vielseitig. Zum Teil werden diversitätsspezifische Module in das Curriculum integriert. Ziel dieser Module ist es, die Auseinandersetzung mit eigenen Werten, Einstel-

lungen und Haltungen anzuregen sowie das Bewusstsein für Vielfalt und Diversität und die daraus resultierenden Herausforderungen für das professionelle Handeln zu schärfen. Diese Module vermitteln sowohl theoretische Grundlagen als auch praktische Fähigkeiten, wie zum Beispiel interkulturelles Training, und legen einen besonderen Fokus auf transkulturelle Inhalte.

Des Weiteren werden in den analysierten Modulhandbüchern Diversitätsaspekte und -dimensionen als fachintegrierte Inhalte behandelt. Das bedeutet, sie werden im Zusammenhang mit professionsspezifischen Inhalten betrachtet, also im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit sowie auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett thematisiert. So werden beispielsweise Zugänge zu Gesundheitsdiensten diskutiert, Herausforderungen bei der Begleitung und Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund oder Personen mit physischen oder psychischen Beeinträchtigungen. Inwieweit hierbei Haltungen und Einstellungen der Studierenden zur Thematik erörtert werden oder eine Benachteiligung oder Diskriminierung einzelner Gruppen in der Gesundheitsversorgung diskutiert werden soll, wird in den Modulhandbüchern nur vereinzelt beschrieben.

Wie wird nun diese in den Modulhandbüchern aufgestellte Programmik von Lehrenden in Gesundheitsstudiengängen an deutschen, österreichischen und schweizerischen Hochschulen umgesetzt? Für diesen zweiten Forschungsschritt wurden 17

Dozentinnen und Dozenten zu Expertengesprächen eingeladen. Diese leitfadengestützten Interviews wurden transkribiert und gemäß den Regeln qualitativer Sozialforschung (Mayring / Kuckartz) analysiert. Ein kurzer Blick auf die Ergebnisse zeigt: die Programmik von Diversity, wie sie in den Modulhandbüchern aufgestellt worden ist, ist auch im Denken und im Lehren von Dozentinnen und Dozenten wirksam.

In den Interviews mit den Dozierenden zeigt sich eine große Sensibilität für diversitätsspezifische Themen und die Bereitschaft diversitätsspezifische Inhalte in Vorlesungen, Seminaren sowie im Skills- und Simulationsunterricht umzusetzen. Besonders im fallbasierten Unterricht, in Kommunikations- und Beratungsmodulen gelingt die Verknüpfung der fachspezifischen Inhalte mit diversitätsspezifischen Aspekten und die Betrachtung möglicher Herausforderungen oder Benachteiligungen nach ihren Angaben bereits gut. Die Interviewten bemerkten allerdings kritisch, dass diese Verknüpfung in Modulen, in denen hebammen- oder pflegespezifisches Fachwissen oder Skills vermittelt werden, weniger gut gelingt. Sie wiesen darauf hin, dass für eine weitere gezielte und erfolgreiche Integration der diversitätsspezifischen Inhalte in Fachmodule, eine fundierte Wissensgrundlage bei den Lehrenden sowie eine Auseinandersetzung mit diesen Themen in den Dozierenden-Teams notwendig ist. Sie empfehlen Schulungen für Lehrende zur diversitätsgerechten Didaktik und gezielte Teamanlässe zur Thematik.



Scheint nun also die Programmatik von Diversity in der Hochschule zumindest aus der Sicht von Verantwortlichen und Lehrenden teilweise umgesetzt zu werden, so eröffnet der dritte Forschungsschritt weitere Herausforderungen. In zwei round-table-Gesprächen wurden Studierende der Pflege und des Hebammenwesens aus den drei Ländern aufgefordert, sich über ihre Erfahrungen mit Diversity auszutauschen. Auch diese Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet. Jetzt wird deutlich, dass die Studierenden wie ihre Lehrenden sich in der Hochschule vordergründig als gleichförmig in Bezug auf Umgang, Sprache und Kultur erleben. Allerdings berichten die Studierenden von persönlichen Diversitätsmerkmalen, zum Teil unsichtbaren, wie beispielsweise erlebte Migrationserfahrung, sexuelle Orientierung oder psychische Beeinträchtigungen. Diese persönlichen Erfahrungen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse können oder möchten sie in großen Vorlesungsveranstaltungen nicht teilen, obwohl sie damit, ihrer Meinung nach, zu einer vertieften Betrachtung der Thematik beitragen könnten.

Gleichzeitig berichten die Studierenden von Begebenheiten in den Praxiseinsätzen, in denen Kolleginnen und Kollegen oftmals nicht oder schwer mit der Andersartigkeit und dem Fremden umgehen können.

Das teilen sie mit vielen Menschen in unserer Gesellschaft. Diese Erfahrungen verdeutlichen, dass sich die akademische Thematisierung von Vielfaltigkeit in der Praxis meist schwierig umsetzen lässt. Die Studierenden weisen darauf hin, dass die Vermittlung der diversitätsspezifischen Inhalte sowie die Umsetzung des Erlernen im Skills- oder Simulationsunterricht eine Sensibilität für die Thematik fördert und stärkt. Darüber hinaus wünschen sie sich jedoch vermehrten Austausch sowie Reflexionen und Analysen der eigenen Erfahrungen und der Praxiserfahrungen, gemeinsam mit den Dozierenden und den Fachpersonen aus der Praxis.

Ist Diversity möglicherweise eine Ideologie?

Ganz vorsichtig deutet sich an, dass zwar in allen drei Forschungsschritten – Interpretation der Modulhandbücher, Interviews mit Lehrenden und Gesprächsrunde mit Studierenden aus Pflege- und Hebammenstudiengängen in den drei Ländern – eine sehr hohe Achtung gegenüber dem mit Diversity verknüpften Wert der Toleranz festgestellt werden kann. Ob und vor allem wie ein dieser Programmatik adäquates professionelles Handeln gelehrt, gelernt und umgesetzt werden kann, bleibt offen. Die an verschiedenen Stellen des Projekts mehrfach auftauchenden kritischen Perspektiven lassen eine gewisse Skepsis aufkommen gegenüber dem Eindruck, in Pflege und im Hebammenwesen gebe es – zumindest auf akademischer Ebene – bereits eine „Diversity-Kompetenz“.

Das Projekt wird im Sommer dieses Jahres abgeschlossen und die differenzierten Ergebnisse sollen im Winter 2025 publiziert werden. ■

Literatur

- Abdul-Hussain, S. (2012). Genderkompetenz in Supervision und Coaching. Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Fereidooni, K., & Zeoli, A. P. (2016). Managing Diversity – Einleitung. In: K. Fereidooni & A. P. Zeoli (Hrsg.), Diversity Management: Beiträge zur diversitätsbewussten Ausrichtung des Bildungssystems, des Kulturwesens, der Wirtschaft und der Verwaltung (S. 9–15). Springer VS.
- Gardenswartz, L. und Rowe, A. (1998). Managing diversity: A complete desk reference and planning guide. 2., überarb. Aufl. New York: McGraw-Hill. ISBN 978-0-07-022004-1



Karin Brendel ist Hebamme, Dipl. Pflegepädagogin und hat einen Master in Education for Health Professionals. Sie leitet den Studiengang Hebamme an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Winterthur, ZH. Sowohl als Studiengangleitung als auch in ihrem Dissertationsprojekt beschäftigt sie sich eingehend mit der Thematik «Diversität an der Hochschule».

Kontakt:
brek@zhaw.ch
karl-heinz.sahmel@t-online.de



Prof. Dr. habil. Karl-Heinz Sahmel Nach vielen Jahren Tätigkeit an der Hochschule Ludwigshafen nun Leiter des BA-Studiengangs Medizin- und Pflegepädagogik an der Carl Remigius Medical School / Hochschule Fresenius in Frankfurt/M. und apl. Professor am Institut für Pflegewissenschaft der privaten Universität UMIT Tirol in Hall / Österreich.



Frauenemanzipation und Diversität in der Pflege

Von ungleichen Machtstrukturen zu einer professionellen & gesellschaftlich wertgeschätzten Gesundheitsversorgung

Christa Olbrich

Frauenemanzipation und Diversität sind zentrale Themen unserer Gesellschaft. Historisch betrachtet spiegeln sich im Pflegeberuf ungleiche Machtstrukturen in doppelter Hinsicht wieder: die zwischen Mann und Frau sowie zwischen Arzt und Krankenschwester. Diese Marginalisierung hat weitreichende Auswirkungen, die bis in die Gegenwart reichen – sowohl auf das Gesundheitssystem insgesamt als auch auf die Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen. Angesichts einer zunehmend vielfältigen Gesellschaft sind neue Ansätze notwendig, um Stereotype zu überwinden und die Anerkennung von Frauen und Pflegenden jedweder geschlechtlichen Identität zu fördern.

Die Rolle von Frauen und Pflege im Wandel der Zeit

Die Dominanz der Medizin über die Pflege nahm ihren Ursprung zu Beginn der Entwicklung der Naturwissenschaften im 17. und 18. Jahrhundert. Männliche Ärzte verfassten die ersten Lehrbücher zur Krankenwartung (Olbrich 1990) und prägten damit die Pflege über Jahrhunderte. Frauen war das Studium der Medizin verwehrt. Sorgende und dienende Tätigkeiten wurden als „weibliche“ Eigenschaften angesehen – unbezahlt und wenig anerkannt. Diese Zuschreibungen wirken bis heute nach, da Frauen weiterhin um gleichberechtigte Bezahlung und berufliche Chancen kämpfen müssen.

Die ungleiche Machtverteilung zwischen Männern und Frauen spiegelt sich auch in der Geschichtsschreibung, die über Jahrhunderte von Männern verfasst wurde. Heute wird Geschichte zunehmend von Frauen erforscht und dadurch mit neuem Blickwinkel beleuchtet. Erfolgreiche Frauen wurden oft übergangen, obwohl sie bedeutende Beiträge leisteten. So erhielt z. B. Albert Einstein einen Nobelpreis, während die gleichwertige Leistung seiner Frau vergessen wurde. (Schöler 2024). Frauen, die nach dem Zweiten Weltkrieg Trümmer wegräumten, verwundete Soldaten pflegten und ihre Kinder allein großzogen, erhielten kein Verdienstkreuz, das war den Männern vorbehalten. Frauen im Pflegeberuf blieben ebenfalls weitgehend unbeachtet, Pflege war der aufstrebenden Medizin und ihren technischen Fortschritten untergeordnet.

Meilensteine der beruflichen Emanzipation

Kaum in einem anderen Beruf wurden den Frauen so viele Hürden in der Anerkennung und Professionalisierung auferlegt wie in der Pflege. Als Agnes Karll 1903 die Berufsordnung für Krankenpflegerinnen initiierte, wurden diese als „wilde Schwestern“ diffamiert. Gesellschaftliche Diskriminierung und Abhängigkeit von Ärzten prägten die Pflege lange Zeit. Bis zum Krankenpflegegesetz 1985 war der Arzt beispielsweise der alleinige Leiter einer Krankenpflegeschule. Die ihm zugeordnete Unterrichtsschwester hatte die gesamte Schulorganisation zu tätigen. Die Inhalte legten die Ärzte fest, sie nahmen die Prüfungen ab und bestimmten somit über die Lehrinhalte der Pflege.

In den 1960er Jahren etablierte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die ersten Weiterbildungen, die damit ebenfalls von Ärzten kontrolliert wurden. Bis 1979 konnten Ehemänner ihren Frauen die Berufstätigkeit verbieten. Diese Abhängigkeiten waren Ausdruck tief verankerter Machtstrukturen. Meine persönliche Erfahrungen verdeutlichen den damaligen Status der Frau und der Pflege: Als ich die Mittlere Reife und das Abitur nachholen wollte, sagte mein Mann „Nein“. Als ich ein Gutachten beim Ordinarius der Universität Erlangen einholte, um mich überhaupt erst für das Abitur anzumelden zu können, bezeichnete er mich als „tüchtiges Mädchen“ – obwohl ich zu diesem Zeitpunkt bereits in einer Leitungsfunktion in der Pflege tätig war. Hätte er einem seiner Ärzte gesagt: „Sie sind ein tüchtiges Männchen“?

Erst in den 1980er Jahren brachte eine neue Frauenbewegung Veränderungen. Die ersten Pflege-theorien aus der angloamerikanischen Pflegewissenschaft fanden Einzug in die deutsche Pflege. Sie lösten eine Reflexion über die Identität der Pflege aus, aus der sich ein neues Berufsverständnis entwickelte. (Olbrich 2025). Pionierinnen der Pflege studierten und promovierten im Ausland, erst damit konnten sie das Fundament der Pflegewissenschaft in Deutschland legen. (Löser-Priester 2021) Ich selbst habe viele Steine beiseite räumen müssen, um dorthin zu gelangen, wo ich heute stehe. Mein späterer Doktorvater sagte mir: „Pflegewissenschaft gibt es nicht.“ Mit viel Durch-

haltevermögen und im sechsten Anlauf bekam ich schließlich eine Chance. Ich war bereits Professorin in der Pflegedidaktik, als ich hören musste: „Pflegedidaktik gibt es nicht.“ Immer noch wollten andere bestimmen, was Pflege ist und was sie nicht ist. Die Abwertung von Frauen im Pflegeberuf erlebten auch die ersten Studierenden: Ärzte fragten abfällig, ob sie jetzt für das „Pfannenschieben“ ein Studium benötigten, oder kommentierten: „Wollen Sie jetzt etwas Besseres sein?“

Der Weg zur Gleichberechtigung

Heute ist die Pflege als eigenständige Profession anerkannt. Sie verfügt über spezifisches Fachwissen, Pflegekammern, die ihre Autonomie vertreten und Vorbehaltsaufgaben wie den Pflegeprozess. Dies ist den Bemühungen und der Resilienz starker Frauen in der Pflege zu verdanken, die trotz Ablehnung und Abwertung für ihre Anerkennung und damit für die Pflege kämpften. Die entscheidenden Faktoren für diese Entwicklung war die Reflexion des beruflichen Bewusstseins - von unbewusst zu bewusst. „In der sich ihrer selbstbewussten Zeit der 2020er Jahre haben viele Pflegenden ihre Identität gefunden und sind selbstbewusst. Was ist der Quantensprung in diesen Jahren? Pflegefachpersonen werden sich ihres Wertes bewusst. Pflege wird als existenzrelevant (Ehrenfels/Fajardo 2022) erkannt, sie steht im Dialog mit der Politik und wird sich ihrer Position innerhalb des Gesundheitswesens bewusst“. (Olbrich 2025, S. 173)

Ausblick

Diversität innerhalb der Pflege hat viele Dimensionen: Die Zusammenarbeit von Menschen unterschiedlichen Geschlechts und sexueller Identität auf Augenhöhe, die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden in ihren jeweiligen Kompetenzbereichen und Vorbehaltsaufgaben auf Augenhöhe, die Achtsamkeit Pflegender für die individuellen Bedürfnisse

von Patientinnen und Patienten auch entsprechend deren diverser Identität und Orientierung.

Wir haben
emanzipatorisch
viele erreicht
und sind doch
nachwievor
auf dem Weg
zu gelebter
Diversität.



Pflege ist heute Handeln in komplexen, nicht vorhersehbaren und sich rasch verändernden Situationen. (Olbrich 2023) Das verlangt ein hohes Maß an Kompetenz, verbunden mit Sensibilität, Empathie und Stärke der Person. Das kann von Pflegefachpersonen nur dann geleistet werden, wenn sie in ihrer Arbeit Wertschätzung und Anerkennung erfahren. Die Verantwortung dieser Wertschätzung liegt nicht nur im geschlechtsspezifischen Rollenverständnis, sondern auch innerhalb der Berufsgruppe selbst sowie in der Wahrnehmung durch die Gesellschaft. Alle Menschen innerhalb der professionellen Pflege vertreten den höchsten Anteil der Heilkunde in unserem gesamten Gesundheitswesen, das ist zu würdigen. Gesundheit ist das höchste Gut und ohne Pflege können wir alle nicht leben. ■

Literatur

- Ehrenfels, B., Fajardo, A. (2022). Existenz-relevant! Stuttgart: Kohlhammer
- Löser-Priester, I. (2021). Pflegepionierinnen in Deutschland. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Olbrich, C. (2025). Als wir nur tüchtige Mädchen waren. Wie wir die Seele der Pflege verstehen. Münster: Wermeling
- Olbrich, C. (2023). Pflegekompetenz. 4. Aufl., Bern: Hogrefe
- Olbrich, C. (1990). Die Anfänge der Krankenpflegeausbildung, dargestellt an der Krankenwertschule Franz Anton Mais und den ersten Lehrbüchern des 16. bis 17. Jahrhunderts. Pflege, Band 3, Heft 1, Bern: Huber
- Schöler, L. (2024). Beklaute Frauen. 10. Aufl., München: Penguin



Christa Olbrich

ist Pflegeexpertin und -pionierin, Autorin und Rednerin. Sie ist Autorin des Buches „Als wir nur tüchtige Mädchen waren“, Wermeling Verlag, Münster 2025



Die professionelle Pflege von Menschen mit Körperbehinderung

Impulsgeberin für Diversität in der Pflegepraxis

Roman Helbig & Anne-Dörte Latteck

Die professionelle Pflege von Menschen mit Körperbehinderung berücksichtigt die Vielfalt individueller Lebensrealitäten in besonderer Weise und stellt spezifische Anforderungen an ein diversitätssensibles Pflegehandeln. Diversität als soziologisches und sozialpsychologisches Konstrukt bezeichnet die Anerkennung und Förderung von Vielfalt, die Verringerung von Benachteiligung und das Streben nach Chancengleichheit. Sie umfasst ethnische, kulturelle, soziale, altersbezogene, sexuelle und körperliche Aspekte und ist eng mit Inklusion verbunden.

Ursprünglich auf die Bekämpfung von Rassismus und die Einbindung von People of Color fokussiert, wurden später auch Themen wie Geschlechtergleichstellung und die Inklusion von Menschen mit Behinderungen zentral. Diversität steht im Kontext von Political Correctness, Wokeness und Identitätspolitik und betont somit den normativen Wert der Vielfalt. Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ist die Frage nach Diversität zentral: Diversität in der Pflege bedeutet, allen Menschen unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem Geschlecht, der sexuellen Orientierung, Religion, Altersgruppe oder von Fähigkeiten vorurteilsfrei zu begegnen und Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Menschen mit Behinderungen verdeutlichen die Notwendigkeit, Pflege als dynamischen Prozess zu gestalten, der nicht nur auf die körperlichen Einschränkungen, sondern auch auf psychosoziale, kulturelle und biografische Dimensionen des Individuums eingeht.



Zum Jahresende 2023 lebten 7,9 Millionen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung in Deutschland, Tendenz steigend. 15 % der Schwerbehinderungen waren auf geistige und seelische Behinderungen zurückzuführen, bei 9 % waren zere-

brale Störungen ursächlich und bei weiteren 19 % war die Art der schwersten Behinderung nicht ausgewiesen. Der größte Anteil der Schwerbehinderung wurde durch Menschen mit Körperbehinderungen gebildet: mit 58 % stellen sie die größte Gruppe der Menschen mit Schwerbehinderung dar. Schwerbehinderungen können auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt werden: 91 % der schweren Behinderungen wurden durch eine Krankheit verursacht. 3 % der Schwerbehinderungen waren angeboren oder traten im ersten Lebensjahr auf, 1 % der Behinderungen waren durch Unfälle oder Berufskrankheiten zurückzuführen, die übrigen Ursachen summieren sich auf 5 % (Statistisches Bundesamt, 2024).

Der Begriff ‚Körperbehinderungen‘ ist eine Sammelbezeichnung für Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie für innere oder äußere Schädigungen des Körpers bzw. seiner Funktionen. Die häufigsten Formen von Körperbehinderungen umfassen Schädigungen des Zentralnervensystems wie erworbene Querschnittslähmungen, Hirnschädigungen, zerebrale Bewegungsstörungen (z. B. Spastiken), Multiple Sklerosen, Spaltenbildungen des Rumpfes (z. B. Spina bifida) und Parkinsonerkrankungen. Körperbehinderungen können auch durch Schädigungen oder Fehlbildungen des Skelettsystems entstehen, wie Rückgratverkrümmungen (z. B. Skoliose, Lordose), Osteogenesis imperfecta oder Gelenkfehlstellungen. Weitere Ursachen sind Fehlbildungen wie Amelien, Dymelien oder Spaltbildungen von Hand oder Fuß sowie Amputationen. Erkrankungen des Muskelsystems, darunter Muskelatrophie und Muskeldystrophie oder entzündliche Erkrankungen von Knochen und Gelenken können ebenfalls zu Körperbehinderungen führen. In Ermangelung von einschlägigen Theorien und Konzepten zur

Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen wurde zwischen 2018 und 2024 im Rahmen eines Dissertationsprojekts an der Universität Witten/Herdecke ein Forschungsprojekt zur professionellen Gestaltung dieser pflegerischen Versorgung durchgeführt. Ziel über das Generieren wissenschaftlicher Erkenntnisse hinaus war es, einen Beitrag zur Theorieentwicklung zu leisten, indem aus dem subjektiven Erleben heraus relevante Konzepte identifiziert und methodisch miteinander in Beziehung gesetzt wurden. Insgesamt wurden 27 Menschen mit Körperbehinderungen und 13 Pflegefachpersonen zur pflegerischen Versorgung befragt und die Interviews mittels Grounded-Theory-Methode ausgewertet. Dieser Beitrag knüpft an die gewonnen Erkenntnisse auf theoretischer Ebene an.

Die Gestaltung der professionellen Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen kann ein Vorbild für Diversität in der Pflegepraxis sein.



Menschen mit Körperbehinderungen sind keine klassische Zielgruppe von Pflege, die passiv auf pflegerische Hilfestellungen angewiesen ist und durch das Merkmal der Körperbehinderung stigmatisiert werden. Sie können aktiv über ihre Pflegeerfahrungen als Stellvertreter*innen des Langzeitpflegekontextes berichten, da die Behinderung zwar die körperlichen Funktionen beeinträchtigt, nicht jedoch zwingend

die kognitiven Fähigkeiten. Diese Perspektiven sind wichtig, um die Pflegepraxis diversitätsbewusst zu gestalten und Stigmatisierungen zu vermeiden.

Grund genug sich mit der Frage zu befassen, inwiefern die Pflegepraxis von Menschen mit Körperbehinderungen als Impulsgeberin für Diversität in der Pflege dienen kann. Die Reflexion über Diversität in der Pflege ist daher zentral. Sie ermöglicht ein Umdenken hin zu einer personenzentrierten, inklusiven Praxis, die die Menschen als Individuen mit ihren jeweiligen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen wahrnimmt. Die Antwort auf die Frage erfolgt im letzten Abschnitt dieses Beitrages. Zunächst werden die wesentlichen Erkenntnisse des Forschungsprojekts zusammengefasst präsentiert. Im Anschluss wird aufgezeigt, wie wesentlich der Pflegeprozess für gelungene Aushandlungsprozesse und zur Berücksichtigung von Personenzentrierung und in der Folge auch für Diversität ist.

Wie Betroffene und Pflegeprofis die pflegerische Versorgung gemeinsam gestalten

Menschen mit Körperbehinderungen können ganz oder teilweise auf eine professionelle pflegerische Versorgung angewiesen sein, wenn sie in einem oder mehreren Lebensbereichen in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit (Helbig, 2024) zeigen, dass die Lebensqualität von Menschen mit Körperbehinderungen durch ihre aktive Einflussnahme auf individuelle pflegerische Hilfestellungen gestaltet werden kann. Wesentliche Einflussfaktoren sind die Akzeptanz der eigenen Behinderung, Erfahrungen mit professioneller Pflege sowie die Umsetzung individueller Wünsche in der Versorgung. Pflegefachpersonen stehen dabei vor einem Balanceakt zwischen Fürsorge und Achtung der Autonomie, was sie zu ethischen, fachlichen und

rechtlichen Abwägungen führt, bevor sie pflegerische Hilfestellungen durchführen. Das in der Forschungsarbeit entwickelte Modell „Pflegerische Hilfestellungen im Balanceakt gemeinsam gestalten“ zeigt, wie die Perspektiven der Betroffenen und Pflegefachpersonen durch direkte Aushandlungsprozesse verbunden sind, die auf Beziehungs-, Pflegefach- und Metaebene stattfinden. Ziel des Aushandlungsprozesses ist eine interaktive, beziehungs- und qualitätsorientierte Pflege, die durch gegenseitige Achtsamkeit und individuelle Anpassung geprägt ist.

Aushandlungsprozesse im Rahmen prozessorientierter Pflege

Pflegefachpersonen agieren innerhalb der pflegerischen Versorgung auch in der Rolle als Verhandlungspartner*innen. Aushandlungsprozesse prägen alle Phasen der klinischen Begegnung und finden zwischen professionellen Akteur:innen und den Nutzer*innen pflegerischer und gesundheitlicher Dienstleistungen statt. Sie kommen u.a. dann zum Tragen, wenn es einen Kompromiss braucht oder keine klare Eindeutigkeit hinsichtlich einer Frage oder Tätigkeit besteht. Das Ziel, eine gemeinsame getragene Entscheidung zu treffen, kann sich als handlungsleitend verstehen, insbesondere weil professionelle Pflege aus einem Zusammenspiel aus einfühlsamen und sachlichen Dimensionen besteht. Die einfühlsame Dimension umfasst den Aufbau professioneller Beziehungen,

während die sachliche Dimension die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten umfasst.

Einige Autor*innen gehen sogar so weit festzustellen, dass die Beziehungspflege als Grundlage für alle weiteren pflegerischen Aktivitäten dient.



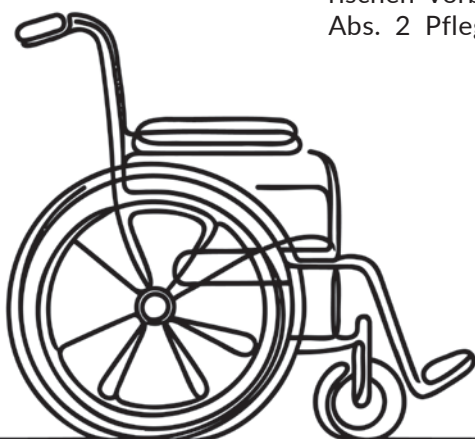
Die Gestaltung professioneller Beziehungen erfordert kontinuierliche Aushandlungen, bei denen Pflegefachpersonen und Empfänger*innen Kompromisse eingehen, um gemeinsame Ziele zu erreichen.

Der Pflegeprozess, auf dem professionelles Pflegehandeln fußt fungiert als Werkzeugkoffer eines professionellen Pflegehandelns und kombiniert Problemlösungs- und Beziehungsprozesse. Er dient als methodische, analytische Arbeitsweise zur systematischen Gestaltung von Pflegearrangements. Der zirkulär-dynamische Aufbau ermöglicht eine flexible Anpassung an individuelle Pflegebedarfe, indem Schritte vor- und zurückgegangen werden können. Darüber hinaus stärken die 2020 gesetzlich eingeführten pflegerischen Vorbehaltsaufgaben (§ 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz) den

Pflegeprozess und unterstreichen grundlegende Ansätze zur Aufwertung der Pflegeberufe. Besonders in der Langzeitpflege profitieren Menschen mit Körperbehinderungen von einer Personenzentrierung, da sie langfristig in einem persönlichen Umfeld und bei kontinuierlichem Pflegebedarf betreut werden. Problemlösungs- und Beziehungsprozesse spielen dabei eine zentrale Rolle, insbesondere zur Förderung eben dieser Personenzentrierung. Eine prozessorientierte Pflege bietet Vorteile wie personelle Kontinuität, höhere Zufriedenheit von Mitarbeiter*innen und Pflegeempfänger*innen, verbesserte Informations- und Dokumentationsqualität sowie Einsparungen von Ressourcen. Die Vereinbarkeit von Sach- und Beziehungsebene kann innerhalb des Pflegeprozesses dargestellt werden. Durch die in § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG, 2017) genannten Vorbehaltsaufgaben ist gesetzlich geregelt, dass ausschließlich Pflegefachpersonen den individuellen Pflegebedarf erheben und feststellen sowie den sich daraus ergebenden Pflegeprozess steuern dürfen. Damit sind Pflegefachpersonen für Versorgung von Menschen mit Körperbehinderung unabdingbar.

Personenzentrierung in der Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen

Pflegefachpersonen erfüllen nicht nur eine Arbeitsrolle, in der sie objektiv und sachlich handeln. Vielmehr gehen sie zu den Pflegeempfänger*innen individuelle, personale Beziehungen ein, die die Grundlage des Pflegeprozesses als Ganzes und jeder einzelnen Pflegeintervention bilden. Durch eine Sichtweise, die den individuellen Menschen sowohl im Kontext als auch im Prozess betrachtet, können Pflegefachpersonen gezielt ihre Kompetenzen einsetzen, um die prozessorientierte Pflege situativ und individualisiert anzupassen. Dabei ist es besonders relevant, die Menschen mit Körperbehinde-



rungen mit ihrem Wissen als aktive Akteur:innen in den Pflegeprozess einzubeziehen: Durch die vorhandene Körperbehinderung verfügen davon Betroffene über eine ausgeprägte Expertise ihres eigenen Körpers, ihrer Ressourcen und Einschränkungen sowie ihrer Bedürfnisse und Präferenzen. Menschen mit Körperbehinderungen müssen die Behinderung in ihr Leben integrieren und sie akzeptieren. Sie kämpfen in der Gesellschaft um Anerkennung, Entwickeln Routinen, um den Alltag zu bewältigen. Diese Lebensrealität macht gesellschaftliche Diversität aus. Die Anerkennung dieser Expertise und Erfahrung kann innerhalb der prozessorientierten Pflege kontinuierlich erfolgen, indem Menschen mit Körperbehinderungen aktiv einbezogen sind. Die Erkenntnisse aus der hier vorgelegten Studie weisen darauf hin, dass die Gestaltung der professionellen Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen als personenzentriert bezeichnet werden kann, auch wenn dieses Konzept für diese Zielgruppe bisher noch nicht umfassend diskutiert wurde.

Die personenzentrierte Pflege, international als Person-Centred Care diskutiert, versteht Pflegeempfänger*innen als gleichberechtigte Partner*innen und sieht Pflege als personalisiert, koordinierend und befähigend.

Personenzentrierung zielt darauf ab, Pflegeempfänger*innen als aktive und verantwortungsbewusste Akteur*innen einzubinden, um Abhängigkeit und Paternalismus zu vermeiden. Die personenzentrierte Pflege integriert individuelle Präferenzen, Werte und Überzeugungen von Pflegeempfänger*innen in die Versorgung. Zentrale Elemente dieses Ansatzes sind soziale Interaktionen, Wahlmöglichkeiten und gemeinsame Entscheidungsfindungen. Dabei werden Pflegeempfänger*innen im Kontext ihrer Biografie, Familie sowie ihrer individuellen Stärken und Schwächen betrachtet. Die Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen kann als personenzentriert bezeichnet werden. In der personenzentrierten Pflege stehen individuelle Bedürfnisse, Wünsche und die subjektive Lebensqualität im Mittelpunkt. Dies spiegelt sich in neun Themenbereichen wider: Empathie, Respekt, Engagement, Beziehung, Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsfindung, ganzheitlicher Fokus, individueller Fokus und koordinierte Pflege. Empathie bedeutet, sich in die Welt der Pflegeempfänger:innen hineinzusetzen und Mitgefühl, emotionale Unterstützung sowie Verständnis auszudrücken. Respekt wahrt die Würde, Überzeugungen und Werte der Person. Engagement bezieht sich auf die qualitative Nutzung der gemeinsam verbrachten Zeit. Gegenseitiges Vertrauen wird als Grundvoraussetzung für eine personenzentrierte Pflege gesehen, da es einen offenen und ehrlichen Informationsaustausch ermöglicht. Gemeinsame Entscheidungen fördern die aktive Einflussnahme der Pflegeempfänger:innen auf die Versorgung, wodurch Befähigung, Autonomie und Beteiligung gestärkt und die Verantwortung geteilt wird. Die pflegerische Versorgung orientiert sich ganzheitlich am gesamten Leben der Person, einschließlich biopsychosozialer und medizinischer Aspekte, und legt gleichzeitig einen individuellen Fokus auf spezifische Lebensumstände und Präferenzen. Ergänzend wird unter koordinierter Versorgung eine interprofessionelle Zusammenarbeit im gesamten Gesundheitssystem verstanden. Personenzentrierung in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Körperbehinderungen sind bisher nicht umfassend diskutiert worden.

sozialer und medizinischer Aspekte, und legt gleichzeitig einen individuellen Fokus auf spezifische Lebensumstände und Präferenzen. Ergänzend wird unter koordinierter Versorgung eine interprofessionelle Zusammenarbeit im gesamten Gesundheitssystem verstanden. Personenzentrierung in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Körperbehinderungen sind bisher nicht umfassend diskutiert worden.

Pflegefachpersonen begegnen Menschen mit Körperbehinderungen mit Empathie und Respekt, treten in Beziehung zu ihnen und gestalten den Pflegeprozess gemeinsam. Dabei berücksichtigen sie nicht nur den Pflegebedarf, sondern auch die Biografie und die individuellen Lebensentwürfe der Betroffenen. Die kontinuierliche Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung erweitern die Perspektive auf eine Pflege, die nicht nur funktional, sondern individuell und damit personenzentriert gestaltet ist. Die personenzentrierte Pflege, wie sie in der Versorgung von Menschen mit Körperbehinderungen praktiziert wird, bildet eine ideale Grundlage, um die Bedeutung von Diversität in der Pflege zu analysieren und weiterzuentwickeln.

Impulsgeberin für Diversität in der Pflegepraxis

Die professionelle Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen kann Impulsgeberin für Diversität in der Pflegepraxis sein, da sie zentrale Prinzipien und Herangehensweisen aufzeigt, die über diese spezifische Zielgruppe hinaus übertragbar sind. Hierzu ist festzuhalten:

1. Menschen mit Körperbehinderungen bringen unterschiedliche Bedürfnisse, Lebensrealitäten und Präferenzen in die Pflege ein. Pflegefachpersonen reagieren auf diese Vielfalt individuell und

- flexibel, indem sie den Pflegeprozess als Instrument nutzen.
- Die Pflege dieser Zielgruppe verkörpert die Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Autonomie, indem Menschen mit Körperbehinderungen als aktive Partner*innen in den Pflegeprozess einbezogen werden.
 - Obwohl Pflegefachpersonen vor der Herausforderung stehen, Fürsorge und Autonomie in Einklang miteinander zu bringen gelingt es ihnen, Verantwortung zugunsten von Kompromissen auszuhandeln. Die Berücksichtigung der Beziehungsgestaltung kann hierbei ein Erfolgsgarant sein.

Die professionelle Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen verdeutlicht, dass Diversität nicht allein auf sichtbare Unterschiede wie Behinderung, Alter oder Herkunft beschränkt ist.



Sie umfasst auch die einzigartigen Erfahrungen, Perspektiven und Kompetenzen jedes Einzelnen. Diversität in der Pflege bedeutet demnach, nicht nur individuell zu fördern, sondern auch gesamtgesellschaftlich für Diversität einzutreten. Hierzu ist es erforderlich, die Vielfalt des Leben und Lebensformen wertzuschätzen, soziale Chancengleichheit zu unterstützen und sich der eigenen impliziten Haltung bewusst zu werden. In angespannten weltweiten politischen Entwicklung, die geprägt von rechten Tendenzen sind, ist es umso wichtiger, dass professionelle Pflege sich klar für Diversität positioniert und vulnerable Gruppen schützt und stärkt.

Diese Erkenntnisse geben Impulse für Diversität in der Pflegepraxis, da Diversität nicht nur als Herausforderung, sondern als dynamische Ressource betrachtet wird, die Pflegeprozesse bereichern kann. Eine die Diversität integrierende Pflegepraxis, fördert eine Kultur der Offenheit, Wertschätzung und des gegenseitigen Lernens. Dadurch wird Diversität nicht nur zu einem Aspekt von Pflege, sondern zu einem Leitprinzip, das die Qualität, die Beziehungsgestaltung und die Innovationskraft der Pflege nachhaltig stärken kann. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse ist im Hinblick auf andere Langzeitpflegekontexte denkbar. Es bieten sich beispielsweise geriatrische Kontexte an, in denen unterschiedliche Lebensgeschichten,

kulturelle Hintergründe und individuelle Bedürfnisse einen großen Stellenwert einnehmen. Auch hier kann Selbstbestimmung gestärkt werden. Selbstbestimmung kann dazu führen, dass die Vielfalt der Lebensformen anerkannt wird. Die professionelle Pflege von Menschen mit Körperbehinderung: Impulsgeberin für Diversität in der Pflegepraxis. ■



Dr. Roman Helbig
Geschäftsführer
alsterdorf Assistenz ost
22305 Hamburg
romanhelbig@hotmail.com



Prof. Dr. Anne-Dörte Latteck
Fachbereich Gesundheit
Lehrgebiet Pflegewissenschaft
Hochschule Bielefeld
Interaktion 1
22619 Bielefeld

Literatur

- Helbig, R. (2024). Gestaltung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Körperbehinderungen durch Pflegefachpersonen [Kumulative Dissertation]. Universität Witten/Herdecke.
- Helbig, R., Latteck, Ä.-D., & Metzger, S. (2023a). Conflict between Respect for Autonomy and Care: A Grounded Theory Study on Action Strategies to Care for People with Physical Disabilities. *Journal of Aging and Long-Term Care*, 1–22. <https://doi.org/10.51819/jaltc.2023.1204633>
- Helbig, R., Latteck, Ä.-D., & Metzger, S. (2023b). Gestaltung der Pflege von Menschen mit Körperbehinderungen. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einer wenig beachteten Gruppe der Pflegewissenschaft. *Geschichte der Gesundheitsberufe*, 12(1), 60–73.
- Helbig, R., Metzger, S., & Latteck, Ä.-D. (2022). Shaping Quality of Life with Nursing Assistance. A Grounded Theory Approach to Nursing Care for People with Physical Disabilities and Interactions with Carers in Long-Term Care. *Journal of Long Term Care*, 1–14. <https://doi.org/10.31389/jltc.114>

Die vollständige Literaturliste zum Beitrag finden Sie online unter zeitschrift-mabuse.de/literatur



Sprache im Wandel

Gendersensible Sprache in der Hebammenarbeit und wie diese ermöglicht werden kann

Anna-Lena Eichenseer

Sprache befindet sich im stetigen Wandel. Im Zuge dieses Wandels wird seit einigen Jahren eine gendersensible Sprache diskutiert. Diese sprachliche Thematik ist auch in der Hebammenarbeit präsent und zunehmend relevant, da sich immer mehr, besonders junge Menschen, nicht mehr mit den binären, cis- und heteronormativen Standards identifizieren.

Doch das Thema der genderinklusiven Sprache, gerade in der Hebammenarbeit, wird hitzig diskutiert. Ist doch der Bereich von Reproduktion, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett so stark von Hetero- und Cis-Normativität geprägt wie sonst vermutlich keiner. Die emotionale Diskussion macht deutlich, wie stark Sprache innere Bilder formen und Glaubenssätze infrage stellen kann.

Kann ein Mann ein Kind bekommen? Wird man Mutter durch die Geburt eines Kindes? Sind Eltern automatisch Mama und Papa?

Durch Sprache wird Realität geschaffen, denn auch Menschen abseits von Hetero- und Cis-Normativität bekommen Kinder und werden Eltern. Als Hebammen* sind wir stark in diese Vorgänge involviert und können durch unsere Sprache viel beeinflussen, sowohl positiv als auch negativ.

Aktueller Stand

In Deutschland identifizieren sich 9 % der Erwachsenen als lesbisch, schwul oder bisexuell. Aus weltweiten Zahlen ist erkenntlich, dass es in der jüngeren Generation (GenZ ab 1997) deutlich mehr Menschen

sind, nämlich 16%. Dagegen sind es weltweit in der Generation davor (Millennials 1981-1996) nur 9%. Menschen, die sich als trans*, also nicht cis-geschlechtlich, identifizieren machen in Deutschland 4% der Bevölkerung aus.

Während es immer mehr queere Menschen gibt, geht die Akzeptanz für diese zurück. Auch die Gewalt aufgrund sexueller Orientierung ist von 2021 auf 2022 um 15,52% in Deutschland angestiegen (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2023). Grundsätzlich ist dabei aber von einer Dunkelziffer von bis zu 90% auszugehen, denn nur 13% der queeren Menschen haben eine Straftat gegen sie zur Anzeige gebracht.

In Deutschland sind es, 53,8% von trans* und intersexuellen Menschen welche im klinischen, geburtshilflichen Kontext Diskriminierung oder Gewalt erleben.

Während es immer mehr queere Menschen gibt, geht die Akzeptanz für diese zurück.



LGBTQIA+ Erfahrungen im Gesundheitswesen

Trotz dünner Studienlage zu Erfahrungen von LGBTQIA+ im deutschen Gesundheitssystem ist es auffällig, dass viele von negativen Erfahrungen berichten.

Eine mögliche Erklärung für die vielen negativen Erfahrungen kann die mangelnde kulturelle Kompetenz des Gesundheitspersonals in Bezug auf besondere Bedürfnisse von queeren Menschen sein.

LGBTQIA+ wurden als exotisch behandelt, welches zu einem für Sie unangenehmen Voyeurismus führte. Es entstand bei Ihnen das Gefühl die Fachpersonen über körperliche Prozesse und Genderdiversität aufklären zu müssen.

Nur die Hälfte der queeren und jede 5. trans* Person kann sich mit den ausliegenden Informationsmaterialien und Aufklärungsbögen identifizieren. Auch offizielle Websites mit Gesundheitsinformationen sprechen LBQ-Menschen nicht an und decken auch ihre Bedürfnisse nicht ausreichend ab. Das führt dazu, dass diese ihre Informationen aus nicht medizinischen Kreisen beziehen und mögliche negative gesundheitliche Folgen riskieren.

Doch auch unabhängig von individuellem Verhalten und der Repräsentation von LGBTQIA+ gibt es strukturelle Barrieren durch Homo- und Transphobie im Gesundheitswesen. 44% der befragten trans* Menschen und 16% der queeren cis-Menschen gaben Angst vor Besuchen bei medizinischem Fachpersonal an. Die Angst vor Diskriminierung ist möglicherweise bei Reproduktion, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Vergleich zum sonstigen medizinischen Bereich verstärkt, da in diesen Bereichen besonders häufig davon ausgegangen wird, dass beispielsweise eine schwangere Person automatisch cis-weiblich, heterosexuell und in einer traditionellen Familienkonstellation lebt. Mehr als 50% der sich nicht cis oder hetero identifizierenden Menschen bekam durch diesen Automatismus das Gefühl vermittelt, dass ihre Lebensweise besonders, ungewöhnlich und so nicht vorgesehen ist.

Durch die Cis- und Heteronormativität und geringe kulturelle Kompetenz des Personals kommt es außerdem häufig zu Missgendering, also der Ansprache mit den falschen Pronomen. Missgendering

führt bei LGBTQIA+ zu Stress, Belastung, Angst und im Endeffekt zur Meidung des Gesundheitssystems mit den damit verbundenen negativen Folgen.

Der heteronormativen Sprache kommt bei all den beschriebenen Punkten eine zentrale Rolle zu: Fischer (2021) beschreibt in ihrer Studie diese als den Hauptfaktor für negative Erfahrungen im Kontext Reproduktion, Schwangerschaft und Geburt.

Hebammenarbeit und gendersensible Sprache

Gendersensible Sprache kann eine Möglichkeit sein, queere Menschen sichtbarer zu machen und dadurch zu weniger Stigmatisierung und Diskriminierung führen. Es ist also, besonders für Hebammen, welche in einem sehr stark hetero- und cisnormativ geprägten Umfeld arbeiten, von Bedeutung den sprachlichen Wandel mitzuverfolgen und sich damit auseinanderzusetzen.

Die International Confederation of midwives (2017) bezog zu diesem Thema klar Stellung: „Welcome all those who need midwifery services and provide them with compassionate, culturally safe care regardless of gender identity, gender expression, or sexual orientation“. Das Dokument betont auch die Wichtigkeit der Sprache bei der Umsetzung von LGBTI Rechten (International Confederation of Midwives, 2017). Gleichzeitig bezieht sich der ICM, genau wie der deutsche Ethikkodex für Hebammen, in seiner derzeitigen Überarbeitung nur auf Frauen, Mädchen und Mütter. Es bleibt abzuwarten ob bei den nächsten Überarbeitungen der Ethikkodizes die Rechte von queeren Menschen konkret mit aufgenommen werden und eine Sichtbarmachung dieser durch gendersensible Sprache stattfindet.

Auch in der Lehre für Hebammen spielen die besonderen Bedürfnis-

se in der Betreuung von LGBTQIA+ und gendersensible Sprache noch selten eine Rolle obwohl sich viele Hebammen mehr Wissen in diesem Bereich wünschen. Manche Hebammen haben dadurch, dass sie selten mit LGBTQIA+ Menschen zu tun haben Berührungspunkte in der Betreuung. Die mangelnde kulturelle Kompetenz des Fachpersonals wird auch von queeren Personen als negativ wahrgenommen. Denn Freundlichkeit und Wohlwollen reichen nicht für eine kompetente und respektvolle Betreuung nicht aus, spezifisches Lernen ist notwendig.

Kritik an genderinklusive Sprache im Kontext der Hebammenarbeit

Der größte Kritikpunkt an genderinklusive Sprache in Form von genderneutralen Formulierungen besteht darin, dass dadurch Frauen als vulnerable Gruppe unsichtbar werden. Ebenso geht bei gendersensibler Sprache im geburtshilflichen Setting das Alleinstellungsmerkmal der ureigenen weiblichen Prozesse und damit deren Schutzwürdigkeit verloren. Auch die besondere Bedeutung der sozialen und biologischen Mutter für ihr Kind wird durch gendersensible Sprache infrage gestellt.

Die genderneutrale Sprache führt in manchen Fällen zu einer Reduktion der Frau auf reine Körperlichkeit und anatomischen Gegebenheiten z.B. Mensch mit Uterus. Manche Frauen fühlen sich dadurch diskriminiert und unsichtbar.

Genderneutrale Sprache führt in manchen Fällen zu einer Reduktion der Frau auf reine Körperlichkeit.



Streitpunkt an der genderinklusive Sprache ist auch die Lesbarkeit von Texten. Eine einheitliche Evidenz gibt es zu diesem Thema jedoch nicht. Die Lesbarkeit von z.B. Aufklärungsbögen ist durch die gendersensible Sprache herabgesetzt. Wobei diese Herabsetzung am ehesten davon kommt, dass keine leichte Sprache verwendet wurde. Auch die genderneutrale Variante, mit dem Bezug auf anatomische Gegebenheiten, führt zu einer schlechteren Lesbarkeit. Auch bei Menschen die nicht auf leichte Sprache angewiesen sind ist das der Fall, da zu wenig anatomische Kenntnisse bestehen um sich angesprochen zu fühlen. Eine andere Studie konnte dagegen keinen Effekt von genderinklusive Sprache auf die Lesbarkeit herausfinden.

Möglichkeiten und Ansatzpunkte für gendersensible Arbeit und Sprache im Hebammenalltag

In der Hebammenausbildung: Es sollten Lehrmethoden angewandt werden welche Annahmen und Vorurteile abbauen und Offenheit fördern, wie z.B. genderinklusive Sprache durch Dozierende. Daneben sollte es spezielle Lehrinhalte zu Genderdiversität geben, welche deren besondere Bedürfnisse beleuchten, Genderdysphorie in Kontext setzen und auch Transitionsvorgängen erklären, insbesondere wie diese Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinflussen können.

Neue Standards entwickeln:

Die routinemäßige Abfrage von gewünschter Ansprache im Anamnesebogen oder bei dem ersten Termin kann hilfreich sein. Wenn in einem Anamnesebogen das Geschlecht und/oder Gender erhoben werden, sollte hinterfragt werden, warum und in welchem Kontext das geschieht aber auch wenn keine Abfrage von Geschlecht und Gender erfolgt sollte das kritisch beleuchtet werden: Ist das der Fall, weil die

Annahme getroffen wird, dass alle gebärenden Menschen Frauen sind oder weil es keine Rolle für die Betreuung spielt? In jedem Fall sollte bei einer Abfrage Geschlecht und Gender unterschieden und gegebenenfalls erklärt werden, da rein die Abfrage von Geschlecht uneindeutig ist.

Die geschlechtsneutrale Ansprache kann im persönlichen Kontakt verwendet werden (wenn die präferierte Ansprache (noch) nicht bekannt ist), sowie auf Websites, Informations-Materialien, Aufklärungsbögen etc. als Kommunikationsgrundlage dienen. Um intersektional gegen Diskriminierung marginalisierter Gruppen anzugehen, sollte in jedem Fall auch auf leichte Sprache sowie auf diverse Bilder und Piktogramme geachtet werden.

Begriffe mit geschlechtsspezifischen Zuschreibungen wie z.B. Mutterkuchen sollten vermieden werden, stattdessen können lateinische Begriffe als Standard verwendet werden.

Im persönlichen Kontakt: die Selbstbezeichnung einer Person in jedem Fall präferieren.

Auswirkungen von genderinklusive Sprache

Die Auswirkungen von genderinklusive Sprache in der Hebammenarbeit können vielfältig sein und haben Einfluss sowohl auf queere als auch auf sich cis und hetero definierende Menschen.

Es kann wie von einigen kritischen Stimmen angemerkt dazu führen, dass, vor allem durch genderneutrale Sprache, Frauen in ihrer Sichtbarkeit eingeschränkt werden. Es muss also unbedingt darauf geachtet werden, dass nicht Frauen, Mädchen und Mütter als vulnerable Gruppe in unserer Gesellschaft darunter leiden. Gleichzeitig konnten allerdings auch festgestellt werden, dass bei einer genderinklusive Sprache, z.B. mit einem *

die Sichtbarkeit von Frauen nicht eingeschränkt wird, sondern im Gegenteil zu einer besseren Sichtbarkeit von sowohl LGBTQIA+ und Frauen beiträgt. Sprache hat, egal ob gegendert oder genderneutral, das Potential Menschen durch Misgendering zu diskriminieren. Deshalb sollte auf jeden Fall immer in der persönlichen Ansprache die Selbstbezeichnung der Person gewählt werden.

Genderinklusive Sprache schafft, egal wo sie stattfindet, in der Lehre, auf Aufklärungsbögen, Internetseiten, im persönlichen Gespräch usw. Verständnis, Sichtbarkeit und Akzeptanz für LGBTQIA+ und auch für Frauen. Sie führt durch Normalisierung zum Abbau von Stereotypen und dadurch zu weniger Diskriminierung.

Genderinklusive Sprache schafft Verständnis, Sichtbarkeit und Akzeptanz für LGBTQIA+ und auch für Frauen.



Für queere Menschen ist die gendersensible Sprache im Kontext der Reproduktion sehr wichtig und verändert das Erleben zum Positiven. Sie fühlten sich wohler und akzeptierter. Dies gilt sowohl für die Verwendung inklusiver Sprache, als auch für die Auseinandersetzung mit diskriminierungsarmer Sprache allgemein. Durch genderinklusive Sprache, das zeigen Ergebnisse aus England, wird die Gesundheit von LGBTQIA+ verbessert. Ebenso führt ein gendersensibler Internetauftritt von Gesundheitseinrichtungen zu besserer gesundheitlicher Versorgung.

Fazit

In der patriarchalen Gesellschaft, in der wir leben ist es durchaus noch notwendig Frauen als Frauen zu bezeichnen, um sexistische Gewalt gegen sie sichtbar zu machen. Solange die binäre Cis- und Heteronormativität und die damit verbundene Unterdrückung aller Gender und Geschlechter, außer das des weißen hetero Cis-Mannes, noch nicht überwunden ist, wird dies auch nötig sein. Rein genderneutrale Sprache birgt die Gefahr der Marginalisierung von Frauen. Jedoch sollte nicht, aus intersektionaler feministischer Perspektive, nur auf die weibliche Form bestanden werden. Vielmehr sollten andere marginali-

sierter Gruppen auch einbezogen und nicht durch Nicht-Ansprache exkludiert werden. Das würde weder für Frauen noch für queere Menschen eine Verbesserung bringen.

Es ist nicht möglich einen universell gültigen Fahrplan zum bestmöglichen Vorgehen bei der Umsetzung gendersensibler Sprache aufzustellen. Vor allem die standardisierte genderinklusive Sprache im allgemeinen Kontext und die routinemäßige Frage nach Ansprache und Selbstbezeichnungen, können Enttabuisierung und Normalität mit sich bringen.

Die wichtigste Erkenntnis allerdings ist, dass man sich nicht für die Sichtbarkeit von Frauen oder LGBTQIA+ entscheiden muss, wenn man inklusive Sprache verwendet. Beides kann nebeneinander bestehen. ■



Anna-Lena Eichenseer (sie/ihr) studiert an der Katholischen Stiftungs-hochschule München im 6. Semester Hebammenkunde. Im Rahmen des Studiums begleitet sie Personen in der Schwangerschaft, unter Geburt und im Wochenbett.

Kontakt:
anna-lena.eichenseer@stud.ksh-m.de

Literatur

- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22(1–2), 77–88. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>
- Green, H., & Riddington, A. (2020). Gender Inclusive Language in Perinatal Services: Mission Statement and Rationale (Version 1). <https://www.readkong.com/page/gender-inclusive-language-in-perinatal-services-mission-8646464>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(S2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- Sczesny, S., Formanowicz, M., & Moser, F. (2016). Can Gender-Fair Language Reduce Gender Stereotyping and Discrimination? *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00025>
- Striebich, S., & Plappert, C. (2023). Geschlechtersensible Sprache in der Hebammenarbeit: Wieviel sprachliche Geschlechter-neutralität verträgt sich mit dem Schutz der Vulnerabilität von Müttern und ihren Kindern? *Zeitschrift für Hebammenwissenschaften (Journal of Midwifery Science)*, 11/2023(01), 15–20. https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2022/12/Final_2023-05-26-DGHWI-01-2023.pdf

Die vollständige Literaturliste zum Beitrag finden Sie online unter zeitschrift-mabuse.de/literatur



Diversität in der Pflegeausbildung Eine Notwendigkeit für die Zukunft der Gesundheitsversorgung

Juliette Nadine Becker

Gesellschaftliche Entwicklungen und Herausforderungen spiegeln sich auch in verändernden Anforderungen in der Gesundheitsversorgung wider. Zukünftiges Fachpersonal in diesem Sektor muss auf diese Anforderungen nicht nur fachlich kompetent reagieren können. Empathie und Verständnis für die Vielfalt von Menschen, ihren Herausforderungen und individuellen Wahrnehmungen sind weitere wichtige Kompetenzen, welche sich in der Qualität der individuellen Pflege widerspiegeln.

Diversität hat nicht nur temporäre Aktualität in allen Lebens- und Arbeitsfeldern, sondern ist die Essenz unseres Zusammenlebens.

Diversität und Vielfalt in der Pflegeausbildung – Warum dieses Thema explizit in die Pflegeausbildung gehört

Während meiner beruflichen Laufbahn sowohl als examinierte Rettungsassistentin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin als auch als Medi-

zinpädagogin in unterschiedlichen Bereichen, konnte ich viele Erfahrungen in verschiedenen Versorgungssettings sammeln. Allen Erfahrungen gemeinsam war, dass eine professionelle Versorgung und Interaktion von und mit Menschen unterschiedlicher Altersgruppen sowohl von fachlicher Expertise als auch von Empathie, Kongruenz und Aufrichtigkeit geprägt sein muss. In einer zunehmend globalisierten Welt ist ein tiefes Verständnis für die Vielfalt der Menschen von entscheidender Bedeutung. Vielfalt und Diversität leben von Austausch untereinander, vom Gesehen werden und vom Voneinander lernen. Dies setzt Interesse, Mut und Neugier auf allen Seiten der Interaktionspartnerinnen voraus. Der pflegerische Alltag in den verschiedenen Versorgungssettings ist geprägt von diversitären Teams und Patient*innen, welche in unterschiedlicher Weise ihre Bedürfnisse aneinander adressieren. Als Lehrerin und professionell Pflegenden weiß ich, wie wichtig es ist, Auszubildenden schon frühzeitig die notwendigen Kompetenzen zu vermit-

teln, um aufkommende Herausforderungen gut zu bewältigen.

Eine Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2021 beschäftigte sich mit der sozialwissenschaftlichen Aufarbeitung von Diskriminierungsrisiken und -erfahrungen im Gesundheitssektor. Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass Diskriminierungsrisiken sowohl im Zugang als auch in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen existieren. Diskriminierung äußert sich in Form von diskriminierenden Verhaltensweisen seitens des Personals sowie in gegebenen Strukturen und Abläufen in den untersuchten Einrichtungen. Als Gründe für diskriminierende Verhaltensweisen wurden u.a. unzureichende Sensibilisierung für die Bedarfe bestimmter Patient*innengruppen und mangelndes Fachwissen zu diversitätssensiblen Themen angeführt.

Unsere Schule (Medizinische Berufsfachschule Helios Leipzig) gehörte zu den Ersten, die „Diversität“ als verpflichtendes Wahlpflichtmodul in das schuleigene Curriculum integrierte. Unsere Auszubildenden arbeiten vom ersten Tag an mit Menschen unterschiedlichster Herkunftsländer, sozialer Schichten, Geschlechtern und verschiedensten gesundheitlichen Herausforderungen zusammen. Sie tragen von Beginn an ein hohes Maß an sozialer Verantwortung im Umgang mit dieser Vielfalt.

Unsere Inhalte im Wahlpflichtbereich „Diversität“

Wir sprechen in unserem Wahlpflichtbereich „Diversität“ über Themen, die zum einen aus unserem beruflichen und sozialen Alltag nicht wegzudenken sind, und zum anderen über Themen, welche kursspezifisch zu Tage treten. Zu Beginn findet eine Auseinandersetzung mit dem übergeordneten Thema „Diskriminierung“ als Einstiegsthema statt. Bespro-

chene Inhalte hier sind zum Beispiel verschiedene Formen von Diskriminierung, Merkmale von Diskriminierung, Formen und Auswirkungen von Diskriminierung und „Was hat mein Denken mit Diskriminierung zu tun“.

Erste Erfahrungen und Berührungspunkte der Auszubildenden werden hier aufgegriffen und gesammelt und bedürfen seitens der Lehrpersonen einer hohen Sensibilität. Ein weiteres wichtiges Thema ist die „geschlechtliche Vielfalt in der gesundheitlichen Versorgung“. Hier gibt es enge Kooperationen mit regionalen Organisationen, welche hierzu ihre Expertise und ihre Erfahrungen mit unseren Auszubildenden teilen. In einem gemeinsam gestalteten Workshop werden Herausforderungen, Stolpersteine und Lösungsansätze zum Themengebiet erarbeitet. Zusätzliche Inhalte, wie zum Beispiel gendersensible Sprache, Gendermedizin, Meinungsfreiheit, -ismen und ihre Auswirkungen, Handlungsabläufe bei wahrgenommen/mitgeteilten diskriminierenden Situation, werden klassenindividuell besprochen.

Warum ist dieses Thema in der berufsschulischen Bildung wichtig?

Als Lehrerin in diesem Bereich, fällt mir die Wichtigkeit dieses Thema durch verschiedene Situationen im Unterrichtsgeschehen auf. Schon zu Beginn des Moduls zum Themeneinstieg „Diskriminierung“ werden seitens der Auszubildenden sowohl berufliche als auch private Situationen beschrieben, welche mich (und die Auszubildenden) sprachlos machen, Angst schüren, hilflos zurücklassen und den Wunsch nach Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Punktuell nehme ich in den Klassen eine wachsende Diskussionsmüdigkeit zu Themen wahr, bei denen heterogene Meinungen geäußert werden und teilweise konträr zueinanderstehen. Die

Gründe hierfür sind vielfältiger Natur. Meinungen anderer Personen aushalten können, sich nicht abgewertet fühlen, sich Gehör verschaffen können, Selbstreflexion initiieren und zulassen können, sind nur einige Gründe, die dafür angegeben werden. Gerade auch Themen wie z.B. Sexismus, Klassismus, Rassismus, Gender Identity und andere müssen auch in der Ausbildung Platz finden, um diese kritisch zu betrachten und Strukturen zu erkennen, die diese aufrecht erhalten oder in ihrer Thematik begrenzen.

Hier geht es vor allem darum, gemeinsam zu überlegen, welche Möglichkeiten wir in den verschiedenen Handlungsfeldern haben, um für Chancengleichheit zu sorgen und aktiv diskriminierenden Situationen entgegenzuwirken.



Der pflegerische Berufsalltag ist geprägt von der Interaktion mit vielen Menschen und deren unterschiedlichsten Bedürfnissen. Eine Aussage, welche häufig von Auszubildenden formuliert wird, ist „wir wollen alle gleich pflegen“. Ich denke diese Aussage ist gut gemeint. Jedoch benötigen alle Menschen, die das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen eine individuelle Pflege. Wir können und sollten nicht alle Menschen

gleich pflegen, aber wir können individuell pflegen. Dafür müssen wir zuhören, hinschauen, beobachten, wahrnehmen, uns einfühlen, interagieren, uns austauschen und uns selbstreflektieren. An diesen Kompetenzen können und müssen wir regelmäßig arbeiten. Die Integration von diversitätssensiblen Themen in die (Pfleger) Ausbildung ist demzufolge nicht nur eine Frage der fachlichen Qualifikation, sondern auch der gesellschaftlichen Verantwortung.

In meiner Mitwirkung in unterschiedlichen Entwicklungsgruppen, Netzwerken und im Austausch mit anderen Schulen werden diskriminierende Situationen beschrieben, gepaart mit der Frage „Wie würdet ihr in dieser Situation reagieren?“. Von rassistischen Äußerungen im Unterricht und auf dem Schulhof, von demokratiefeindlichen Aufklebern auf Schultoiletten, Fahrradständern oder Schüler*innen Laptops, von sexualisierter Gewalt in verschiedenen Jahrgangsstufen bis hin zu geduldeten rassistischen/diskriminierenden Vorfällen in verschiedenen Praxiseinsätzen. Wir leben in einer Zeit, in welche unsere Gesellschaft sich mehr denn je mit Themen der Vielfalt, Chancen(un)gleichheit, Integration und Inklusion auseinandersetzt. Wir dürfen als Schulen im beruflichen Sektor hier keinen leeren Raum für Themen der Vielfalt, Diversität und Demokratie darstellen. Auch wir tragen eine gesellschaftliche Verantwortung, um diesen Herausforderungen gerecht zu werden. Unser Wahlpflichtbereich „Diversität“ wurde für eine Veröffentli-

chung im Bereich „Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus“ auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. ausgewählt und veröffentlicht. Hier werden im Rahmen der „Konzertierte Aktion Pflege“ Projekte veröffentlicht, welche zur Attraktivitätssteigerung des Berufes, zur Arbeitsentlastung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Bereich Pflege und Personalgewinnung beitragen.

Fazit

Wir als Medizinische Berufsfachschule Helios Leipzig zeigen, dass Diversität mehr ist als ein aktueller Trend.

Wir begreifen Diversität, Vielfalt und Demokratie als grundlegende Komponenten für zukunftsfähige Ausbildungen.



Wir können unseren Auszubildenden der Helios Kliniken in Leipzig, Leißnig und Schkeuditz Werkzeuge an die Hand geben, um kompetent und respektvoll im beruflichen und privaten Bereich zu agieren. Auch können wir sie ermutigen hinzuschauen, sich stark zu machen und einzusetzen. Für sich und andere. ■

Literatur

- Kalkum, D., Le, H. M., & Lewicki, A. (Hrsg.). (o. J.). Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung Susanne Bartig, Dorina Kalkum. abgerufen unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5
- <https://pflege-krankenhaus.de/konzertierte-aktion-pflege>



Juliette Nadine Becker
Stellv. Schulleitung
Med.BFS Helios Leipzig
Medizinpädagogin (M.A.)
Gesundheits- und Krankenpflegerin
exam. Rettungsassistentin

Kontakt:
Juliette.Becker@helios-gesundheit.de



Förderung des Bewusstseins für Vielfalt

Pädagogische Ansätze zur Förderung des Bewusstseins für Vielfalt

Anett Friedrich

In einer zunehmend diversen Gesellschaft ist die Sensibilisierung für Vielfalt eine zentrale Anforderung an Gesundheitsfachleute. Vielfalt umfasst Aspekte wie von Rassismus betroffene Menschen, Geschlecht, Alter, Sexualität, soziale Herkunft sowie physische und psychische Beeinträchtigungen und/oder Behinderungen. Eine bewusste und kultursensible Haltung ist essenziell, um eine gerechte und effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Weiterbildung spielt dabei eine entscheidende Rolle. Doch welche pädagogischen Ansätze eignen sich, um das Bewusstsein für Vielfalt nachhaltig zu fördern?

Bedeutung der Vielfalt im Gesundheitswesen

Gesundheitsfachleute begegnen Menschen aus unterschiedlichen Lebensrealitäten und Kulturen. Umso wichtiger ist es, dass sie in ihrer Ausbildung und Weiterbildung die Kompetenz erwerben, professionell mit dieser Diversität umzugehen. Studien zeigen, dass diverse Teams in der Gesundheitsversorgung effektiver arbeiten und eine bessere Patientenver-

sorgung bieten (Schim et al., 2020). Gleichzeitig können unbewusste Vorurteile („Unconscious Bias“) und mangelndes Wissen über kulturelle Unterschiede und anderen Intersektionalität zu Versorgungsungleichheiten führen (Betancourt et al., 2021). Ein Beispiel für die Relevanz von Vielfalt ist der Umgang mit kulturell geprägten Krankheitswahrnehmungen. Während in manchen Gesellschaften familiäre Entscheidungen kollektiv getroffen werden, steht in anderen die individuelle Autonomie im Vordergrund.

Gesundheitsfachleute müssen diese Unterschiede erkennen und respektieren, um eine patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten.



Pädagogische Ansätze zur Vielfaltssensibilisierung

1. Interaktive Workshops und Simulationen

Interaktive Methoden wie Rollenspiele und Simulationen haben sich als effektiv erwiesen, um Gesundheitsfachleute für die Herausforderungen im Umgang mit Diversität zu sensibilisieren.

Eine Studie von Truong et al. (2021) zeigte, dass Simulationstrainings die Fähigkeit der Teilnehmenden, kulturelle Unterschiede zu erkennen und angemessen zu reagieren, signifikant verbesserten.

Beispielsweise können realitätsnahe Szenarien dazu beitragen, emotionale und soziale Kompetenzen zu trainieren. Eine Simulation könnte etwa eine Patientin darstellen, die aufgrund sprachlicher Barrieren ihre Symptome nicht ausdrücken kann. Die Teilnehmenden üben in solchen Situationen den Einsatz von Dolmetscherdiensten oder nonverbaler Kommunikation.

2. Reflexive Pädagogik

Reflexion ist ein zentrales Element, um das Bewusstsein für eigene Vorurteile und deren Einfluss auf die Patientenversorgung zu schärfen. Programme, die gezielte Reflexionsübungen integrieren, haben nachweislich zu einem besseren Verständnis für die Bedeutung von Vielfalt geführt (Deliz et al., 2020). Ein effektiver Ansatz ist das Führen von Lerntagebüchern. Diese ermöglichen eine kritische Selbsteinschätzung und die Reflexion über Interaktionen mit Patient*innen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen. Diskussionsrunden in der Gruppe können diese Reflexion ergänzen und unterschiedliche Perspektiven aufzeigen.

3. Transkulturelle Kompetenztrainings

Trainings, die spezifische interkulturelle Kompetenzen vermitteln, reduzieren Missverständnisse und Konflikte im klinischen Alltag. Wichtig ist ein multimodaler Ansatz, der theoretisches Wissen mit praktischen Fähigkeiten kombiniert (Campinha-Bacote, 2021). Diese Trainings sollten Aspekte wie Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede in Krankheitswahrnehmungen und traditionelle Heilmethoden umfassen. Beispielsweise können Fallstudien diskutiert werden, die die Rolle von Religion in der Gesundheitsversorgung beleuchten.

4. Integration von E-Learning-Modulen

Digitale Lernplattformen bieten flexible und skalierbare Möglichkeiten der Wissensvermittlung. Eine Studie von Brooks et al. (2022) hob hervor, dass E-Learning-Programme, die auf interaktiven Fallstudien basieren, die Diversitätskompetenz der Teilnehmer*innen signifikant steigerten. E-Learning-Module können beispielsweise Quizformate, Videotrainings und virtuelle Patientensimulationen beinhalten. Diese Formate sind nicht nur kosteneffizient, sondern erlauben auch eine individuelle Anpassung an die Bedürfnisse der Lernenden.

5. Mentoring und Peer-Learning

Der Austausch mit Mentorinnen und Kolleginnen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen fördert das gegenseitige Verständnis und regt zur Reflexion über

eigene Verhaltensmuster an. Mentoring-Programme haben gezeigt, dass sie langfristig das Verständnis für Vielfalt stärken (Merritt et al., 2021). Peer-Learning-Gruppen bieten einen sicheren Raum für den offenen Austausch über Erfahrungen. Diese Gruppen können auch als Plattform dienen, um Best Practices zu entwickeln und gemeinsam neue Ansätze zu erproben.

Herausforderungen und Zukunftsperspektiven

Trotz der positiven Ergebnisse stoßen viele Programme auf organisatorische und strukturelle Hürden. Zeitliche und finanzielle Ressourcen sind begrenzt, und es fehlt oft an systematischer Evaluation der Wirksamkeit. Zukünftige Ansätze sollten daher innovative Lernmethoden wie Virtual-Reality-Simulationen einbeziehen, um realitätsnahe Erfahrungen in einem sicheren Lernumfeld zu schaffen. Darüber hinaus ist es entscheidend, Diversitätsbewusstsein in ein umfassendes Konzept von professionellem Verhalten und ethischer Praxis zu integrieren. Institutionelle Unterstützung durch klare Leitlinien und Fortbildungsangebote kann dabei eine zentrale Rolle spielen. Zusätzlich sollten Diversitätsprogramme kontinuierlich evaluiert und angepasst werden, um deren Nachhaltigkeit zu sichern. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Einbindung von Patient*innen in die Entwicklung solcher Programme. Ihre Perspektiven können wertvolle Hinweise



geben, wie die Gesundheitsversorgung diversitätssensibel gestaltet werden kann.

Fazit

Die Förderung des Bewusstseins für Vielfalt in der Weiterbildung von Gesundheitsfachleuten ist unverzichtbar, um eine gerechte und qualitative Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Interaktive, reflexive und multimodale Ansätze haben sich dabei als besonders wirksam erwiesen. Gleichzeitig sind Investitionen in innovative Lernmethoden und die

kontinuierliche Evaluation dieser Programme notwendig, um deren Nachhaltigkeit zu sichern. In einer globalisierten Welt ist die lebensweltorientierte Weiterbildung nicht nur eine ethische Notwendigkeit, sondern auch ein Schlüssel zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Durch gezielte pädagogische Ansätze können Gesundheitsfachleute besser auf die Bedürfnisse einer diversen Gesellschaft eingehen und so einen wichtigen Beitrag zu mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen leisten. ■



Anett Friedrich
Medizinpädagogin M.Ed.
Diversitytrainerin

Kontakt:
anett.friedrich@bildungscampus-berlin.de

Literatur

- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2021). Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. *Medical Care*, 59(5), 345-350.
- Brooks, R., Ahn, J., & Lee, K. (2022). The Role of E-Learning in Enhancing Cultural Competency Training for Healthcare Professionals. *Journal of Medical Education*, 96(2), 157-163.
- Campinha-Bacote, J. (2021). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(3), 209-217.
- Deliz, J. R., Figueroa, M., & Ortiz, A. (2020). Reflexive Practices in Medical Education: A Tool for Enhancing Diversity Awareness. *Academic Medicine*, 95(9), 1425-1432.
- Merritt, C., Greene, D., & Taylor, P. (2021). Mentoring Programs for Diversity and Inclusion in Healthcare Settings: A Systematic Review. *BMC Medical Education*, 21(1), 78.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2020). Cultural Diversity, Patient Care, and Healthcare Outcomes: A Systematic Review. *Nursing Outlook*, 68(4), 393-401.
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2021). Intercultural Training for Health Professionals: A Systematic Review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 26(2), 123-130.

„Die Leichtigkeit ist zurück ...“

Pflege für trans Personen im Akutspital – Die Schlüsselrolle der Advanced Practice Nurse für Menschen mit Genderdysphorie im Universitätsspital Zürich



Fiona Hany, Diana Staudacher & Jürgen Maier

Trans Personen stehen noch immer vor erheblichen Hürden in der medizinischen Versorgung. Ihre individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse kommen oft zu wenig in den Blick. Die Rolle einer Advanced Practice Nurse für Menschen mit Genderdysphorie kann eine verbesserte, individuellere und einfühlsamere Betreuung ermöglichen.

„Ich würde es jederzeit wieder tun. Ich bin vollkommen zufrieden mit mir – und die Leichtigkeit ist zurück. Für andere Menschen mag das unverständlich sein, aber für mich hat es schon als Kind nicht gestimmt – und jetzt stimmt es“, berichtet Frau B. Sie ist eine der etwa vierzig Patient*innen, die jährlich im Universitätsspital Zürich eine geschlechts-angleichende Operation Mann-zu-Frau (Vaginoplastik) erhalten (Russo, 2023). Eine Advanced Practice Nurse (APN) für Menschen mit Genderdysphorie hat Frau B auf ihrem Weg begleitet (Infobox 1). Das Ziel dieser Rolle ist, Patient*innen vor, während und nach geschlechts-angleichenden Operationen ganzheitlich zu betreuen. Bereits ab dem ersten Anamnesegespräch im ambulanten Bereich ist die APN aktiv in die Versorgung eingebunden. Sie ist die konstante Bezugsperson für Patient*innen und Angehörige. Gleichzeitig übernimmt sie eine zentrale Funktion als primäre pflegerische Ansprechpartnerin für das Behandlungsteam.

Hürden in der Versorgung

«Geschlechtsidentität» bezeichnet die innere Gewissheit einer Person in Bezug auf ihr eigenes Geschlecht – unabhängig vom zugewiesenen Geschlecht bei der Geburt und von gesellschaftlichen Erwartungen (Strittmatter & Holtmann, 2020). Bei «trans Personen» («transgender») entspricht die Geschlechtsidentität nicht oder nicht vollständig dem zugewiesenen Geschlecht. Diese Diskrepanz kann zu körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen führen. Der

Wunsch nach Transitionsmaßnahmen, beispielsweise nach einer geschlechtsangleichenden Operation, könnte die Folge sein (Rudolph et al., 2023).

Vaginoplastiken zählen zu den häufigsten Eingriffen im Rahmen der geschlechtsangleichenden Chirurgie (Russo, 2024). Die Operation umfasst die Entfernung der Hoden und Schwellkörper.

Hinzu kommt die Konstruktion einer sensiblen Klitoris, eines neuen Harnausgangs, innerer und äußerer Schamlippen sowie der Vagina (Nuñez et al., 2023).

Es gibt eine intensive medizinische Forschung zur Wirksamkeit dieser Eingriffe. Die individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse der Betroffenen kommen dabei oft zu wenig in den Blick (de Brouwer et al., 2021). Trans Personen stehen zudem immer noch vor erheblichen Hürden in der medizinischen Versorgung – darunter mangelndes Fachwissen und transphobe Einstellungen im Gesundheitssystem.

Pflegeexpertin APN



Eine Pflegeexpertin APN ist eine „registrierte Pflegefachperson, welche sich durch akademische Ausbildung Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat“ (swissAPN, 2012).

Die Literatur bestätigt, dass Patient*innen den professionellen und ganzheitlichen Ansatz von APNs schätzen. APNs können wesentlich dazu beitragen, die Sicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen zu erleichtern (Eriksson et al., 2018).

Nachbetreuung ist essenziell

Die Komplikationsrate nach einer Vaginoplastik liegt zwischen 20% bis 70%. Meistens treten Komplikationen innerhalb der ersten vier postoperativen Monate auf (Hontscharuk et al., 2021).

In einer Studie mit trans Frauen nach Vaginoplastik äußerten 65% den Wunsch nach zusätzlicher postoperativer Unterstützung. Die Teilnehmenden wünschten sich mehr Support in der postoperativen Phase und mehr Informationen über die Folgen der Operation (de Brouwer et al., 2021).

Eine kontinuierliche Nachsorge ist daher von zentraler Bedeutung. Die chirurgischen und psychosozialen Ergebnisse verbessern sich dadurch nachhaltig (WPATH, 2012). Somit ist es wichtig, dass die Begleitung auch nach der OP weitergeht. Hier kann die APN für Kontinuität sorgen – durch Begleitung auf dem gesamten Behandlungspfad – bis zur ambulanten Nachsorge.

Das Aufgabenprofil der APN

Präoperative Phase

Patient*innen, die sich für eine genitalangleichende Operation entscheiden, treffen die APN vor der Operation zu einem ersten Vorgespräch. Von ihr erfahren sie Wissenswertes über die Vorbereitung, den Spitalaufenthalt und die Nachsorge. Zudem erhalten sie unterstützendes Informationsma-

terial, beispielsweise Broschüren und Schulungsvideos. Bereits vor der Operation organisiert die APN erste Hilfsmittel bzw. Materialien für die Nachsorge.

Stationäre Phase

Am Tag der Operation erfolgt die stationäre Aufnahme. Der Spitalaufenthalt dauert in der Regel acht Tage. In den ersten fünf Tagen übernimmt das Pflegepersonal der Bettenstation die primäre Betreuung. Regelmäßige Wundkontrollen durch die APN ergänzen die Versorgung. Am siebten Tag führt die APN eine erste neovaginale Untersuchung (Spekulumkontrolle) durch. Sie zeigt den Patient*innen, wie sie eine «Vaginaldilata-tion» durchführen können. Das Ziel besteht darin, den neovaginalen Raum zu erhalten und zu erweitern. Das selbstständige Durchführen dieser Maßnahme ist obligatorisch, um das Spital verlassen zu können. In den ersten sechs postoperativen Monaten sollte zweimal täglich eine Dilatation erfolgen. Eine korrekte Wundpflege ist ebenfalls entscheidend. Während der stationären Phase bereitet die APN die Patient*innen auf den Alltag zu Hause vor – etwa auf den Umgang mit veränderten Toilettengewohnheiten.

Nachbetreuung

Die ambulante Nachsorge umfasst regelmäßige Wundkontrollen – zunächst im zweiwöchigen Rhythmus, später in größeren

Abständen. Nach etwa sechs Monaten findet eine Abschlusskontrolle statt.

Den Patient*innen steht ein lebenslanges jährliches Follow-up bei der APN zur Verfügung. Neben der körperlichen Untersuchung sind Themen wie Sexualität, Körperpflege und Ausscheidung wichtig.

Zu den Aufgaben der APN gehört auch die Vermittlung interdisziplinärer Kontakte sowie sexualtherapeutische Beratung, Unterstützung bei körperlichen Veränderungen und Hilfestellung bei der Rückkehr in den Alltag.

Die APN als Koordinatorin

Das Behandlungsteam umfasst die Fachbereiche Plastische Chirurgie, Konsiliarpsychiatrie, Reproduktionsendokrinologie, Gynäkologie, Logopädie, Physiotherapie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Die APN koordiniert die Zusammenarbeit. Alle zwei Monate kommt das Team zusammen, um sich über komplexe Fälle und neue Entwicklungen auszutauschen. Eine qualitative Studie mit 13 trans Frauen zeigte die vielfältigen und umfassenden Bedürfnisse im Kontext einer genitalangleichenden Operation Mann-zu-Frau (Hany et al., 2024). Die APN konnte diesen komplexen Anforderungen gerecht werden. Sie hat eine Schlüsselrolle:

- Während des gesamten Prozesses gewährleistet sie eine

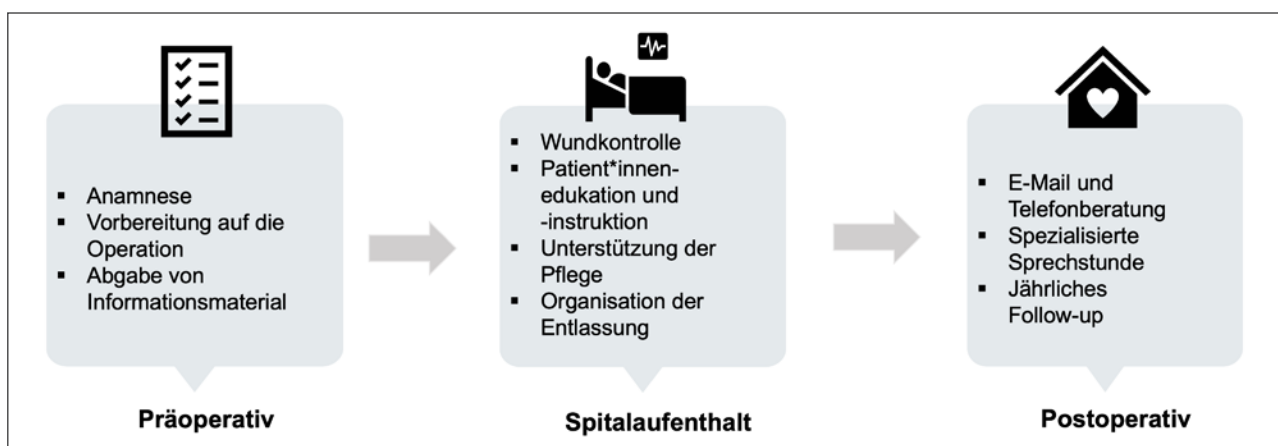


Abbildung 1: Behandlungspfad mit Aufgabengebieten der APN

kontinuierliche, ganzheitliche Betreuung.

- Patient*innen und Angehörige bauen ein vertrauensvolles Verhältnis ihr auf.
- Vor dem Eingriff besteht ein hohes Informationsbedürfnis, dem die APN gerecht werden kann.
- Sie kennt die Anliegen der Patient*innen wie kaum eine andere Fachperson. Mit fundiertem Fachwissen und hoher Achtsamkeit kann sie eine empathische Betreuung während des stationären Aufenthalts sicherstellen.
- Während der Nachsorgephase kann die APN Sicherheit vermitteln. Sie informiert über weitere Transitionsmöglichkeiten und individuelle fachliche Gesprächsangebote (Hany et al., 2024).

Literatur

Die Literatur zum Beitrag finden Sie online unter zeitschrift-mabuse.de/literatur

Fazit

Die Einführung der APN-Rolle für Menschen mit Genderdysphorie stellt im USZ einen bedeutenden Fortschritt bei der Versorgung von trans Personen dar. Sie trägt nicht nur zu einer besseren Pflegequalität bei – sie fördert auch eine individuellere und einfühlsamer Betreuung.

Eine Patientin beschrieb die Begleitung durch die APN mit folgenden Worten:

„Bei der
Betreuung hat
alles gepasst.
Wenn ich es so
übernehmen
könnte, wie ich es
erlebt habe, dann
wünsche ich mir
das für jede Frau“.



Fiona Hany
MScN, Pflegeexpertin
APN, Klinik für Plas-
tische Chirurgie und
Handchirurgie, Uni-
versitätsspital Zürich.



Diana Staudacher
Dr. phil., Wissen-
schaftliche Assisten-
tin, Direktion Pflege
und MTTB, Univer-
sitätsspital Zürich.



Jürgen Maier
MScN, Fachführen-
der Pflegeexperte
Bereich B, Univer-
sitätsspital Zürich.



Diversität in der Pflegeausbildung

Über die Bedeutung von Abbildungen in Pflegelehrbüchern

Annette Andree-Dieker & Sonja J. Kublun

Diversität spielt in der Pflegeausbildung eine zunehmend wichtige Rolle, insbesondere vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und demografischer Veränderungen in Deutschland. In der Ausbildung zu angehenden Pflegefachpersonen spielen Pflegelehrbücher eine zentrale Schlüsselrolle als didaktisches Werkzeug. Sie bahnen das Berufsverständnis an und können die berufliche Sozialisation maßgeblich mit beeinflussen. In ihrer Masterarbeit „(Un-) Sichtbares Stereotyp?“ (Andree-Dieker, Kublun, 2023) analysieren die Autorinnen mittels einer quantitativen Dokumentenanalyse 2.352 fotografische Abbildungen von Pflegehandlungen aus deutschen Pflegelehrbüchern. Die ermittelten Daten sind mit dem Programm R-Studio (2023) statistisch ausgewertet worden. Ein Hauptfokus der Forschungsarbeit liegt darauf zu erheben, wie realistisch die verwendeten Fotografien die Vielfalt der Gesellschaft abbilden. In diesem Artikel werden Teilergebnisse der Forschungsarbeit vorgestellt.

In der Bilddidaktik wird davon ausgegangen, dass Abbildungen eine zentrale Rolle im Lernprozess

spielen. Sie bündeln die Aufmerksamkeit und können Inhalte leichter verständlich und einprägsam machen. Gleichzeitig spiegeln sie gesellschaftliche Normen und Werte wider, was die Betrachtenden oft unbewusst beeinflusst.

Die Ergebnisse der durchgeführten Bildanalyse zeigen deutliche Schwächen bei der Repräsentation von ethnischer Vielfalt und der Verteilung der Geschlechter. Zudem finden sich stereotype Geschlechterdarstellungen, die eine tradierte Auffassung vom Beruf professionell Pflegenden reproduzieren. Mit diesem Artikel hoffen die Autorinnen, Pädagog*innen an Gesundheitsfachschulen und Verlage im Umgang mit fotografischen Abbildungen dafür zu sensibilisieren, dass die Verwendung der Bilder unerwünschte Auswirkungen auf die berufliche Sozialisation und Identität von Pflegeauszubildenden haben könnte, da sie die Lebenswirklichkeit der Zielgruppe nur teilweise abbilden.

Exkurs Bilddidaktik

Mit den Möglichkeiten moderner digitaler Bild- und Textverarbeitungstechnologien lässt sich eine pädagogisch fundierte Integration von Bild und Text

umsetzen. Dennoch wird in der Praxis häufig eine unreflektierte Bildnutzung beobachtet, die die didaktische Wirksamkeit erheblich einschränkt. Bilder haben die Fähigkeit, unbewusst die Wahrnehmung und Haltung der Betrachtenden zu beeinflussen.

Dabei besteht jedoch das Risiko, dass Abbildungen mit der Realität verwechselt werden und als objektive Wahrheit wahrgenommen werden. Dies kann die Reproduktion von Stereotypen und die Verfestigung falscher Vorstellungen begünstigen, insbesondere in der Darstellung geschlechtsspezifischer Rollen.

Es entsteht vielfach der Eindruck, dass die in Lehrwerken genutzten Bilder oftmals aus praktischen oder ästhetischen Erwägungen ausgewählt werden, während inhaltlich-didaktische Aspekte eine eher nachrangige Rolle spielen.



Kriterien wie Verfügbarkeit und ökonomische Überlegungen dominieren häufig den Auswahlprozess. Zudem fungieren Bilder nicht selten lediglich als „Schmuckbilder“ ohne tieferen didaktischen Nutzen. Da Betrachtende individuelle Vorerfahrungen und Erwartungen in den Prozess der Bildwahrnehmung einbringen, führen dieselben Abbildungen oft zu unterschiedlichen Interpretationen. Diese Vielfalt in der Wahrnehmung macht deutlich, wie wichtig es ist, Lernende zur kritischen Auseinandersetzung mit Bildern anzuleiten. Ein solcher Ansatz kann oberflächliches Verständnis und fehlerhafte Schlussfolgerungen verhindern.

Ethnische Vielfalt und Inklusion

Ein Schwerpunkt der Untersuchung ist die Repräsentation ethnischer Vielfalt in den ausgewählten Pflegelehrbüchern. In Deutschland hat rund ein Viertel der Bevölkerung einen internationalen Background. Dennoch zeigen nur etwa 6 % der analysierten Bilder eindeutige Merkmale ethnischer Diversität. Dies steht im starken Kontrast zur Realität

des Pflegealltags, in dem die kulturelle Vielfalt omnipräsent ist. Laut der Bundesagentur für Arbeit (Statistik 2022) waren in Deutschland im Jahr 2021 circa 13 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen ausländische Pflegepersonen. In den untersuchten Abbildungen zeigt sich demnach im Vergleich zur demografischen Realität eine deutliche Unterrepräsentation ethnischer Vielfalt. Im Rahmen der Bildanalyse haben die Autorinnen verschiedene visuell identifizierbare Kriterien ausgewählt, die darauf hindeuten, dass aufgrund dieser Merkmale ein unterschiedlicher ethnischer Hintergrund im Vergleich zur Mehrheit der mitteleuropäischen Bevölkerung angenommen werden kann. Diese Kriterien umfassen sowohl die Hautfarbe als auch andere äußerlich erkennbare Zeichen, z. B. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten religiösen Gemeinschaft. Als Vergleichsgröße diente hierbei zusätzlich das Plakat des BMFSFJ der Kampagne „mach Karriere als Mensch“ (2021) auf dem 166 reale, angehende Pflegefachpersonen abgebildet sind (Abbildung 1).

Das Ergebnis der Bildanalyse in der Kategorie „Hautfarbe“ ergab, dass 94 % - 97 % der in den Lehrbüchern abgebildeten Personen helle Haut aufweisen, in den Unterkategorien „mittlere Hautfarbe“ (hier werden auch asiatisch konnotierte Personen miteingerechnet) sind es 2 % und bei „dunkler Hautfarbe“ 1 % bis 4 %. Diese Werte weichen deutlich von den erhobenen Daten aus dem Plakat des BMFSFJ (2021) ab (s. Tabelle 1).

Sichtbare Zeichen, die Rückschlüsse auf eine religiöse Zugehörigkeit schließen lassen, waren in keinem der Pflegelehrbücher anzutreffen. Im Vergleich dazu tra-



Abbildung 1: Unbearbeiteter, willkürlich gewählter Ausschnitt Kampagnenplakat BMFSFJ, 2021

Hautfarbe aller abgebildeten Personen	„I care Pflege“	„PflegeHeute“	„Pflegerias“	Plakat des BMFSFJ: Kampagne „mach Karriere als Mensch“ (2021)
gesamt (n)	184	233	200	166
Hell (%)	175 (94 %)	226 (97 %)	190 (95 %)	145 (88 %)
Mittel (%)	3 (2 %)	5 (2 %)	4 (2 %)	12 (7 %)
Dunkel (%)	6 (4 %)	2 (1 %)	6 (3 %)	8 (5 %)

Tabelle 1: Anteil der Menschen in der Kategorie „Hautfarbe“ in den untersuchten deutschen Pflegelehrbüchern und Plakat BMFSFJ, eigene Darstellung

Geschlecht	„I care Pflege“	„PflegeHeute“	„Pflegerias“	Plakat
gesamt (n)	124	136	125	166
Frauen (%)	94 (76 %)	119 (80 %)	112 (90 %)	125 (75 %)
Männer (%)	30 (24 %)	17 (20 %)	13 (10 %)	41 (25 %)

Tabelle 2: Geschlechterverteilung der Pflegefachkräfte in den untersuchten deutschen Pflegefachbüchern und Plakat BMFSFJ, eigene Darstellung

gen 2 % der weiblichen Auszubildenden auf dem Plakat ein Kopftuch, was als Symbol für die muslimische Glaubenszugehörigkeit interpretiert werden kann. Diese Unsichtbarkeit betrifft nicht nur die abgebildeten Pflegenden, sondern auch die pflegeempfangenden Personen. Menschen, die nicht der Mehrheitsgesellschaft angehören, werden kaum in typischen Pflegesituationen abgebildet, obwohl sie einen nennenswerten Anteil in der Gruppe der zu Versorgenden ausmachen. Diese von der Realität abweichende Darstellung perpetuiert das Bild eines homogenen Pflegeumfelds, dass der Vielfalt in Deutschland nicht gerecht wird. Diese Ergebnisse werden auch von der 18. Shell Jugendstudie (2019) bestätigt. Durch die Unsichtbarkeit marginalisierter Gruppen in Bildungsmedien wird eine Barriere aufgebaut, die die soziale Integration und die berufliche Motivation von Jugendlichen mit Migrationshintergrund beeinträchtigen kann. Bilder können Vorbilder sein, die Diversität sichtbar machen. Sie können laut Fischer (2013) entscheidend sein für eine positive berufliche Identifikation und die Bereitschaft, sich langfristig im Pflegeberuf zu engagieren.

Geschlechterdarstellung und -rollen in Pflegelehrbüchern

Die Analyse der Fotografien (s. Tabelle 2) zeigt, dass Frauen deutlich überrepräsentiert sind: 76 % bis 90 % der abgebildeten Pflegekräfte sind weiblich, während nur 10 % - 24 % männlich sind.

Auch hier gibt es je nach Pflegelehrbuch signifikante Abweichungen zum Plakat des BMFSFJ und noch größere Abweichungen zu den demografischen Daten der Bevölkerung in Deutschland, die sich aus 49 % Männern und 51 % Frauen zusammensetzt.

Auffällig ist, dass Frauen dabei häufiger in stereoty-

pen, pflegerischen Rollen dargestellt werden (Abbildung 2). Dieses betrifft Pflegesituationen wie z.B. die körpernahen Versorgungs- und Unterstützungssituationen, die verschiedene menschliche Grundbedürfnisse (z.B. Körperpflege) von Pflegeempfangenden abbilden (Abbildung 3).

Es wird deutlich, dass Männer vor allem in Aufgaben wie dem Umgang mit technischen Geräten dargestellt werden, während Frauen in Szenen emotionaler Fürsorge dominieren.



Solche Darstellungen prägen die Wahrnehmung von Rollenbildern bei Auszubildenden und können ihre Berufswahl und spätere Spezialisierung beeinflussen. Laut Atkinson & Shiffrin (1968) verankern sich solche visuellen Eindrücke durch wiederholte Wahrnehmung tief in der kognitiven Struktur. Diese Ergebnisse reproduzieren das Bild der Pflege als klassischen „Frauenberuf“ und verstärken traditionelle Geschlechterstereotype.

Auswirkungen auf die berufliche Identität

Die stereotype Darstellung in den Lehrbüchern kann erhebliche Auswirkungen auf die berufliche Identität von Auszubildenden haben. Sozialisationstheo-

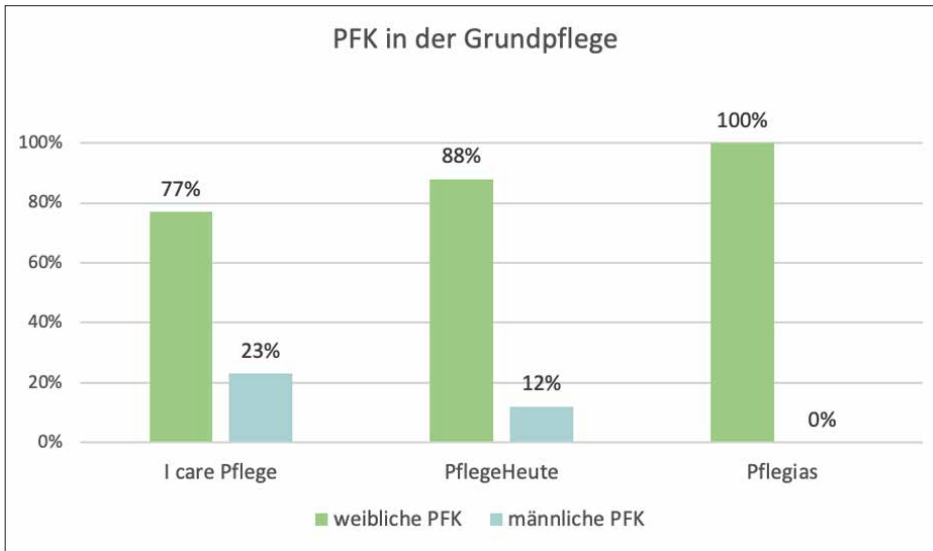


Abbildung 2: Anteil der weiblichen und männlichen Pflegefachkräfte (PFK) in körpernahen Tätigkeiten (Grundpflege) in den untersuchten Lehrbüchern, eigene Darstellung

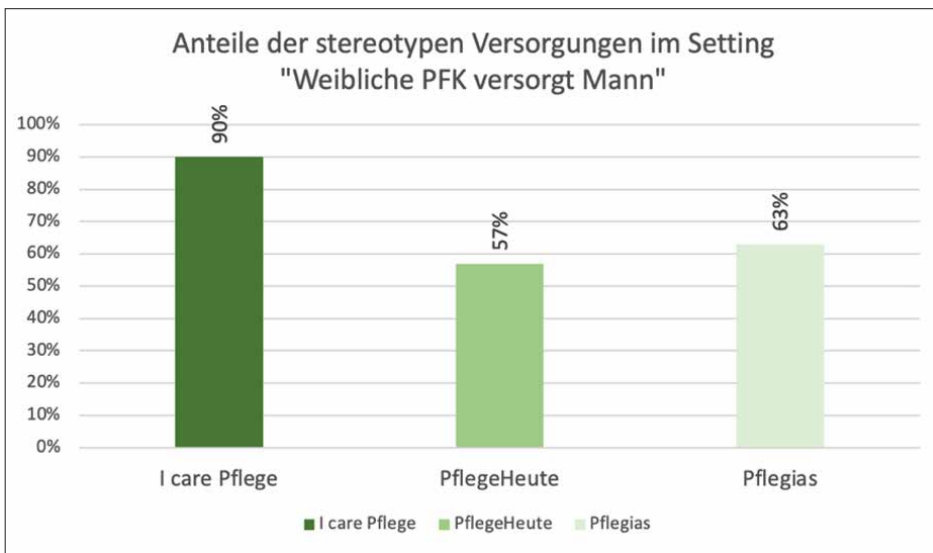


Abbildung 3: Anteil der stereotypen Versorgungen im Setting „weibliche Pflegefachkraft versorgt Mann“

rien zeigen, dass wiederholte visuelle Eindrücke die Wahrnehmung von Rollenbildern prägen und das Verhalten von Lernenden beeinflussen können. Frauen könnten sich so stärker mit „traditionellen“ Pflegeaufgaben identifizieren, während Männer sich für technische oder administrative Rollen vorbehalten sehen könnten. Dies beeinflusst dann nicht nur die Selbstwahrnehmung, sondern auch die berufliche Weiterentwicklung und Spezialisierung. Eine differenzierte Betrachtung der in den Lehrbüchern dargestellten Geschlechterrollen zeigt zudem, dass diese Darstellungen tief verwurzelte gesellschaftliche Stereotype widerspiegeln, die den Pflegeberuf als Profession in seiner Komplexität eingeschränkt darstellt.

Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei auf die Kontraste zwischen der Pflege als „Fürsorgearbeit“

und den technischen Aspekten des Berufs gelegt werden. Die Forschungsarbeit zeigt, dass diese Aspekte in Lehrbüchern oft strikt entlang geschlechtlicher Linien getrennt werden, was langfristige Auswirkungen auf die Berufswahl und die Karrierewege von Pflegepersonen haben könnte.

Demografische Daten und Herausforderungen

Die alternde Bevölkerung und die wachsende Vielfalt stellen den Pflegeberuf vor neue Herausforderungen. Laut dem Statistischen Bundesamt (2022) ist ein signifikanter Anstieg der Bevölkerung über 65 Jahre zu verzeichnen, während gleichzeitig der Anteil der Bevölkerung und des medizinisch – pflegerischem Fachpersonal mit Migrationshintergrund stetig wächst. Ausländische Pflegepersonen werden unter anderem durch spezielle Regierungsprogramme gezielt nach Deutschland geholt, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Diese Ent-

wicklungen erfordern eine diversitätsbewusste Pflegeausbildung, die auf die spezifischen Bedürfnisse einer heterogenen Gesellschaft eingeht.

Schlussfolgerung

Die demografischen Veränderungen führen zu einem steigenden Pflegebedarf, der durch den bereits bestehenden Fachkräftemangel verschärft wird. Die fehlende Repräsentation von Diversität in Lehrbüchern könnte dazu beitragen, dass der Pflegeberuf für bestimmte Zielgruppen weniger attraktiv erscheint. Die Ergebnisse lassen den Rückschluss zu, dass Abbildungen, die Personen in Pflegelehrbüchern darstellen, grundlegend überarbeitet werden sollten. Dieses könnte ein Baustein sein, der dazu beiträgt, dass Geschlechterstereotype abgebaut und ethnische Vielfalt sichtbarer gemacht wird.

Pflegepädagog*innen sollten verstärkt darauf achten, dass Lehrmaterialien die gesellschaftliche Vielfalt widerspiegeln und eine realistische Darstellung des Pflegeberufs bieten.

Darüber hinaus sollte die Bilddidaktik als zentrales Element der Lehrmittelgestaltung neu gedacht werden.

Eine bewusste Auswahl von Bildern, die sowohl Frauen und Männer in unterschiedlichen Rollen als auch Pflegekräfte mit diversen ethnischen Hintergründen zeigen, könnte die Wahrnehmung des Pflegeberufs positiv beeinflussen.



Dies würde nicht nur die berufliche Sozialisation verbessern, sondern auch dazu beitragen, den Pflegeberuf als inklusives und vielseitiges Arbeitsfeld zu positionieren. Langfristig könnten solche Maßnahmen auch dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, um den Fachkräftemangel in der Pflege zu verringern. Die Sichtbarkeit von Vielfalt innerhalb der Profession Pflege und der beteiligten Protagonist*innen kann nach Auffassung der Autorinnen dazu beitragen, den Pflegeberuf moderner und zukunftsorientierter darzustellen. ■



Sonja J. Kublun, M.A.

hat ihren Mastertitel „Bildung im Gesundheitswesen – Fachrichtung Pflege“ im Jahr 2023 an der Fachhochschule Münster erlangt. Sie arbeitet seit sieben Jahren als Lehrerin an Pflegeschulen im Ruhrgebiet. Ihre jetzige Arbeitsstätte ist die Pflegeschule Recklinghausen, Standort Gelsenkirchen von der Knappschaft Kliniken Akademie.



Annette Andree-Dieker, M.A.

hat ihren Master an der FH Münster in Bildung im Gesundheitswesen absolviert und arbeitet als Lehrkraft in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflege und OP des Uniklinikums Münster.

Literatur

- Fischer, R. (2013). Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz, Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bielefeld: Bertelsmann.
- Frey, S. (1999). Die Macht des Bildes. Der Einfluß der nonverbalen Kommunikation auf Kultur und Politik. Bern: Huber.
- Höpel, I. (2013). Bildkompetenz als pädagogische Schlüsselkompetenz. 60-71. In: Lieber, G. (Hrsg.). Lehren und Lernen mit Bildern: ein Handbuch zur Bilddidaktik. 2. Aufl. Hohengehren: Schneider.
- Pettersson, R. (2013). Aspekte der Verwendung von Bildern in Lehrbüchern. 134-145. In: Lieber, G. (Hrsg.). Lehren und Lernen mit Bildern. Baltmannsweiler: Schneider
- BMFSFJ. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2021). „Mach Karriere als Mensch!“. Informations- und Öffentlichkeitskampagne des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege. Zugriff am 28.01.2025. Verfügbar unter: https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/BMFSFJ_Kampagnenbericht_Mach_Karriere_als_Mensch.pdf

Die vollständige Literaturliste zum Beitrag finden Sie online unter zeitschrift-mabuse.de/literatur



Rassismus in der Geburtshilfe

Katharina Rauh

Wie die Hebammen Schlieve und Suri (2022) in ihrem Aufruf „Lasst uns aktiv werden!“ in der „Deutsche[n] Hebammen Zeitschrift“ beschreiben, sind Rassismus und Diskriminierung in der Geburtshilfe und im Kreißsaal auch in Deutschland ein relevantes Thema. Im deutschsprachigen Raum ist die Datenlage sehr dünn und heterogen. Die durchgeführten Studien beziehen sich häufig generell auf Gebärende mit Migrationshintergrund, ohne dass unterschieden wird, inwieweit sich beispielsweise Sprachbarrieren, Religion, Ethnie oder sozioökonomischer Status (SES) auswirken. Ausreichende qualitative und quantitative Studien mit intersektionalem Ansatz sind für den deutschsprachigen Raum erforderlich (Winkler & Babac, 2022).

Im Folgenden wird beispielhaft aufgezeigt, inwieweit rassistische Diskriminierung in der Geburtshilfe Auswirkungen auf die Gesundheit Schwarzer Frauen* hat und exemplarisch Lösungsansätze vorgestellt. Der vorliegende Beitrag entstand durch eine analytische Literaturrecherche der Online-Literaturdatenbank PubMed im Sommer 2023. Primär sind Studien aus den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) verfügbar, so dass sich die vorgestellten Erkenntnisse mehrheitlich darauf beziehen.

Ursachen

Den Auswirkungen von Rassismus in der Geburtshilfe liegt ein multifaktorielles Geschehen zu Grunde, das sowohl historisch, soziostrukturell als auch politisch bedingt und bisher noch nicht gänzlich erforscht ist. Aspekte sind unter anderem rassistische Strukturen, Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung, gesellschaftliche rassistische Diskriminierung sowie Mangel an kultureller Kompetenz, und Vorurteile beim medizinischen Personal. Historisch und soziokulturell bedingte Stereotypen, Vorannahmen und Vorurteile bleiben bis heute noch offen oder als „implicit bias“ bestehen.

**Of all the forms of inequality,
injustice in health care is the
most shocking and inhumane.**

Dr. Martin Luther King, Jr., 25.03.1966



„Implicit bias“
beschreibt
unterbewusste
Vorurteile,
Stereotype,
Gedanken
und Gefühle
gegenüber
Individuen und ist
abzugrenzen von
offener, direkter
Diskriminierung.



Die meisten Menschen, die im medizinischen Bereich tätig sind, sind sich dieser gar nicht bewusst, obwohl fast jede*r davon betroffen ist. Er wirkt sich auf das menschliche Verstehen, Handeln und Entscheiden aus, und somit auch auf die Behandlung von Menschen innerhalb des Gesundheitssystems. Da es sich hierbei um einen unterbewussten Vorgang handelt, ist er schwer messbar und schwierig, die Folgen darauf zurückzuführen sowie ein Bewusstsein für eine aktive Auseinandersetzung damit zu schaffen. Die Auswirkungen können sowohl im Entscheidungsprozess, in der Kommunikation zwischen Patient*innen und medizinischem Personal, als auch im Zugang zur und der Annahme von Gesundheitsversorgung auftreten.

Die Lebensbedingungen und -realitäten von Schwarzen Menschen in den USA haben Einfluss und Auswirkungen auf deren Gesundheit. Die „Weathering Hypothesis“ vermutet, dass sich der Gesundheitszustand Schwarzer Menschen bereits ab dem jungen Erwachsenenalter aufgrund der Kumulation von sozioökonomischen Stressereignissen stärker verschlechtert als bei weißen Personen.

Diese Hypothese wird durch Studien unterstützt, die zeigen, dass sowohl ein geringer SES als auch Schwarz-sein mit vermehrt chronischen Erkrankungen im Verlauf des Lebens assoziiert sind. Unter anderem ursächlich für dieses Phänomen sind nicht-medizinische Faktoren, die Gesundheitsoutcomes beeinflussen, sogenannte „Social Determinants of Health“, ebenso wie Rassismus. Struktureller Rassismus spielt hierbei eine große Rolle, aber auch der interpersonelle Rassismus hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheit, sowie den Schwangerschaftsverlauf.

Auswirkungen von Rassismus in der Geburtshilfe

Black Indigenous and People of Colour (BIPOC) Frauen*, die in erster Generation in die USA emigriert sind, haben statistisch signifikant weniger Kinder mit geringem Geburtsgewicht als in den USA geborene Frauen* der gleichen Ethnie, ebenso erleben Schwarze Frauen*, die aus Sub Sahara Afrika in die USA emigrierten, signifikant weniger Frühgeburten als in den USA geborene Schwarze Frauen*. Dies legt die Annahme nahe, dass der Auslöser nicht die unterschiedlichen Ethnien selbst, sondern die Lebensrealitäten Schwarzer Frauen* in den USA sind.

In den USA wurden vermehrt ab 1980 Studien durchgeführt, die einen Unterschied im Outcome der Schwangerschaften bezüglich Morbidität und Mortalität von Schwarzen und weißen Frauen* belegen.

Schwarze Frauen* haben ein deutlich höheres Risiko peripartal zu versterben, im Vergleich mit weißen Frauen* 2,5 mal häufiger.

Auch die Kindersterblichkeit innerhalb des ersten Lebensjahrs gemessen pro 1000 Lebendgeburten zeigt große ethnische Unterschiede zwischen Schwarzen (10,8) und weißen Kindern (4,6).

Zu den häufigsten Ursachen für Kindersterblichkeit zählen unter anderem Frühgeburtlichkeit und ein geringes Geburtsgewicht, wovon Kinder Schwarzer Frauen* häufiger betroffen sind.

Durch die kindliche Unreife verstärken sich die Auswirkungen des bereits erhöhten Risikos, der qualitativ schlechteren Betreuung und Behandlung und der sozioökonomischen Nachteile. Diese bleiben auch im weiteren Lebensverlauf bestehen und ziehen wiederum besonders im ersten Lebensjahr erhöhte Morbidität und Mortalität nach sich.

Dabei sind in Bezug auf geringes Geburtsgewicht Schwarze Personen egal welchen Bildungsgrads überproportional häufiger betroffen als Frauen* aller anderen Ethnien.

Ebenfalls ist das Risiko für Frühgeburtlichkeit bei gebildeten Schwarzen Frauen* trotz hohem SES höher als bei weißen Frauen* mit vergleichbarem sozialem Stand (9,9% versus 5,5%).

Mögliche Lösungsansätze

Für eine gleiche Behandlung Schwarzer Personen bedarf es einer nationalen, politischen und vor allem strukturellen Veränderung mit und für Schwarze Gebärende, damit gleiche Chancen auf eine physiologische Schwangerschaft und gesunde Kinder bestehen. Lokale Ansätze mit dem Ziel, die Auswirkungen zu reduzieren und den verschiedenen Ursachen entgegenzuwirken, können ebenso einen kleinen, aber wichtigen Teil beitragen. Einige Lösungsansätze werden im Folgenden vorgestellt.

Stärkung von „Human Factors“

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen schwerer maternaler* Morbidität und ethnischer Diversität der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

und Hebammen wurde eine hohe ethnische Diversität des medizinischen Personals mit einer geringeren Morbidität bei Schwarzen, Hispanischen, Asian and Pacific Islander und weißen Frauen* assoziiert. Darauf stützt sich die Annahme, dass eine kulturelle und ethnische Diversität innerhalb des medizinischen Personals für alle Gebärenden vorteilhaft ist.

Mehr Diversität innerhalb der Hebammen ist wichtig, um alle Frauen* gut begleiten zu können, da Hebammen eine wichtige Rolle in der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchner*innen innehaben. Dafür müssen auch rassistische Diskriminierung in der Ausbildung und Berufsgruppe der Hebammen eliminiert werden.

Die Begleitung Schwarzer Mütter* sollte beziehungsorientiert und anti-rassistisch sein, sowie auf den Prinzipien der reproduktiven Gerechtigkeit beruhen. Weitere Kernthemen um die geburtshilfliche Versorgung Schwarzer Frauen* zu verbessern, sind bessere Kommunikation, Aufklärung, Respekt und eine gute Vertrauensbasis.

Aufklärungsarbeit in Praxis und Lehre

Auch gezielte Workshops und Aufklärungskampagnen zum Thema „Rassismus in der Geburtshilfe“ sowohl in der Lehre als auch in der Praxis sind sinnvoll, um Aufmerksamkeit auf diese relevante Thematik zu lenken und ein Bewusstsein dafür zu schaffen.

Beispielhaft wurden in einem ein- bis zweistündigen, interaktiven Workshop der sich an Ärzt*innen richtete Themen wie Mikroaggressionen, Stereotype, verschiedene Ebenen des Rassismus, Auswirkungen und anti-rassistische Konzepte diskutiert. Anschließend gaben mehr als zwei Drittel der Befragten an, Unterschiede in der

Behandlung und Rassismus besser erkennen und benennen zu können.

Gezielt in Bezug auf die Geburtshilfe ist eine Implementation vergleichbarer Workshops denkbar, ebenso wie andere Interventionen auf Basis bereits entwickelter Prinzipien und Strategien, um anti-rassistische Maßnahmen in Kliniken einzuführen.

Kulturelle Kompetenz in der Hebammenarbeit ist ein grundlegender Soft-Skill im Umgang mit Menschen aus verschiedenen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen. Das Erlernen dieser wichtigen Grundlage der Hebammenarbeit bereits in der Ausbildung erscheint sinnvoll, damit alle Hebammen die Chance haben, alle Frauen* kompetent und kultursensibel zu betreuen.

Rassismuskritische Forschung

Historisch bedingt bestehen noch viele Stereotype über medizinische Unterschiede zwischen Menschen verschiedener Ethnien. Gerade im Bereich der Forschung ist es von zentraler Bedeutung, dass aktuelle und vor allem zukünftige Studien, Empfehlungen und Standards unter einem rassismuskritischem Ansatz betrachtet und hinterfragt werden. Dabei ist allerdings wichtig, dass umsichtig vorgegangen wird, um epigenetische Unterschiede zwischen Ethnien in Bezug auf Komorbiditäten zu identifizieren, deren Wahrscheinlichkeiten unter anderem durch „Social Determinants of Health“ und täglich erlebten Rassismus erhöht sind. Deshalb sollten bei der Entwicklung von Empfehlungen auf Basis differenzierter Untersuchung von Unterschieden in Outcomes auch immer Risikofaktoren und deren Auswirkung auf das Outcome berücksichtigt werden.

Der Ansatz darf dabei nicht „colorblind“ sein, um die Ethnie als Risikofaktor für unerwünschte Ereignisse zu identifizieren.

Real auftretende Disparitäten sollten Beachtung und die gelebte Realität von BIPOC Gehör finden.



Sinnvoll sind qualitative Befragungen Schwarzer Gebärender um die Perspektive der Betroffenen abzubilden. Anhand dieser lassen sich weitere Problematiken identifizieren und anti-rassistische Ansätze und Strategien entwickeln. Ein Beispiel hierfür ist die PREM-OB Scale, kurz für „Patient-Reported Experience Measure of OBstetric racism“, ein mit Schwarzen Frauen* speziell für die Charakterisierung und Quantifizierung von peripartal erlebtem Rassismus entwickelter Fragebogen.

Des Weiteren sollten bestehende Methoden und Empfehlungen hinterfragt werden, beispielsweise bei der Auswahl der Kriterien zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit für eine vaginale Geburt nach vorheriger Sectio (VBAC) mithilfe eines „VBAC-Calculators“. Die angemessene Berechnung gelingt auch, wenn der ursprünglich verwendete Risikofaktor „Ethnizität“ durch den Risikofaktor „behandlungsbedürftiger chronischer Hypertonus“ ersetzt wird, wodurch die höhere Komorbiditätsrate von BIPOC Schwangeren abgebildet wird, ohne alle Schwarzen Schwangeren zu verallgemeinern.

Fazit

Obwohl die zitierten Studien sich bezüglich der Ansätze, Forschungsziele, Rahmenbedingungen und der untersuchten Personengruppen unterscheiden, weisen sie alle auf die Problematik hin. Diese Ergebnisse lassen sich allerdings aufgrund struktureller Unterschiede des Gesundheitssystems nur bedingt direkt auf die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland übertragen.

Wie häufig rassistische Diskriminierung im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Deutschland auftritt und wie sich diese auf das Geburtserleben und -outcome auswirkt, muss zentraler Untersuchungsgegenstand für künftige Forschung sein. Nur so können Maßnahmen zur Verbesserung der Gerechtigkeit in der Versorgung entwickelt werden. Sowohl qualitative als auch quantitative Forschung ist notwendig, um einen Überblick über die aktuelle Lage in Deutschland zu gewinnen und um Aufmerksamkeit auf die Thematik zu lenken. Die untersuchten Aspekte und Ergebnisse aus den USA können als Orientierung dienen.

Um eine gleichwertige, diskriminierungssensible Betreuung aller Gebärenden zu ermöglichen, müssen bereits jetzt mehr Diversität innerhalb der Arbeitskräfte, kultursensible Aus- und Weiterbildung und für Deutschland angepasste Aufklärungskampagnen gefördert werden.

Auch die Forderung, den Risikofaktor „black race“ für die Schwangerschaftserkrankung Präeklampsie durch „anti-black racism“ zu ersetzen, wäre ein Beispiel für Veränderung in Praxis und Forschung. So werden durch Rassismus bedingte Unterschiede in der Entstehung von Krankheiten und der Gesundheitsversorgung Schwangerer und Peri- und Postpartaler deutlicher erkannt und können gezielt angegangen werden. ■



Katharina Rauh

Die 22-jährige Hebammenstudentin beschäftigt sich sowohl im Studium als auch privat mit Chancengleichheit und Vielfalt. In ihrer Freizeit ist sie sportlich aktiv und verbringt viel Zeit in der Natur.

Kontakt:
katharina.rauh@mail.de

Der Einfluss vielfältiger Gesundheitsteams auf Innovationen und Effizienz

Friedrich Schneider

Vielfältige Gesundheitsteams sind nicht nur ein ethisches Ideal, sondern eine strategische Voraussetzung, um Innovationen voranzutreiben und eine hochwertige, effiziente Versorgung in einem zunehmend komplexen Gesundheitsumfeld zu gewährleisten.

Das Gesundheitswesen steht weltweit vor großen Herausforderungen: steigende Kosten, eine alternde und multikulturelle Gesellschaft sowie der Mangel an Fachkräften erfordern neue, innovative Lösungsansätze. Gleichzeitig wird erwartet, dass Gesundheitsorganisationen sowohl effizient arbeiten als auch auf individuelle Patientenbedürfnisse eingehen. In diesem Spannungsfeld rückt die Bedeutung diverser Gesundheitsteams immer stärker in den Fokus.

Vielfalt bedeutet nicht nur, Menschen unterschiedlicher Herkunft oder Geschlechter einzubeziehen, sondern auch interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Nutzung vielfältiger Perspektiven und Kompetenzen. Diese Vielfalt trägt dazu bei, kreative Problemlösungen zu entwickeln, Prozesse zu optimieren und eine patientenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Doch wie genau beeinflusst Diversität die Innovationskraft und Effizienz von Teams im Gesundheitswesen? Welche Hürden gilt es zu überwinden, und welche Strategien sind notwendig, um das Potenzial dieser Teams voll auszuschöpfen?

Diversität spielt in der Pflege eine herausragende Rolle, da Pflegekräfte oft die wichtigste Schnittstelle zwischen Patientinnen und dem gesamten Versorgungssystem bilden.

Vielfältige Teams ermöglichen es, auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen einzugehen, Barrieren abzubauen und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Die Bedeutung der Diversität in der Pflege lässt sich anhand mehrerer Aspekte verdeutlichen.

Pflegekräfte mit unterschiedlichen Hintergründen bringen vielfältige Perspektiven, Erfahrungen und Denkweisen in ihre Arbeit ein. Diese Vielfalt kann entscheidend sein, um kreative und individuelle Lösungen für die Probleme der Patientinnen zu finden. So können Pflegekräfte mit interkulturellem Hintergrund

kulturelle Besonderheiten besser verstehen und eine angemessene Betreuung sicherstellen. Solche Ansätze verbessern nicht nur die Zufriedenheit der Patientinnen, sondern führen auch zu innovativen Lösungen in der Pflegeplanung und -durchführung.

In einer multikulturellen Gesellschaft stoßen Patientinnen oft auf Sprachbarrieren, kulturelle Missverständnisse oder ein fehlendes Verständnis für ihre Werte und Bedürfnisse. Diversität im Pflegepersonal hilft, diese Barrieren zu überwinden. Pflegekräfte, die die Sprache der Patientinnen sprechen, können nicht nur effektiver kommunizieren, sondern auch Vertrauen aufbauen. Zudem ermöglicht ein tiefes Verständnis kultureller Traditionen – wie etwa spezifischer Ernährungsgewohnheiten oder Tabus – eine



Pflege, die als respektvoll und unterstützend wahrgenommen wird. Ein anschauliches Beispiel liefert eine Klinik, die gezielt Pflegekräfte mit multikulturellem Hintergrund einstellte. Dies führte zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenzufriedenheit, da sich die Patient*innen besser verstanden und respektiert fühlten.

Ein weiterer Vorteil diverser Teams liegt in ihrer Fähigkeit, bessere Entscheidungen zu treffen. Heterogene Teams betrachten mehr Alternativen und sind weniger anfällig für Gruppendenken. In der Pflege, wo Entscheidungen oft unter Zeitdruck und in komplexen Situationen getroffen werden müssen, kann diese Vielfalt entscheidend sein. Ein divers aufgestelltes Team kann beispielsweise bei der Einführung neuer Technologien sicherstellen, dass diese nicht nur funktional, sondern auch für eine breite Patientengruppe zugänglich sind. Solche Entscheidungen erhöhen die Effizienz und verbessern die Versorgungsergebnisse.

Darüber hinaus fördert Diversität Empathie und Vertrauen zwischen Pflegekräften und Patientinnen. Menschen fühlen sich besser verstanden und respektiert, wenn ihre Pflegekraft ihre Werte und Hintergründe nachvollziehen kann. Dies ist besonders wichtig in sensiblen Bereichen wie der Palliativpflege oder bei der Betreuung von chronisch kranken Patientinnen. Studien zeigen (Quelle: CoPatient), dass Empathie ein entscheidender Faktor für die Genesung und das Wohlbefinden der Patient*innen ist – und Diversität im Pflegepersonal trägt wesentlich dazu bei, diese Empathie authentisch zu vermitteln.

Schließlich trägt Diversität auch zur Resilienz der Pflegekräfte selbst bei. Pflege ist ein anspruchsvoller Beruf, der häufig mit hohen physischen und emotionalen Belastungen einhergeht. Vielfältig zusammengesetzte Teams profitieren von unterschiedlichen

Erfahrungen und Bewältigungsstrategien, die helfen, Stresssituationen besser zu meistern. Diese Vielfalt fördert kreative Lösungsansätze und stärkt die Widerstandsfähigkeit der Pflegekräfte in einem herausfordernden Arbeitsumfeld.

Der Zusammenhang zwischen Diversität und Innovation ist ein zentrales Thema in der modernen Organisationsforschung und gewinnt auch im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Vielfältig zusammengesetzte Teams bringen unterschiedliche Perspektiven, Erfahrungen und Denkweisen ein, was die Entwicklung innovativer Lösungen fördert. Studien belegen, dass Unternehmen mit vielfältigen Teams innovativer und wirtschaftlich erfolgreicher sind. So ergab eine Untersuchung, dass Unternehmen mit einem diversen Management 19 % höhere Umsätze durch Innovationen erzielen

Eine weitere Studie von McKinsey zeigt, dass Unternehmen mit hoher Diversität im Topmanagement eine um 21 % höhere Wahrscheinlichkeit haben, überdurchschnittlich profitabel zu sein.

Im Gesundheitswesen kann Diversität dazu beitragen, patientenorientierte Innovationen zu entwickeln. Pflegekräfte mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen verstehen die Bedürfnisse verschiedener Patientengruppen besser und können maßgeschneiderte Lösungen anbieten. Dies führt zu einer verbesserten Patientenversorgung und fördert die Entwicklung neuer Ansätze in der Pflege.

Allerdings ist der Zusammenhang zwischen Diversität und Innovation nicht immer eindeutig. Einige Studien weisen darauf hin, dass Diversität allein nicht automatisch zu mehr Innovation führt. Vielmehr kommt es darauf an, wie die Vielfalt innerhalb des Teams gemanagt

wird und ob eine inklusive Kultur besteht, die unterschiedliche Meinungen wertschätzt und fördert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Diversität ein bedeutender Faktor für Innovation sein kann, insbesondere wenn sie aktiv gefördert und in eine inklusive Unternehmenskultur eingebettet wird. Im Gesundheitswesen trägt dies dazu bei, innovative Lösungen zu entwickeln, die den vielfältigen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden.

Diversität hat einen wesentlichen Einfluss auf die Effizienz in Gesundheitsteams, insbesondere durch die Optimierung von Prozessen und die Verbesserung der Zusammenarbeit. Teams mit vielfältigen Hintergründen können bestehende Abläufe effektiver gestalten, indem sie unterschiedliche Perspektiven und Kompetenzen einbringen. Dies ermöglicht eine reibungslosere Kommunikation und die Anpassung an die vielfältigen Anforderungen einer heterogenen Patientengruppe.

Ein zentraler Aspekt ist die Verbesserung der Teamarbeit.

Vielfältige Teams haben die Fähigkeit, Kommunikationsbarrieren zu überwinden und kulturelle sowie sprachliche Unterschiede zu berücksichtigen.



Dadurch wird nicht nur die Versorgung von Patient*innen individueller gestaltet, sondern auch

die Arbeitsatmosphäre im Team harmonischer. Diese verbesserte Dynamik reduziert Reibungsverluste und steigert die Produktivität.

Ein weiterer Vorteil liegt in der Entscheidungsfindung. Divers zusammengesetzte Teams können durch ihre unterschiedlichen Kompetenzen schneller und präziser Entscheidungen treffen. Dies ist besonders wichtig in stressreichen Umgebungen wie der Notfallversorgung, wo Zeitdruck und Komplexität hohe Anforderungen an die Teams stellen. Die Fähigkeit, aus einer Vielzahl von Erfahrungen und Perspektiven zu schöpfen, ermöglicht es, Lösungen effizienter zu entwickeln und umzusetzen.

Die Auswirkungen von Diversität auf die Effizienz zeigen sich oft kurzfristig, da Verbesserungen in den Arbeitsabläufen und der Ressourcennutzung direkt messbar sind. Beispielsweise kann ein diverses Team in einer Notaufnahme durch die Berücksichtigung kultureller Unterschiede schneller auf Patient*innen eingehen, was die Behandlungszeit reduziert und die Zufriedenheit erhöht.

Schließlich trägt Diversität auch dazu bei, die Qualität der Pflege zu steigern, indem sie Fehler reduziert. Ein besseres Verständnis für die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen minimiert Missverständnisse und fördert eine präzisere Versorgung. So wird nicht nur die Effizienz des Teams erhöht, sondern auch das Wohlbefinden der Patientinnen nachhaltig verbessert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Diversität in Gesundheitsteams ein Schlüssel zur Effizienzsteigerung ist. Sie verbessert die Zusammenarbeit, optimiert Prozesse und fördert eine patientenorientierte Versorgung. Vorausgesetzt, die Vielfalt wird durch ein gutes Management unterstützt, entfaltet sie ihr volles Potenzial und leistet einen wichtigen Bei-

trag zu einem leistungsfähigen Gesundheitssystem.

Die Integration von Diversität in Gesundheitsteams hat sich in verschiedenen Institutionen als erfolgreich erwiesen. Ein bemerkenswertes Beispiel ist die Hochschule für Gesundheit in Bochum, die für ihr Engagement im Bereich Diversität zertifiziert wurde. Ihr Ziel ist es, eine diversitätssensible Hochschulkultur zu fördern und Diversitätsaspekte in Lehre und Praxis zu integrieren.

Ein weiteres Beispiel ist die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, die erfolgreiche Meilensteine im Bereich Diversity umgesetzt hat. Dazu gehören unter anderem eine Diversity-Vision mit Mission und Leitzielen.

Diese Best Practices zeigen, dass die bewusste Förderung von Diversität in Gesundheitsteams nicht nur die Teamdynamik verbessert, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung erhöht. Durch die Implementierung solcher Strategien können Gesundheitseinrichtungen effektiver auf die Bedürfnisse einer vielfältigen Gesellschaft eingehen.

Die Förderung von Diversität in Gesundheitsteams erfordert gezielte Maßnahmen,



Um ein inklusives Arbeitsumfeld zu schaffen und die Potenziale vielfältiger Belegschaften optimal zu nutzen, braucht es gezielte Förderung.

Ein zentraler Schritt ist die Entwicklung einer klaren Diversitätsstrategie, die Richtlinien und

Verfahren zur Förderung von Vielfalt und Inklusion umfasst. Dazu gehören Anti-Diskriminierungsrichtlinien, die sicherstellen, dass alle Mitarbeitenden gleiche Chancen erhalten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Sensibilisierung und Schulung der Belegschaft. Regelmäßige Workshops zu Themen wie interkulturelle Kompetenz und diskriminierungsfreie Kommunikation fördern ein besseres Verständnis und schaffen eine Grundlage für wertschätzende Zusammenarbeit. Ergänzend dazu ist der Aufbau einer inklusiven Unternehmenskultur essenziell. Diese zeichnet sich durch transparente Kommunikation, Beteiligungsmöglichkeiten und die Anerkennung vielfältiger Perspektiven aus, sodass alle Mitarbeitenden ihre individuellen Fähigkeiten einbringen können.

Auch im Bereich der Personalgewinnung und -entwicklung spielt Diversität eine zentrale Rolle. Diversitätsorientierte Rekrutierungsstrategien fördern eine breite Bewerber*innenauswahl, während Weiterbildungsangebote so gestaltet werden sollten, dass sie für alle Mitarbeitenden zugänglich sind und Chancengleichheit gewährleisten. Unterstützt werden diese Maßnahmen durch die Implementierung eines Diversity-Managements, das Diversitätsthemen in die Organisationsentwicklung integriert und Verantwortlichkeiten klar definiert.

Bereits in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften sollte Diversitätskompetenz vermittelt werden, um zukünftige Fachkräfte für den Umgang mit vielfältigen Patientengruppen zu sensibilisieren. Eine regelmäßige Evaluation und kontinuierliche Verbesserung der implementierten Maßnahmen gewährleisten zudem, dass die Diversitätsstrategie effektiv bleibt und an aktuelle Entwicklungen angepasst wird.

Durch die konsequente Umsetzung dieser Maßnahmen können Gesundheitseinrichtungen nicht nur ein inklusives Arbeitsumfeld schaffen, sondern auch die Zusammenarbeit in Teams verbessern und die Qualität der Patientenversorgung nachhaltig steigern.

In der heutigen dynamischen und globalisierten Welt steht das Gesundheitswesen vor der Herausforderung, auf die Bedürfnisse einer immer diverser werdenden Gesellschaft einzugehen. Diese Vielfalt spiegelt sich nicht nur in den Patientengruppen wider, sondern sollte idealerweise auch in den Teams, die für deren Betreuung verantwortlich sind, repräsentiert sein. Diversität in Gesundheitsteams ist mehr als nur ein Ideal; sie ist eine Notwendigkeit, um den steigenden Anforderungen an eine individualisierte, effektive und innovative Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

Vielfältige Teams sind in der Lage, komplexe Probleme kreativer zu lösen und Prozesse flexibler zu gestalten, was sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Zufriedenheit der Patient*innen verbessert.

Gleichzeitig wird betont, dass Diversität allein nicht ausreicht, um diese Vorteile zu realisieren. Ohne eine inklusive Unternehmenskultur und effektives Management können die Potenziale diverser Teams ungenutzt bleiben oder sogar Konflikte entstehen. Daher ist es entscheidend, dass Gesundheitseinrichtungen Diversität nicht nur fördern, sondern aktiv managen und in ihre strategischen Ziele integrieren.

Abschließend lässt sich sagen, dass der Einfluss vielfältiger Gesundheitsteams auf Innovationen und Effizienz ein zentrales Thema ist, das nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern auch praktisch bedeutsam ist. ■



Friedrich Schneider
Geschäftsführer Institut für
interkulturelles Gesundheitsmanagement
www.institut-igm.de

Kontakt:
schneider@institut-igm.de

Die These, dass vielfältige Teams Innovationen fördern und gleichzeitig die Effizienz steigern können, basiert auf der Prämisse, dass unterschiedliche Perspektiven, kulturelle Hintergründe und Erfahrungen zu besseren Lösungen führen.





Gendersensible Pflege

Maximilian Hahn

Der International Council of Nursing (2021) betont im Ethikkodex, dass professionelle Pflege respektvoll und ohne Diskriminierung aufgrund von Persönlichkeitsmerkmalen wie Geschlecht oder sexueller Orientierung erfolgen muss. Sozial gerechte Gesundheitsversorgung erfordert daher unter anderem die Abwesenheit von Vorurteilen und ungerechter Diskriminierung. Obwohl diese Werte oft betont werden, finden sie in der gelebten Gesundheitspraxis häufig keine ausreichende Umsetzung. Der folgende Artikel beleuchtet bestehende Defizite in der Versorgung von transgender- und geschlechterdiversen (TGD) Personen, beschreibt die möglichen Auswirkungen auf die betroffenen Bevölkerungsgruppen und zeigt Ansätze auf, wie eine inklusivere Versorgung gefördert werden kann.

Geschlechtliche Vielfalt in der Gesundheitsversorgung

Geschlechtliche Identifikationen werden in vielen Ländern nicht statistisch erfasst, was zu einer Unterschätzung der Vielfalt führt. Dennoch zeigen Studien, dass sich immer mehr Menschen im queeren Spektrum (LGBTQIA+) identifizieren. Die Übersichtsarbeit von Zhang et al. (2020) verdeutlicht, dass TGD-Personen einen wachsenden Anteil der Bevölkerung darstellen.

Schätzungen zufolge identifizieren sich 0,3% bis 0,5% der Erwachsenen und 1,2% bis 2,7% der Kinder und Jugendlichen als TGD.

Diskriminierung und ihre Folgen im Gesundheitswesen

Trotz steigender Akzeptanz berichten TGD-Personen häufig von diskriminierendem Verhalten durch Gesundheitsfachkräfte (James et al., 2016). Sexuelle Identitäten werden nicht respektiert, stattdessen stigmatisiert und stereotypisiert (Gessner et al., 2019). Dies führt unter anderem dazu, dass medizinische Behandlungen verweigert werden und diese Personen mitbeleidigender Sprache, Belästigungen oder körperlichen Übergriffen konfrontiert sind (Lerner, 2021). Die Konsequenzen sind gravierend: etwa 17% der LGBTQIA+-Erwachsenen meiden aus Angst vor Diskriminierung Gesundheitsdienste oder nutzen diese nur verzögert (Brown & Veinot, 2021; Casey et al., 2019; Chakraborty et al., 2011). Solche Erfahrungen beeinflussen die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes. Laut der European Union Agency for Fundamental Rights (2020) bewerten Personen, die Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren

haben, ihren Gesundheitszustand häufiger als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Epidemiologische Daten zeigen, dass der Gesundheitszustand von TGD-Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung schlechter eingeschätzt wird.



TGD-Personen berichten häufiger von psychischen Belastungen wie Depressionen und Angststörungen (Zhang et al., 2020; Chakraborty et al., 2011). Insbesondere die psychische Gesundheit von LGBTQIA+-Jugendlichen ist erheblich durch spezifische Stressoren belastet. Internationale Studien weisen darauf hin, dass LGBTQIA+-Jugendliche aufgrund ihrer stigmatisierten Identität Stressoren wie Diskriminierung im familiären und schulischen Umfeld sowie Gewalterfahrungen ausgesetzt sind. Diese Stressoren können zu einer erhöhten psychischen Belastung wie Depressivität, Ängstlichkeit und Suizidalität führen. Besonders alarmierend ist die große Diskrepanz in der Suizidversuchsrate, die zwischen 10% für cisgender männliche Jugendliche und 28% für transgener Jugendliche liegt (Zhang et al., 2020; Siegel et al., 2022).

Darüber hinaus treten Essstörungen, wie Binge Eating oder restriktives Essverhalten, signifikant häufiger auf (Kirby & Linde, 2020).

Die Querschnittstudie von Hahn (2024) untersuchte das Wissen und die Praxis gendersensibler Pflege bei 599 Pflegepersonen, einschließlich Auszubildender der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Ergebnisse zeigen, dass das Wissensniveau der Teilnehmenden bezüglich gendersensibler Versorgung überwiegend als durchschnittlich eingestuft wird. Unterschiede im Wissen oder in der Anwendung gendersensibler Ansätze in Abhängigkeit von Alter oder Berufszugehörigkeit konnten nicht festgestellt werden. Dennoch wird geschlechtsneutrale Kommunikation in der Praxis nur selten genutzt: Lediglich 15% der Befragten (n=90) setzen geschlechtsneutrale Sprache um. Ein entscheidender Faktor hierfür ist das Fehlen entsprechender Schulungen und Fortbildungen. Rund 88% der Teilnehmenden (n=527) gaben an, keine Weiterbildung zu Diversität oder gendersensibler Pflege besucht zu haben. Dieses Defizit spiegelt sich in Unsicherheiten im Umgang mit geschlechtsneutralen Pronomen und weiteren Umgangsformen wider. Aus Sicht der befragten Pflegepersonen führt dies häufig zu Vorurteilen und Missverständnissen in der Behandlung von Patient*innen, insbesondere solchen, die sich nicht den cis-heteronormativen Geschlechtsidentitäten zuordnen. Die derzeitige Versorgung dieser Patient*innengruppe wird von den Teilnehmenden mehrheitlich als ineffizient und unzureichend eingeschätzt.

Hahn (2024) identifiziert klare Potenziale und Forderungen zur Optimierung der Versorgung. Etwa 73% der Befragten (n=434) sprechen sich für die Einführung standardisierter Richtlinien und regelmäßiger Schulungen aus, während 82% (n=492) eine curriculare Verankerung gendersensibler Inhalte in der Pflegeausbildung fordern. Zudem wird die Verpflichtung zur Umsetzung gendersensibler Maßnahmen durch die Gesundheitseinrichtungen von 73% der teilnehmenden Pflegepersonen (n=437) als notwendig angesehen.

Ansätze für eine gendersensible und inklusive Gesundheitsversorgung

Das Victoria Department of Health formulierte zentrale Leitprinzipien um sicherzustellen, dass Gesundheitsdienste gendersensitiv arbeiten und Geschlechtersensibilität sowie -sicherheit fest in ihren täglichen Abläufen verankern (Victoria Department of Health, 2015). Diese Prinzipien betonen das Menschenrecht auf Zugang zu sicheren und bedarfsgerechten (Gesundheits-)Dienstleistungen. Besonders wichtig ist dabei, individuelle Erfahrungen, Präferenzen, Identitäten und Lebensumstände der Patient*innen zu berücksichtigen sowie deren physische, sexuelle und emotionale Sicherheit zu gewährleisten.

Zur praktischen Umsetzung schlägt das Victoria Department of Health die Entwicklung klarer Leitlinien und Standards vor, die sowohl Orientierung für Mitarbeitende bieten als auch die Organisationskultur transparent nach außen präsentieren. Dabei ist es essenziell, gendersensible Pflege-



ge auf ein fundiertes Verständnis über die Unterschiede, Ungleichheiten und Bedürfnisse der Patient*innen zu stützen.

Studienergebnisse von Hahn (2024) untermauern die Notwendigkeit praxisorientierter Maßnahmen, um gendersensible Pflege zu stärken: so betonen die Teilnehmenden die Bedeutung von Bildungsmaßnahmen, die formelle Vorgaben und ganzheitliche Versorgungsansätze vermitteln. Das Victoria Department of Health empfiehlt, interne Diskussionen und die Überprüfung von Arbeitsrichtlinien voranzutreiben. Dabei sollten individuelle Bedürfnisse, kulturelle Normen und ein gendersensibler Ansatz bei der Betten- und Personalzuweisung berücksichtigt werden. Die Etablierung eigener Fachkräfte für gendersensible Praktiken, regelmäßige Berichterstattung zu geschlechtsspezifischen Initiativen und Kooperationen mit LGBTQIA*-Organisationen könnten weitere Fortschritte unterstützen.

Ein verwandter Ansatz ist das Gender Affirming Nursing Care (GANC) Model von Rivera et al. (2021), das spezifische Standards für die Pflege von Transgender-Personen etabliert. Es basiert auf kultureller Demut und einem ganzheitlichen Pflegeansatz. Ziel des GANC-Modells ist es, gender-affirmierende Pflegepraktiken zu fördern, welche die Würde, Autonomie und das Wohlbefinden von Transgender-Patient*innen in den Mittelpunkt stellen und gleichzeitig systemische Vorurteile und Diskriminierungen abbauen. Das Modell definiert drei zentrale Konzepte – Beziehungen, Wissen und Engagement, die Pflegekräfte dazu anregen, persönliche Vorurteile zu reflektieren, kontinuierlich zu lernen und eine respektvolle Haltung gegenüber Patient*innen einzunehmen. Die ganzheitliche Pflege rückt dabei physische, psychische und soziale Aspekte der Patient*innen in den Vordergrund.

Zu den wesentlichen Antrieben des Modells gehören kontinuierliches Lernen, Selbstbewertung von Vorurteilen, Führungsstärke bei der Entwicklung gerechter Richtlinien und die Berücksichtigung individueller Präferenzen. Diese Maßnahmen sollen die pflegerische Beziehung stärken, gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren und ein umfassendes Wohlbefinden fördern.

Das GANC-Modell bietet praktische Leitlinien für die Integration gender-affirmierender Inhalte in Pflegeausbildungsprogramme. Es schlägt zudem Strategien vor, wie eine inklusive Versorgung auf organisatorischer Ebene systematisch umgesetzt werden kann.

Beide Ansätze – die Leitprinzipien des Victoria Department of Health und das GANC-Modell – repräsentieren transformative Schritte hin zu einem gerechteren Gesundheitssystem, das alle Menschen unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität einbezieht.

Zusammenfassung und Fazit

Die Gesundheitsversorgung steht vor der Aufgabe, eine gleichberechtigte, inklusive und diskriminierungsfreie Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten. Besonders die Anerkennung und Berücksichtigung geschlechtlicher Vielfalt stellt eine entscheidende Herausforderung dar, da Diskriminierung und Vorurteile gegenüber LGBTQIA+-Personen weiterhin verbreitet sind. Studien zeigen, dass unzureichende Bildungsmaßnahmen und fehlende gendersensible Richtlinien zu Unsicherheiten im Umgang mit geschlechtsneutraler Kommunikation und zur Benachteiligung betroffener Patient*innen führen. Die Ansätze des Victoria Department of Health sowie das Gender Affirming Nursing Care (GANC) Model bieten wegweisende Strategien, um diesen Defiziten zu begegnen. Beide Ansätze betonen die Bedeutung von kultureller

Demut, fortlaufender Bildung und ganzheitlichen Pflegepraktiken, die die individuellen Bedürfnisse und Identitäten der Patient*innen respektieren.

Durch die Einführung standardisierter Richtlinien, umfassender Schulungen und einer engeren Zusammenarbeit mit LGBTQIA+-Organisationen kann gendersensible Pflege systematisch in die Gesundheitsversorgung integriert werden.



Letztlich sind Maßnahmen, die auf evidenzbasierten Pflegeprozessen basieren entscheidend, um eine respektvolle, gerechte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für alle Geschlechtsidentitäten sicherzustellen. Solche Ansätze tragen dazu bei, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, Vorurteile abzubauen und ein inklusiveres Gesundheitssystem zu schaffen, das den Bedürfnissen aller Menschen gerecht wird. ■



Maximilian Hahn, BSc, MA
Wissenschaftlicher und organisatorischer Leiter Universitätslehrgang Intensivpflege Pflegeakademie Barnherzige Brüder Wien in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien, akademischer Experte für Intensivpflege

Kontakt:
hahn_maximilian@gmx.at

Gesundheitskompetenz

Schlüssel zur Überwindung kultureller Barrieren in der Patientenversorgung

Patrick Hüter

Die zunehmende Diversität in der Gesellschaft stellt das Gesundheitswesen vor erhebliche Herausforderungen. Sprachliche Barrieren, kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Gesundheitskompetenzen erschweren nicht nur die Interaktion zwischen Patienten und Gesundheitsfachkräften, sondern gefährden auch die Patientensicherheit und Behandlungsqualität.

Gesundheitskompetenz spielt dabei eine entscheidende Rolle – sowohl für Patienten als auch für Mitarbeitende im Gesundheitswesen. Sie ist ein bedeutender Faktor, um Barrieren abzubauen, eine kultursensible Versorgung zu gewährleisten und langfristig die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern.

Doris Schaeffer, eine der führenden Expertinnen auf diesem Gebiet in Deutschland, betont, dass Gesundheitskompetenz nicht nur eine individuelle Fähigkeit, sondern auch eine gesellschaftliche Aufgabe darstellt. Dieser Artikel beleuchtet die Bedeutung der Gesundheitskompetenz im Kontext kultureller Diversität, stellt zentrale Forschungsergebnisse vor und bietet praxisorientierte Ansätze, wie das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) einen Beitrag leisten kann.

Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz im Kontext kultureller Barrieren

Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu bewerten und für gesundheitsförderndes Verhalten anzuwenden. Eine ausreichende Gesundheitskompetenz ermöglicht es, Gesundheitsangebote besser zu nutzen, die eigene Gesundheit zu erhalten und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Die HLS-GER-Studie (Health Literacy Survey Germany) zeigt, dass in Deutschland ein erheblicher Anteil der Bevölkerung über eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz verfügt – besonders häufig betrifft dies sozial benachteiligte Gruppen und Menschen mit Migrationshintergrund. Hier wirken sich sprachliche und kulturelle Barrieren zusätzlich belastend aus. Studien zeigen, dass mangelnde Gesundheitskompetenz nicht nur die Arzt-Patienten-Kommunikation erschwert, sondern auch zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung und einer höheren Krankheitslast führt.

Gesundheitsfachkräfte stehen somit vor der Herausforderung, sowohl die Gesundheitskompetenz ihrer Patienten zu fördern als auch ihre eigene interkulturelle Kompetenz kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Fähigkeit, kulturelle und sprachliche Unterschiede zu erkennen, sensibel zu berücksichtigen und adäquat darauf zu reagieren.

Herausforderungen und Lösungsansätze in der Praxis

Die Praxis zeigt, dass kulturelle und sprachliche Unterschiede im Gesundheitswesen zu gravierenden Missverständnissen führen können.

Beispiele hierfür sind:

- Unzureichendes Verständnis von Diagnosen oder Therapieplänen aufgrund sprachlicher Barrieren.
- Unterschiedliche kulturelle Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, z. B. die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen.
- Missverständnisse in der Arzt-Patienten-Kommunikation, wenn kulturelle Gepflogenheiten nicht berücksichtigt werden.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind mehrere Ansätze denkbar:

1. Förderung der interkulturellen Kompetenz von Gesundheitsfachkräften

Fortbildungsprogramme zur interkulturellen Kommunikation sowie Sensibilisierungstrainings helfen dabei, kulturelle Unterschiede besser zu verstehen und respektvoll darauf einzugehen.

2. Sprach- und Kulturmittler

Der Einsatz von Dolmetschern und interkulturellen Mediatoren kann eine Brücke zwischen Gesundheitsfachkräften und Patienten schlagen. Studien belegen, dass sich durch solche Maßnahmen sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die Versorgungsqualität signifikant verbessern.

3. Niedrigschwellige Gesundheitsangebote

Informationen über Gesundheitsthemen sollten in leicht verständlicher Sprache und in mehreren Sprachen bereitgestellt werden. Projekte wie „Stadtteil-

mütter“ in Berlin-Neukölln, die gezielt Gesundheitswissen in Migrantengruppen tragen, sind hier vorbildlich.

4. Einsatz digitaler Tools

Mehrsprachige Apps, wie z. B. „Ankommen“, bieten Migranten praktische Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitssystem. Solche Technologien können die Gesundheitskompetenz effektiv stärken.

Gesundheitskompetenz und BGM – ein Ansatz für nachhaltige Förderung

Auch das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) kann einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Gesundheitskompetenz leisten.

Arbeitsplatzbezogene Programme zur Gesundheitsförderung sind besonders effektiv, da sie Menschen in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld erreichen.

Unternehmen können durch gezielte Maßnahmen wie Gesundheitsschulungen, interkulturelle Workshops und Informationskampagnen die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeitenden stärken. Dies hat nicht nur positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten, sondern erhöht auch die Arbeitszufriedenheit und Produktivität. Ein Beispiel ist die Einführung eines mehrsprachigen Gesundheitsportals in einem international tätigen Unternehmen, das neben Gesundheitsinformationen auch Unterstützungsangebote für spezifische Zielgruppen bereithält. Die Verknüpfung von Gesundheitskompetenz mit BGM-Maßnahmen ist insbesondere in multikulturellen Belegschaften ein nachhaltiger Ansatz, um kulturelle Barrieren abzubauen und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Fazit

Gesundheitskompetenz ist eine zentrale Voraussetzung für eine kultursensible und patientenzentrierte Versorgung. Vor dem

Hintergrund der zunehmenden Diversität der Bevölkerung sind sowohl individuelle als auch strukturelle Maßnahmen erforderlich, um Barrieren zu überwinden. Der Ausbau interkultureller Kompetenzen bei Gesundheitsfachkräften, der Einsatz von Sprachmittlern und gezielte Bildungsangebote für Patienten können dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Durch die Integration von Gesundheitskompetenz in das betriebliche Gesundheitsmanagement können nicht nur individuelle Kompetenzen gestärkt, sondern auch kulturelle Barrieren innerhalb von Organisationen überwunden werden.



Die Forschung, insbesondere durch Doris Schaeffer und die HLS-GER-Studie, zeigt eindrucksvoll, dass der Ausbau der Gesundheitskompetenz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, die von allen Akteuren im Gesundheitswesen aktiv vorangetrieben werden muss. ■

Literatur

- Angelelli, C. V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge, University Press.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2016). *Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care*. *Public Health Reports*, 118
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2019). *Stadtteilmütter in Berlin-Neukölln: Ein Peer-Projekt zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen von leitbegriffe.bzga.de.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M., & Hurrelmann, K. (2016). *Health literacy in Germany: Results of a representative survey*. *Deutsches Ärzteblatt International*
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*



Patrick Hüter

Patrick Hüter ist Gesundheits- und Krankenpfleger und Organisationsberater sowie Pflegepädagoge (B.A.) mit einem Masterabschluss in Health Administration (M.A.).

Pflege braucht Vielfalt: Von der Herausforderung zur Ressource

*Malin Apsel, Alexandra Bartsch, Prof.'in Dr. Christiane Micus-Loos
& Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops*

„Wir versuchen ja zu jeder Zeit zu gucken, wer bringt welche Ressourcen mit, wer ist wofür geeignet. Und wo sehen wir Potenzial, was sozusagen für die Gruppe nutzbar gemacht werden kann“, so äußerte sich eine engagierte Pflegelehrende im Interview mit dem vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragten Forschungsprojekt zur Pflegebildung ParAScholaBi zum Thema Chancen und Herausforderungen der heterogenen Gruppe von Umschulenden Personen in der generalisierten Pflegeausbildung.

Wer Vielfalt ernsthaft als Bereicherung betrachten möchte, sollte sich nicht allein auf gutgemeinte Wertepelle verlassen.

**Fakt ist: Diversität ist
längst im Alltag in der
Pflegepraxis angekommen.**



Tagtäglich kommen beruflich Pflegenden mit vielfältigsten Patient*innen und deren spezifischen Bedürfnissen in Kontakt, währenddessen auch das eigene Team immer heterogener wird. Bereits 2024 hatten bei über vier Millionen Mitarbeitenden im Gesundheits- und Pflegesektor mehr als ein Viertel eine Migrationsgeschichte. Dies spiegelt sich weiterhin in den Kursen der generalisierten Pflegeausbildung wider, die sich durch verschiedene Differenzlinien wie etwa Alter, Geschlecht, berufliche Vorerfahrungen, Nationalität sowie Mehrsprachigkeit auszeichnen. Nicht selten wird dabei die Diversität als Herausforderung wahrgenommen, die es im Pflegealltag zu normalisieren gilt, um etablierte Abläufe und Strukturen nicht zu gefährden. Nur in seltenen Fällen, wie beispielsweise am Universitätsklinikum Tübingen, an dem sich neben interkulturellen Trainings für Mitarbeitende jetzt auch eine neue Struktur des Ankommens- und Einarbeitungsprozesses etablierte, kommt es zu einer geleiteten und vor allem gezielten Integration neuer

Mitarbeitenden. Solche Ansätze verdeutlichen, wie das Potenzial von Vielfalt als wertvolle Ressource genutzt werden kann – ein Ansatz, der jedoch bislang nur vereinzelt Anwendung findet.

Das vorangestellte empirische Fallbeispiel aus dem Forschungsprojekt ParAScholaBi illustriert, wie eine aktive Auseinandersetzung mit den vielfältigen Perspektiven und Kompetenzen von Mitarbeitenden und Auszubildenden eine Möglichkeit bietet, Lehr-, Lern- und Arbeitsprozesse im Pflegebereich nachhaltig zu verbessern. Dennoch bleibt dies die Ausnahme. Diese unzureichende Wertschätzung und Integration von Diversität führt nicht nur zu verpassten Chancen, die Gesundheitsversorgung an die Bedürfnisse einer zunehmend heterogenen Gruppe von Patient*innen anzupassen, sie verstärkt auch Erfahrungen von Diskriminierung bei Mitarbeitenden, deren Beitrag für die Qualität und Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung essenziell ist.

Diversität als demokratieförderndes Instrument

Egal ob Nationalität, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Religion oder sexuelle Orientierung – kein Mensch kann sich während der Ausübung beruflicher Tätigkeiten von seinen individuellen Merkmalen befreien. Insbesondere im Bereich der Pflege und Gesundheitsversorgung treten Patient*innen und Mitarbeitende häufig in direkten, körpernahen Kontakt, der häufig mit einer sofortigen Zuschreibung des jeweiligen Gegenübers einhergeht. Zum Beispiel kommt es nicht selten zu Rassismus wie eine Auszubildende berichtet: „Ja der Dunkelhäutige, der darf nicht mehr kommen“. Unverzüglich kommt es zu Vorurteilen und Stereotypisierungen, die aufgrund fehlender Vermeidungs- und Schutzkonzepte auf struktureller Ebene nicht aufgearbeitet werden.

Der Otheringprozess, also der Prozess, das Gegenüber als anders und damit nicht eigen zu empfinden, weist darauf hin, dass das Andere veränderbar ist und aktiv in die eigene Lebenswelt einbezogen werden könnte, um es zum Eigenen zu machen. Das fremde Moment im Kontakt mit vielfältigen Differenzlinien kann damit eine Möglichkeit darstellen, Vielfalt anzuerkennen und wertzuschätzen, anstatt es mit Angst zu belegen. Der systematische Einbezug diversitätssensibler Konzepte und Leitbilder in die Pflege und Gesundheitsversorgung kann als ein demokratieförderndes

Instrument betrachtet werden, das langfristig positive Effekte auf die Motivation der Mitarbeitenden, die Qualität der Kommunikation innerhalb von Gesundheitseinrichtungen, den bedürfnisorientierten Umgang mit Patient*innen sowie die angemessene Weiterentwicklung der (medizinischen) Gesundheitsversorgung, insbesondere für marginalisierte Gruppen, entfaltet.

Potenziale von Vielfalt in der Pflege(ausbildung)

„Der Bereich der Ausbildung von Pflegefachpersonen ist von Heterogenität in einer Weise berührt wie kaum ein anderes Berufsfeld“ (Heinemann et al. 2023). Altersunterschiede, verschiedene kulturelle Hintergründe, Geschlechtervielfalt und unterschiedliche berufliche Vorerfahrungen treffen hier aufeinander. Dies zeigt sich sowohl unter den beruflich Pflegenden, den Pflegelehrenden, Praxisanleitenden sowie vor allem unter den Auszubildenden in der Pflege. Klingt nach einer perfekten Grundlage für Innovation und gegenseitiges Lernen. Doch stattdessen wird diese Vielfalt oftmals als Problem wahrgenommen, das irgendwie gemanagt werden muss.

Alter

In den Kursen der Pflegeschulen zeigt sich ein breites Spektrum an Altersheterogenität. Im Vergleich zur Altershomogenität in Klassen an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland weisen die Kurse an Pflegeschulen eine signifikant höhere Altersspanne auf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Auszubildenden zum Großteil bereits umfangreiche Lebensläufe vorweisen können und die Ausbildung zur Pflegefachperson häufig entweder nach dem Schulabschluss, durch Umschulungsmaßnahmen oder Zweitaus-

bildungen absolviert wird.

Diese Annahme wird durch die Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2023) bestätigt. Etwa 11.000 Auszubildende (21%) waren im Alter von 21 bis 24 Jahren während rund 6.000 Personen (11%) zwischen 25 und 29 Jahre alt waren. Eine gleich große Anzahl von rund 6.000 Auszubildenden (11%) befand sich in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren. Zudem nahmen etwa 3.900 Personen (7%) ab einem Alter von 40 Jahren eine Ausbildung zur Pflegefachperson in Deutschland auf (Statistisches Bundesamt 2023). Doch trotz des wachsenden Altersdurchschnitts in der Ausbildung zur Pflegefachperson stellt jene Gruppe in der Forschung eine wenig betrachtete Gruppe dar, obwohl gerade sie so wertvolle Ressourcen durch ihre beruflichen und lebensweltlichen Erfahrungen mitbringt. Das Forschungsprojekt zur Pflegebildung ParAScholaBi aus Kiel zeigte mithilfe von Interviews auf, dass ältere Personen in der generalisierten Pflegeausbildung eine gewisse Reife durch ihre Erfahrungen mitbringen, ebenfalls über sehr gute Organisationsfähigkeiten verfügen, ein hohes Verantwortungsbewusstsein sowie Geduld und Empathie gegenüber den Zu-Pflegenden aufzeigen und ausgeprägte Kommunikationsfähigkeiten besitzen. Die Perspektiven und Fähigkeiten älterer Auszubildender haben damit nicht nur das Potenzial, die Pflegeausbildung zu bereichern, sondern sie nachhaltig zu transformieren und zukunftsfähig zu machen!

Migrationsgeschichte und Mehrsprachigkeit

Die Anzahl der beruflich Pflegenden mit Migrationsgeschichte hat gerade in den letzten Jahren deutlich zugenommen, was nicht nur

positiv in Bezug auf den Fachkräftemangel zu bewerten ist, sondern ebenfalls neue Möglichkeiten einer patient*innenorientierten Pflege mit sich bringt. „Also auch so osteuropäische Kultur, südländische Kultur, das ist schon ein sehr spannendes Feld, so. Also auch, wenn man das jetzt einfach mal so psychologisch oder lernpsychologisch betrachtet, so. Die bringen alle ganz viele-, ganz viel Positives mit, aber auf anderen Ebenen“, so eine Praxisanleitende im Interview mit ParAScholaBi. Doch obwohl die zunehmende kulturelle, nationale und religiöse Heterogenität, die mit der Differenzlinie Migrationsgeschichte einhergeht, viele neue Ressourcen zugänglich macht, gerät jene Bereicherung, die diese Gruppe darstellt in den Medien und öffentlichen Diskursen meist in den Hintergrund. Statt als Bereicherung wahrgenommen zu werden, bleibt der Fokus häufig auf den vermeintlichen Herausforderungen – eine Perspektive, die auch den Pflegealltag prägt. Dort scheitert das gegenseitige Lernen allzu oft an chronischer Ressourcenknappheit, während weitere Formen von Diskriminierung zunehmen, die selten aufgearbeitet werden.

Dabei liegen hier ungenutzte Möglichkeiten: Menschen mit Migrationsgeschichte könnten mit ihren vielfältigen sprachlichen Kompetenzen nicht nur die starre, monolingual deutsche Ausrichtung des Gesundheitssystems aufbrechen, sondern auch dazu beitragen, die systematische Benachteiligung von Patient*innen mit anderen Muttersprachen nachhaltig zu überwinden.

Geschlechtliche Vielfalt

Die Gruppe der beruflich Pflegenden in Deutschland weist noch



immer eine sehr geschlechtsspezifische Verteilung auf, die weiterhin von traditionellen Geschlechterrollen beeinflusst wird. Ferner ist zu beobachten, dass vor allem ein Großteil an Frauen nach jahrelanger privater Care-Arbeit eine berufliche Neuorientierung in der Pflege wagen. Männer sind in dieser Gruppe zum Nachteil einer patient*innengerechten Pflege weiterhin selten vertreten „(...) wenn überhaupt welche dabei sind“, so eine Auszubildende im Interview mit ParAScholaBi. Der Männeranteil in Pflegefachberufen betrug im Jahr 2023 gerade einmal 18%, währenddessen über 38% der Pflegebedürftigen ebenfalls Männer darstellen und ein Recht darauf haben sollten die Möglichkeit zu bekommen, sich von einem Pflegefachmann professionell pflegen zu lassen (Statista 2023). Zudem haben beruflich Pflegenden ihren Versorgungsauftrag auch in der Sicherstellung der Behandlung und Betreuung von überwiegend vulnerablen Gruppen wahrzunehmen, zu denen beispielsweise trans* und intergeschlechtliche Personen gehören. In der medizinischen Versorgung bleibt diese vulnerable Gruppe weiterhin unterrepräsentiert, wodurch sie nach wie vor durch die geschlechtliche Homogenität in der Pflege eine zusätzliche Benachteiligung erfährt. Eine diversere Zusammensetzung des Pflegepersonals ist daher nicht nur eine Frage der Gerechtigkeit, sondern essenziell für die Sicherstellung eines patient*innengerechten pflegerischen Versorgungsauftrages.

Pflegepädagog*innen als Vorbilder

In der Pflegebildung spielt die Förderung eines differenzsensiblen Professionsverständnisses eine zentrale Rolle. Pflegepädagog*innen sind hierbei maßgeblich gefordert, da ihre Haltungen und Handlungsstrategien im Umgang mit Vielfalt und Differenzen nicht nur das Lernklima in der Pflegeschule prägen, sondern auch

nachhaltig die Pflegepraxis beeinflussen können. Sie agieren somit als wichtige Impulsgebende für eine diversitätssensible Pflege, indem sie künftige Pflegefachpersonen für den respektvollen Umgang mit unterschiedlichen Identitäten und Lebensrealitäten sensibilisieren.

Jedoch birgt die Förderung von Diversitätssensibilität auch Herausforderungen. Insbesondere besteht die Gefahr des oben genannten Othering in diesem Kontext, wenn vor allem oft kulturelle Unterschiede von Auszubildenden hervorgehoben werden, ohne dabei gleichzeitig die Diversität aller Lernenden anzuerkennen. Wird eine vermeintliche Andersheit einzelner Personen betont, kann dies zu einer Abgrenzung und damit zu diskriminierenden Zuschreibungen führen. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass Pflegepädagog*innen sich vor allem ihrer internalisierten rassistischen und ausgrenzenden Denkweisen bewusstwerden und sich in ihrem Handeln reflektieren. Nur dann kann in ihren Kursen eine inklusive Lernumgebung geschaffen werden, in der Vielfalt als Bereicherung betrachtet wird und alle Lernenden gleichermaßen eingebunden werden.

Good-Practice Beispiele

Diversität in der Lehre der Auszubildendengruppe der generalisierten Pflegeausbildung muss nicht gleich eine Überforderung darstellen, sondern kann durchaus aktiv vom Ausbildungspersonal aufgegriffen werden: „Also Binnendifferenzierungen machen Sinn. Also Methoden kooperativen Lernens, in denen eben die Heterogenität so ein bisschen produktiv dadurch gemacht wird, dass die Schüler*innen sich gegenseitig helfen können. Die nutze ich schon gerne. Die machen Sinn. Ich glaube, dass so projektformige Unterrichtsgeschichten auch gut laufen würden“. Es gilt also Lehr- und Lerneinheiten kreativ zu gestalten, um aktiv

auf die Vielfalt an Auszubildenden einzugehen und auch sie selbst dafür zu sensibilisieren.

In den Interviews des Forschungsprojekts ParAScholaBi zeigten sich viele Pflegelehrende und Pflegeschulen offen gegenüber neuen Lernmodellen und strukturellen Anpassungen:

„Und was wir hier auch anbieten ist eine Teilzeitausbildung, weil manche dann aufgrund von familiären Situationen nicht die volle tägliche Arbeitszeit leisten können. Die wird dann in der Praxis reduziert. Und in der Theorie haben wir dann auch Selbstlernphasen, die man dann nicht zwingend hier verbringen muss, kann aber nicht muss“, bringt eine Lehrende im Interview mit ParAScholaBi ins Gespräch. Vor allem während der Corona-Pandemie wurden doch schließlich zwei Tatsachen in Bezug auf das Lernen deutlich:

1. Durch die Digitalisierung ist es möglich im Homeoffice/Homeschooling zu arbeiten und
2. Trotzdem muss es Räume geben, die für Personen zum Lernen offenstehen, wenn diese selbst keine geeignete Möglichkeit haben sich zurückzuziehen.

Diversitätssensibles Lehren und Lernen ist damit nicht nur möglich, sondern versteht Verschiedenheit als Vielfalt, die positiv für den Pflegeberuf genutzt werden kann.



Diskriminierung reflektieren

Diversität in der Pflegepraxis eröffnet vielfältige Chancen, stellt Pflegefachpersonen jedoch auch vor Herausforderungen, insbesondere im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen. Auszubildende und Pflegefachpersonen, die selbst gesellschaftlich marginalisiert werden, müssen darin unterstützt werden, aktiv gegen Diskriminierung geschützt zu werden und im Kontakt mit Patient*innen klare Grenzen zu ziehen. Dies ist essenziell, um persönliche Belastungen zu verringern und Diskriminierungserfahrungen in der Berufspraxis zu vermeiden.

Gleichzeitig liegt eine wichtige Aufgabe darin, Pflegefachpersonen dafür zu sensibilisieren, Diskriminierungen nicht nur wahrzunehmen, sondern sich aktiv dagegen einzusetzen. Dies umfasst sowohl die Unterstützung von Kolleg*innen als auch den Schutz von Patient*innen, die Diskriminierung erfahren. Die Fähigkeit, Grenzsetzungen im Umgang mit Diskriminierung zu praktizieren, schafft ein respektvolles Arbeitsumfeld und stärkt das professionelle Selbstverständnis der beruflich Pflegenden. Damit können alle Beteiligten dazu beitragen, ein diskriminierungsfreies und inklusives Klima in der Pflegepraxis zu fördern. ■

Literatur

- Doering, D., Genz, K., Micus-Loos, C. & von Gahlen-Hoops, W. (2024). Umschulende Personen als Zielgruppe pflegedidaktischen Handelns am Lernort Schule und am Lernort Praxis: Erkenntnisse aus dem Projekt ParAScholaBi – Herausforderungen und Chancen. In R. Brühe & W. von Gahlen-Hoops (Hrsg.), Handbuch Pflegedidaktik I (pp. 501-521). Bielefeld: transcript Verlag.
- Heinemann, A. M. B., Pape, N. & Kakkattil, J. M. (2023). Zum Umgang mit Heterogenität in der Ausbildung von Pflegefachpersonen. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hrsg.), Pädagogik im Gesundheitswesen (pp. 423-439). Berlin: Springer.
- Milich, N. (2024). Die Skepsis wächst. Akquise internationaler Fachkräfte- Mit speziellen Programmen zur Anwerbung von Pflegefachpersonen aus Drittstaaten sollen mehr ihnen nach Deutschland kommen. Doch die Pflegenden äußern vermehrt Bedenken. Die Schwester/Der Pfleger, 3/24, 60-62.
- Richter, M. T. (2022). Diskriminierung vorbeugen. Rassismus in der Pflege. Die Schwester/Der Pfleger, 6/22, 28-31.
- Sammann, L. (2023). Gekommen, um zu bleiben? Ausländische Pflegekräfte. Die Integration ausländischer Pflegekräfte in das deutsche Gesundheitssystem ist kein einseitiger Prozess, sondern verlangt Anstrengungen von allen Beteiligten. Doch das scheint schwierig zu sein. Heilberufe, 03/23, 48-50.
- Statista (2023). Geschlechterverteilung unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege und insgesamt in Deutschland im Jahr 2023. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029877/umfrage/verteilung-von-pflegekraefte-in-deutschland-nach-pflegeart-und-geschlecht/>
- Statistisches Bundesamt (2023). Auszubildende in Pflegeberufen mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag: Deutschland, Stichtag, Altersgruppen [Ergebnis 21241-0003]. Genesis Datenbank [23.11.2023]. Abgerufen von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/statistischer-bericht-pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401237005.html>

**Malin Apsel**

ist Kindheitspädagogin (B.A.) und Schulsozialberaterin an einer Pflegeschule. Im Rahmen des gemeinsamen Pflegebildungsforschungsprojekt ParAScholaBi der Arbeitsgruppe der Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe sowie der Professur für Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sozialpädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel ist sie seit 2023 tätig und befasst sich mit der Erforschung der Zielgruppe der Umschulenden Personen in Pflegeberufen. www.parascholabi.de

**Alexandra Bartsch**

ist Soziologin (B.A.) und Pädagogin (M.A.). Seit 2023 ist sie im Pflegebildungsforschungsprojekt ParAScholaBi an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel tätig und setzt sich damit für die Förderung Umschulender Personen in der Pflege ein. www.parascholabi.de

Interview mit Prof. Dr. Jochen Heß +++ aufgezeichnet von
Brigitte Teigeler

„Die Lebensqualität ist signifikant besser als vor der OP“

Der Weg zur genitalangleichenden Operation ist lang und kann Jahre dauern. Professor Jochen Heß berichtet, wie der Eingriff durchgeführt wird, was er für das Leben der Betroffenen bedeutet – und welche ethischen Fragen die Gesellschaft noch beantworten muss.

Herr Professor Heß, wie lange dauert es, bis sich für Menschen der Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Operation erfüllt?

Das sind in der Regel mehrere Jahre. Kurz vorab: Der Begriff geschlechtsangleichende Operation ist umstritten, ebenso wie Mann-zu-Frau-Operation. Die geschlechtliche Identität ist ja intrinsisch gefestigt. Mit der Operation wird das Genital an das innerlich erlebte Wunschgeschlecht angeglichen. Es geht also nicht um eine Angleichung des Geschlechts, sondern um eine Anpassung der körperlichen Merkmale. Hinzu kommt, dass es immer mehr Menschen gibt, die sich außerhalb des binären Geschlechtermodells bewegen – also nicht in die klassischen Kategorien von „männlich“ oder „weiblich“ passen.

Welcher Begriff ist geeigneter?

In der S2k-Leitlinie sind wir dazu übergegangen, sehr deskriptiv zu bleiben. Wir sprechen von genitalangleichender Operation, Scheidenaufbau- oder Vaginoplastik. Ungeachtet der Begrifflichkeit – der Leidensdruck dieser Menschen ist hoch. Bis sie die Voraussetzungen für eine genitalangleichende Operation erfüllen, vergehen im Schnitt mindestens zwei, oft drei Jahre. Anschließend müssen sie auf den OP-Termin warten. Die Wartezeit für eine Vaginoplastik liegt in unserem Klinikum aktuell bei etwa zweieinhalb Jahren – in anderen Zentren ist das aufgrund der hohen Nachfrage ähnlich. Insgesamt kommen also schnell vier oder fünf Jahre zusammen, bis sich der Wunsch nach einer Operation erfüllt.

Welche Voraussetzungen müssen für die Operation vorliegen?

In Deutschland müssen Betroffene zunächst zu einer psychotherapeutisch qualifizierten Fachperson gehen. Diese prüft, ob eine Geschlechtsdysphorie aufgrund



Prof. Dr. Jochen Heß ist Facharzt für Urologie und Leitender Oberarzt an der Klinik für Urologie und Universitätsklinikum Essen. Er berät u. a. Menschen mit Genderdysphorie und führt Scheidenaufbauplastiken (Vaginoplastiken) durch.

einer Geschlechtsinkongruenz vorliegt – also ein Leiden daran, dass die geschlechtliche Identität nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht entspricht. Auch klärt sie ab, ob der Wunsch nach einem anderen Geschlecht nicht Ausdruck einer manifesten Schizophrenie oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung ist. Im weiteren Verlauf berät sie die betroffene Person und zeigt mögliche Wege auf, falls somatische Veränderungen gewünscht sind. Dieser Schritt beginnt in der Regel mit einer Hormontherapie.

Wie geht es den Betroffenen, wenn Sie dann endlich bei Ihnen in der Sprechstunde sind?

Auch auf diesen Termin müssen die meisten mehrere Monate warten und fiebern ihm oft schon entgegen. Sie haben das Gefühl, dass nun endlich aktiv etwas passiert und sie mit der Person sprechen können, die sie operieren wird. Da ist Erleichterung und auch Vorfremde zu spüren. Wenn sie dann von der langen Wartezeit auf die OP hören, ist das erstmal ein Dämpfer – besonders wenn klar wird, dass es noch Jahre dauern kann. Trotzdem haben die meisten das Gefühl, dass sie in diesem formalen Prozess wieder einen wichtigen Schritt weitergekommen sind.

Wie klären Sie die Patientinnen vor der Operation auf?

Es gibt einen standardisierten Aufklärungsbogen zur Vaginoplastik, den die Patientinnen schon beim ersten ambulanten Termin erhalten. Zusätzlich werden sie in einem individuellen Beratungsgespräch aufgeklärt. Dazu zeigen wir ihnen – meistens mithilfe einer handgemalten Skizze – was bei der OP gemacht wird und welche körpereigenen Gewebe wie genutzt wer-

den, um wieder ein funktionelles Genital zu etablieren. Am Vortag vor der OP führen wir dann nochmal ein sehr ausführliches Aufklärungsgespräch und ich gehe nachmittags vor der OP nochmal bei den Patientinnen vorbei und kläre, ob spezielle Wünsche vorliegen oder nicht. In der Regel sind diese Menschen sehr gut informiert, weil sie sich über einen langen Zeitraum schon mit dem Thema beschäftigt haben. Oft sind sie auch in Peer Groups im Internet oder in Selbsthilfegruppen vor Ort aktiv.

Wie viele Kliniken bieten in Deutschland genitalangleichende Operationen an?

Die Anzahl der Zentren nimmt zu. Es sind schätzungsweise zehn bis zwölf Zentren in Deutschland, die Vaginoplastiken mit einer hohen Expertise und entsprechenden Fallzahlen durchführen. Die Anzahl der Kliniken, die Penisaufbauplastiken oder auch Phalloplastiken anbieten, ist geringer. Dieser Eingriff ist noch komplexer, auch im Hinblick auf die daran beteiligten Disziplinen.

Was wird bei einer Vaginoplastik gemacht?

Wir führen immer zwei Operationen durch, die im Abstand von drei Monaten erfolgen. In der ersten OP erfolgt die Genitalangleichung, bei der aus Penis, Hodensack und Hoden ein weibliches Genital angelegt wird. In der zweiten OP erfolgt das Refinement, bei dem der Scheideneingang noch leicht korrigiert wird, ebenso wie die Form und Lage der Schamlippen. Wenn nötig können auch noch kleinere Korrekturen am Harnröhrenausgang oder im Bereich der Klitoris erfolgen. Das Ziel des zweiten Eingriffs ist, das OP-Ergebnis zu einem wirklich guten Endresultat zu bringen.

Welche körpereigenen Gewebe nutzen Sie bei der OP?

Der Penis besteht im Wesentlichen aus drei Komponenten:

1. die Harnröhre für Urin und Samenweg,
2. die Schwellkörper für die Erektion und Penetration und
3. die Eichel mit dazugehörigen Nerven für die Sensibilität und Orgasmusfähigkeit.

Die Harnröhre bleibt erhalten, sie wird nur etwas gekürzt. Die Schwellkörper und die Hoden werden entfernt, da sie kein Äquivalent im äußeren Genital der Frau haben. Die Eichel mit Vorhaut, einschließlich Gefäßen und Nerven, wird zur Klitoris umfunktioniert. Die Penis-schaffthaut, die ohne Innenleben ein schlauchförmiges Hautgebilde ist, dient zur Bildung des Vaginalkanals. Dafür wird im Beckenraum dann Platz geschaffen – hinter der Blase und vor dem Enddarm, wie bei allen Frauen auch.

Bleibt das Lustempfinden des neuen Genitals durch die vorhandenen Gewebe und Nerven erhalten?

Die Penisschaffthaut reicht meist nicht aus, um die gesamte Tiefe des Scheidenkanals auszukleiden. Wir verlängern sie meist mit einem Stück Hodensackhaut, die jedoch keine eigenen Nerven mehr besitzt. Trotzdem kann eine vaginale Stimulation erfolgen – etwa durch Penetration oder über die Massage der Prostata oder des Enddarms. Ein wesentlicher Teil der sexuellen Lust entsteht oft dadurch, dass die Frauen ihre Sexualität endlich ganzheitlich im Wunschgeschlecht ausleben können, auf das sie die ganzen Jahre gewartet haben. Das trägt in einem hohen Maße zur sexuellen Zufriedenheit bei – unabhängig davon, welche Genitalregion genau stimuliert wird.

Die Operation klingt sehr aufwendig. Welche Komplikationen können während und nach dem Eingriff auftreten?

Die gefürchtetste Komplikation ist die Enddarm-Verletzung, da der Operationsbereich anatomisch sehr nah am Darm liegt. Diese Komplikation kann entweder während der Operation oder

zeitverzögert einige Tage oder Wochen später auftreten. Sie ist aber sehr selten und liegt in den meisten Zentren bei unter 3 Prozent. In einigen Fällen kann sie einen künstlichen Darmausgang erforderlich machen, was für die Betroffenen sehr belastend ist. Weitere Komplikationen können Nachblutungen, Wundheilungsstörungen oder Hämatome mit Schwellungen sein.

Gibt es langfristige Komplikationen?

Langfristig besteht das Risiko, dass sich der Scheidenkanal verengt, wenn er nicht regelmäßig gedehnt wird. Direkt nach der OP wird ein Platzhalter aus Schaumstoff eingesetzt, später müssen die Patientinnen selbstständig mit einem speziellen medizinischen Gerät – ähnlich einem Dildo – den Scheidenkanal bougieren, in der Anfangszeit mindestens dreimal täglich für 15 bis 20 Minuten. Sonst kann es Monate oder Jahre später zu Einschränkungen bei der Penetration kommen. Zusätzlich kann ein weicher Platzhalter getragen werden. Wichtig ist, dass die Patientinnen verstehen, dass es mit der Operation allein nicht getan ist, sondern dass sie für ein langfristig gutes OP-Ergebnis selbstverantwortlich etwas beitragen müssen.

Wie sieht die Nachsorge aus?

Wir bieten zwei Wochen nach der ersten OP einen ambulanten Wundkontrolltermin an. Viele Patientinnen kommen aber von weit her, sodass dieser Termin oft vom Gynäkologen oder der Hausärztin vor Ort übernommen wird. Wir sehen die Patientinnen nach drei Monaten zum zweiten OP-Termin und zwei Wochen später, wenn möglich, erneut zur ambulanten Wundkontrolle. Danach sehen wir die meisten Menschen nicht mehr – es sei denn, es treten Komplikationen auf. Für viele ist die Operation der letzte Schritt und wenn das endlich geschafft ist, möchten sie das auch hinter sich lassen und

ihr neues Leben beginnen. Einige melden sich aber zu Weihnachten oder am Jahrestag ihrer Operation bei mir.

Gibt es Studien, wie zufrieden die operierten Frauen mit dem Ergebnis der genitalangleichenden Operation sind?

Wir haben dazu selbst eine Studie gemacht, die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde. Unsere und auch andere Studien zeigen, dass die Gesamtzufriedenheit bei über 80 % liegt. Wir haben dabei sowohl die Zufriedenheit mit dem optischen Ergebnis als auch mit dem funktionellen Ergebnis erhoben – definiert war letzteres zum Beispiel als Penetrationsfähigkeit. Auch hier lag die Zufriedenheit bei über 80 %. Ein interessantes Ergebnis war zudem, dass viele der Befragten angaben, dass sie sich nach der OP von der Gesellschaft viel mehr als Frau gesehen fühlen – und dies, obwohl die Vaginoplastik ja äußerlich nicht sichtbar ist. Sie hat also eine Wirkung von innen nach außen, die sich dann wiederum auf das Selbstbild auswirkt.

Gibt es Regretter, die den Eingriff bedauern oder ihn wieder rückgängig machen möchten?

Es gibt beides: Menschen, die den Eingriff bereuen, und solche, die ihn rückgängig machen möchten – was nicht immer dasselbe ist. Einige sehen ihre erste Transition als Fehler, den sie korrigieren wol-

len, während der größere Teil sie für richtig hält, sich aber verändert und später dann auch die Retransition als richtigen Schritt ansieht. Es sind insgesamt jedoch deutlich weniger als ein Prozent, die eine Genitalangleichung wieder rückgängig machen möchten.

Ist eine Rückkehr zum alten Genital denn möglich? Vieles ist doch verloren, wie Hoden und Schwellkörper.

Das stimmt, und die Menschen sind nach einer Retransition auch nicht mehr zeugungsfähig. Aber es gibt Hodenimplantate und man kann eine Phalloplastik mit Erektionspumpe konstruieren, wie das auch bei Transmännern gemacht wird. Aber es ist optisch natürlich nicht vergleichbar mit dem, was vorher da war. Und auch in funktioneller Hinsicht müssen die Betroffenen gewisse Abstriche in Kauf nehmen.

Menschen mit einer Geschlechtsinkongruenz haben Studien zufolge häufiger depressive Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder auch eine erhöhte Suizidalität. Ändert sich das nach einer Operation?

Es gibt dazu eine interessante Transgender-Survey aus 2021 mit über 27.000 Teilnehmenden

aus den USA. Hier wurden retrospektiv zwei Gruppen gebildet: In der ersten waren diejenigen, die sich mindestens eine Operation wünschten und auch mindestens eine davon bekommen haben, zum Beispiel eine Brustangleichende, eine gesichts-feminisierende oder eine genitalangleichende OP. In der zweiten Gruppe waren diejenigen, die sich ebenfalls mindestens eine Operation wünschten, aber noch keine bekommen hatten. Über beide Gruppen hinweg traten mit einem hohen Prozentsatz mentale Probleme und psychiatrische Diagnosen auf wie exzessiver Alkoholkonsum, Depressionen und Suizidalität. Aber: Bei den Menschen, die schon einen Teil der Operationen hinter sich hatten, hat sich der Anteil der Probleme und Diagnosen signifikant gesenkt.

Hat bereits eine OP zur Besserung gereicht?

Wenn eine Transgender-Person drei Operationen anstrebt, aber nur eine davon bekommt, geht es ihr besser als ohne OP. Bekommt sie auch die zweite und dritte Operation, wird es ihr nochmal besser gehen. Mit diesen Operationen lässt sich also psychisches Leiden tatsächlich heilen oder zumindest verbessern.

Viele der Befragten gaben an, dass sie sich nach der OP von der Gesellschaft viel mehr als Frau gesehen fühlen – und dies, obwohl die Vaginoplastik ja äußerlich nicht sichtbar ist.



Geht eine Verbesserung der Geschlechtsdysphorie auch automatisch mit einer besseren Lebensqualität einher?

Wir haben in Essen den ETLI etabliert, den Essen Transgender Quality of Life Inventory. Eine Frage im Rahmen der Evaluierung lautete damals: Wie glücklich schätzen Sie sich ein? Hier gab es einen signifikanten Sprung beim Coming-out, einen weiteren bei Beginn der Hormontherapie und einen dritten nach der Operation. Das sind also die drei Meilensteine, die zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Ist die Lebensqualität nach der Operation mit der der Normalbevölkerung vergleichbar?

Im ersten Jahr nach der OP steigt die Lebenszufriedenheit deutlich an und geht dann meist in ein Plateau über – das sich aber unterhalb der durchschnittlichen Lebensqualität von Menschen ohne Transitionsprozess befindet. Das mag damit zusammenhängen, dass die Betroffenen nach einem Jahr realisiert haben, dass eine Transition oder eine Operation nicht all ihre Probleme löst. Auch kommt es vor, dass diese Menschen trotz OP weiterhin Stigmatisierung oder Ausgrenzung erleben. Trotzdem ist die Lebensqualität nach der Operation immer noch signifikant besser als vor der Operation.

Wie entwickeln sich die Zahlen bei den genitalangleichenden Operationen in Deutschland?

Im Jahr 2023 wurden laut dem Statistischen Bundesamt etwas mehr als 3000 Vaginoplastiken durchgeführt – das sind etwa doppelt so viel, wie es noch 2012 waren. Im Vergleich dazu kommen Phalloplastiken seltener vor, weil es weniger Zentren gibt – ich schätze, dass es knapp unter 1000 Eingriffe pro Jahr sind. Aber auch hier nehmen die Zahlen deutlich zu.

Worauf führen Sie diesen Anstieg zurück?

Die Menschen, die sich operieren lassen möchten, werden jünger. Das hängt auch damit zusammen, dass das Thema in der Gesellschaft breiter diskutiert und kommuniziert wird und es mehr Anlaufstellen, Beratungsstellen, Peer Groups, Psychotherapeut:innen und natürlich auch somatische Behandler:innen gibt. Zudem sind die chirurgischen Techniken besser geworden und damit auch die optischen und funktionellen Ergebnisse. Und noch wird der Eingriff von den Krankenkassen bezahlt. So etwas könnte sich aber – je nach Regierung – schnell ändern. Das lässt sich gerade auch in den USA beobachten.

Was würden Sie sich bei diesem Thema wünschen?

Dass das Thema gesellschaftlich weiterhin sehr offen behandelt wird – auch ohne, dass es zwingend ein starres binäres Geschlechtermodell gibt. Zu uns kommen zunehmend Menschen, die sich eine Operation wünschen, die letztlich einem nicht-binären Geschlechtsverständnis entspricht. Das kann ein neutrales Genital sein, also eine Entfernung des männlichen Genitals ohne einen Scheidenkanal. Oder sie wünschen sich eine Vagina unter Erhalt des Penis, möchten also beide Genitalien haben. Technisch ist natürlich vieles möglich, aber wir müssen uns als Gesellschaft fragen, was wir zulassen wollen. Wie offen für Diversität wollen wir sein? Aber dieser gesellschaftliche Diskurs wird vollständig vermieden. Dadurch ist man als Arzt oder Ärztin gefordert, einen sehr subjektiven ethischen Maßstab anzulegen.

Wie sieht dieser bei Ihnen aus?

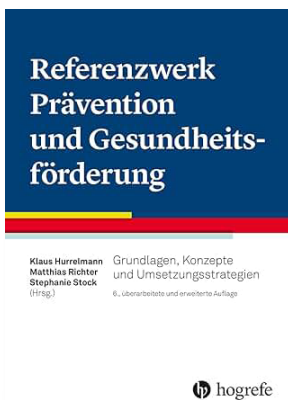
Wenn eine psychotherapeutisch bestätigte Geschlechtsdysphorie vorliegt, versuche ich, die gleichen Maßstäbe anzulegen wie bei den sogenannten binären transgeschlechtlichen Menschen – also Männern, die zu Frauen werden wollen, und Frauen, die zu Männern werden wollen. Wenn ich bereit bin, von männlich auf weiblich zu wechseln, muss ich eigentlich auch akzeptieren, dass manche weder männlich noch weiblich oder tatsächlich beides sein wollen. Letztlich ist es nicht meine Entscheidung festzulegen, wie Menschen sich fühlen. Wenn meine Operationsmethode Leiden lindern kann und Psychotherapeut:innen das entsprechend absichern und begleiten, bin ich bereit, es zu machen. Aber damit das nicht nur in meiner Gedankenwelt stattfindet, würde ich mir wünschen, dass wir uns gesellschaftlich in irgendeiner Weise positionieren: Was sind wir als Gesellschaft bereit zu tolerieren?

Vielen Dank für das Gespräch, Herr Professor Heß.

Hurrelmann, Klaus,
Matthias Richter,
Stephanie Stock (Hrsg.)

Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien

Hogrefe AG, 6. Auflage,
Bern 2024, 539 Seiten,
60,00 €, ISBN 9783456863504



Im jetzt in seiner sechsten Auflage vorliegendem Referenzwerk werden durch ausgewiesene Fachexperten die Bandbreite der Belange und Bezüge von Prävention und Gesundheitsförderung in achtunddreißig Buchkapiteln umfassend angefangen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens über die unterschiedlichen fachspezifischen Präventionskonzepte bis hin zur gesundheitspolitischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des nationalen Präventionsgesetzes sowie der Prävention auf globaler Ebene aufgeführt und erörtert. Leitendes Prinzip des Lehrbuches ist es, Ansätze aus wissenschaftlichen Disziplinen des biomedizinisch-personenorientierten und des sozial- und bevölkerungsorientierten Paradigmas zusammenzuführen. Krankheitsprävention (oft verkürzt auch nur „Prävention“ genannt) bezeichnet alle Interventionen, die dem Vermeiden des

Eintretens und des Ausbreitens einer Krankheit dienen. Gesundheitsförderung bezeichnet alle Interventionen, die der Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Bevölkerung dienen. Gemeinsames Ziel der beiden Interventionsformen „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ ist, einen sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen – einmal durch das Zurückdrängen von Risiken für Krankheiten, zum anderen durch die Förderung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und individuellen Ressourcen. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung stehen in einem sich gegenseitig ergänzenden, komplementären Verhältnis zueinander und streben beide einen Gesundheitsgewinn an. Die Gesundheitspolitik, die die Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung im Blick hat, sollte daher eine Gesundheitsversorgung anstreben, die Kuration, Prävention und Gesundheitsförderung eng miteinander verbindet und in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander gewichtet. Die Menschen erreichen in unserer Zeit ein so hohes Lebensalter wie nie zuvor, diese Alterung geht jedoch mit einem Anstieg von Erkrankungen sowie häufiger Multimorbidität einher. Dementsprechend haben sich im Laufe der Zeit auch die Ansätze der Prävention und deren Ziele von der Vermeidung übertragbarer Krankheiten stärker in Richtung der Gesunderhaltung und der Vermeidung von nicht übertragbaren Krankheiten verschoben, bei denen das Verhalten und verhaltensbeeinflussende Faktoren eine besondere Rolle spielen. Diabetes mellitus hat aufgrund seiner Häufigkeit und seinen hohen gesellschaftlichen und individuellen Belastungen eine hohe Public-Health-Relevanz. Menschen mit Diabetes haben immer noch ein deutlich höheres Risiko für schwerwiegende makro- und mikrovaskuläre Erkrankungen als

Menschen ohne Diabetes. Prinzipiell stehen Möglichkeiten für eine flächendeckende Umsetzung der Anleitung zu einem angemessenen Bewegungs- und Ernährungsverhalten zur Verfügung. Bisher konnten jedoch keine Wege gefunden werden, eine solche Anleitung mit zufriedenstellendem Erfolg durchzuführen. Das Präventionsgesetz von 2015 setzt auf den Aufbau einer Kooperations- und Koordinationsstruktur von Kostenträgern und Trägern von Präventionsprogrammen und stärkt finanziell den Bereich primärer Prävention in Lebenswelten und im Betrieb sowie die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation dieser Maßnahmen. Der erste und zweite nationale Präventionsbericht zeigen, dass sowohl in kommunalen Lebenswelten als auch in arbeitsweltlichen Bereichen zahllose Initiativen und Projekte umgesetzt werden konnten, um „gesund aufwachsen“, „gesund arbeiten und leben“ und „gesund altern“ für viele Menschen zu ermöglichen und die ungleichen Gesundheitschancen zu verringern. Die Globalisierung führt zu vielen gesundheitsbezogenen Herausforderungen auf nationaler und lokaler Ebene, die für Prävention und Gesundheitsförderung relevant sind. Die globalen Herausforderungen bedürfen globaler Lösungen, Internationale Kooperationen und grenzüberschreitende Abstimmungen (und Abkommen) zu guter Präventionspraxis sind wesentlich, um dies zu realisieren. Das Referenzwerk ist gleichermaßen als Informationsquelle und Nachschlagewerk nutzbar und besticht durch seine Umsetzung anhand von konkreten Beispielen sowie durch anschauliche Abbildungen und konstruktive Zusammenfassungen.

Eine Rezension von
Dr. med. Paul Kokott

Werner Tschan

Sexualisierte Gewalt und Trauma – Praxishandbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe

Hogrefe Verlag, Bern, 1. Auflage
2024, 160 Seiten, 30,00 €,
ISBN 978-3-456-86324-5



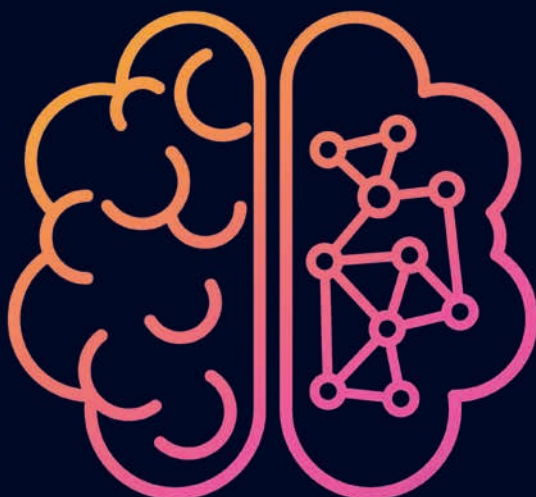
Sexualisierte Gewalt ist eine Thematik, der in der Gesellschaft oft mit Unsicherheit, Stigmatisierung und Verdrängung begegnet wird. Besonders für Fachkräfte im Pflege-, Gesundheits- und Sozialbereich ergeben sich in diesem Kontext komplexe Herausforderungen, da sie häufig die ersten Ansprechpersonen für Betroffene sind und eine zentrale Rolle in deren Unterstützung und Stabi-

lisierung spielen. Mit dem Buch *Sexualisierte Gewalt und Trauma* bietet der Psychiater und Psychotherapeut Werner Tschan ein fundiertes und praxisnahes Werk, das speziell auf die Bedürfnisse von Fachkräften in diesen Berufsfeldern abgestimmt ist. Es liefert umfassende Informationen über die Folgen sexualisierter Gewalt, Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Kompetenzen, die Fachkräfte in diesem schwierigen Themenfeld benötigen.

Das Buch gliedert sich in mehrere thematische Schwerpunkte, die sich inhaltlich ergänzen und eine ganzheitliche Perspektive auf die Problematik ermöglichen. Tschan beginnt mit einer Einführung in die psychischen und physischen Folgen sexualisierter Gewalt und erläutert dabei auch die Mechanismen von Traumafolgestörungen. Besonders eindrücklich sind seine Beschreibungen, wie systemische Bedingungen in Organisationen und Institutionen dazu beitragen können, dass sexualisierte Gewalt begünstigt wird. Der Autor zerstreut stereotype Vorstellungen von Tätern und Opfern, die oft zu Fehlinterpretationen und einer unzureichenden Unterstützung Betroffener führen, und betont stattdessen die Bedeutung einer Kultur des Hinschauens und der Verantwortungsübernahme.

Werner Tschan bringt in seinem Buch seine langjährige Erfahrung als Psychiater und Psychotherapeut überzeugend ein und liefert dadurch eine Fülle an Hintergrundinformationen. Besonders der gesellschaftliche und therapeutische Blick, den er einnimmt, macht das Buch interessant. Etwa die Hälfte der Inhalte widmet sich der Erläuterung von Hintergründen, etwa zu den Mechanismen von Traumafolgestörungen und den systemischen Aspekten sexualisierter Gewalt. Dieser Teil ist fundiert, tiefgründig und besonders für Fachkräfte interessant, die sich intensiver mit den gesellschaftlichen und psychologischen Zusammenhängen auseinandersetzen möchten.

Allerdings wird durch diesen Schwerpunkt der Bereich der praktischen Maßnahmen, der Prävention und der Schutzkonzepte deutlich zurückgenommen. Gerade weil das Buch als Praxishandbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe konzipiert ist, wären hier konkretere Vorschläge wünschenswert gewesen. Fachkräfte, die wenig Erfahrung mit dem Thema haben, erhalten zwar wertvolle Hintergrundinformationen, aber weniger direkte Unterstützung bei der Umsetzung wirksamer Maßnahmen. In der praktischen Anwendung bleibt das Buch daher



Lernwelten2025

25.–26. September 2025 | BzG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt

FUTURE SKILLS

Zukunftskompetenzen für Lehrende und Lernende in Gesundheitsberufen

www.lernwelten.info

hpsmedita BzG
Bildungszentrum
Gesundheit Basel-Stadt

Jetzt
Tickets
sichern!

stellenweise hinter den Erwartungen zurück. Gleichzeitig muss hier angemerkt werden, dass bei solch einem sensiblen Thema, pauschalisierte „Tipps und Checklisten“ nur schwer zu gestalten sind und auch kontraproduktiv sein können.

Der Blick auf die verschiedenen Berufsbereiche, die mit sexualisierter Gewalt konfrontiert sind, ist spannend, bleibt jedoch vergleichsweise oberflächlich. Leserinnen und Leser, die eine tiefergehende Analyse oder detaillierte Handlungsempfehlungen für ihren spezifischen Bereich erwarten, könnten enttäuscht werden.

Die Sprache des Buches ist klar und schnörkellos, was der sensiblen Thematik angemessen ist. Anhand von Beispielen aus der Praxis wird die Relevanz der dargestellten Inhalte unterstrichen, wodurch das Buch für Berufsanfänger ebenso zugänglich ist wie für erfahrene Fachkräfte. Dennoch wäre eine intensivere visuelle Gestaltung, etwa durch Schaubilder, Übersichten oder interaktive Elemente, hilfreich, um die Orientierung in den Kapiteln zu erleichtern und die Praxisnähe zu stärken. Zusammenfassend bietet Sexualisierte Gewalt und Trauma eine prägnante, fundierte und sensibilisierende Einführung in die Thematik. Besonders die fundierten Hintergrundinformationen und die systemische Perspektive machen das Buch zu einer wertvollen Ressource für Fachkräfte, die sich mit den gesellschaftlichen und psychologischen Aspekten von sexualisierter Gewalt auseinandersetzen möchten. Als Praxishandbuch zeigt es jedoch Schwächen, da der Bereich der Maßnahmen und präventiven Konzepte weniger ausgearbeitet ist, als es für die Zielgruppe wünschenswert wäre. Für Leserinnen und Leser, die eine Kombination aus fundierter Analyse und anwendbaren Handlungsempfehlungen suchen, bleibt das Buch eine hilfreiche Ergänzung, aber kein vollständiger Leitfaden.

Eine Rezension von Simon Ludwig-Pricha

Gunter Groen, Katja Weidtmann,
Susanne Vaudt & Harald Ansen

Selbstfürsorge in psychosozialen Berufen

Psychiatrie Verlag GmbH, Köln
2024, 228 Seiten, 35,00 €, ISBN
978-38252-6221-1



Selbstfürsorge spielt in psychosozialen Arbeitsfeldern (u. A. Psychotherapie, Soziale Arbeit, Bildung oder Erziehung) aber auch im Berufsfeld der Rezensierenden, einer professionell Pflegenden, eine zentrale Rolle, die aber häufig noch wenig Berücksichtigung findet.

Ein selbstreflektierender Umgang ist sowohl in Bezug auf positive Erlebnisse wie auch in herausfordernden Situationen, insbesondere beim Akzeptieren von Grenzen im Arbeitsalltag jedoch dringend erforderlich. Dies bezieht sich nicht nur auf das individuelle Erleben, sondern auch auf die Zusammenarbeit im Team und mit den Adressat*innen.

Die Autor*innen, Professor*innen an der HAW Hamburg, haben ein Buch konzipiert, welches evidenzbasiert in vier Kapiteln, den aktuellen Forschungsstand zur persönlichen Selbstfürsorge und zum institutionellen Umgang zusammenfasst. Zusätzlich sind Möglichkeiten zur Selbstreflexion sowie Praxisbeispiele und Anregungen zur Stärkung auf personaler und kollegialer Ebene enthalten.

Kapitel eins vermittelt zunächst ein Grundverständnis zur Selbstfürsorge sowie deren Notwendigkeit, um den vielseitigen Aufgaben und Herausforderungen im Arbeitsalltag gerecht zu werden. Weiterhin folgt eine Darlegung der intrinsischen und extrinsischen Motivation, die zum Ergreifen von psychosozialen Berufen führen kann.

Die Interaktion mit den verschiedenen Zielgruppen steht im Fokus des zweiten Kapitels. Die direkte Arbeit mit einer Klientel, die unter Umständen zusätzlich psychisch belastet ist, kann zur Herausforderung werden. Insbesondere ein Ungleichgewicht zwischen Nähe und Distanz, resultierend aus überhöhten Selbstansprüchen der Fachkräfte, ist ein dabei häufiges Thema. Neben der direkten Beanspruchung durch die Adressat*innen können unklare Zuständigkeiten im Arbeitsfeld zu einer potenziellen Last werden und bedürfen Aufmerksamkeit bei einer Auseinandersetzung mit der persönlichen Selbstfürsorge und zur Vermeidung eines Burnouts.

Kapitel Drei beinhaltet eine ausführliche Darstellung von Maßnahmen und Ansätzen, die den zuvor beschriebenen Belastungen entgegenwirken können bzw. die psychische Gesundheit positiv unterstützen. Vorgestellt werden Konzepte zur persönlichen Stärkung, aber auch jene, die im kollegialen Rahmen umgesetzt werden können.

Abschließend behandelt Kapitel vier die Verantwortung von Leitungen bzw. des Managements bezüglich der Selbstfürsorge. Der Erhalt der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden hat Priorität. Arbeitgebende sind gefordert Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Selbstfürsorge im beruflichen Umfeld angemessen umgesetzt werden kann. Thematisiert werden Möglichkei-

Buchbesprechungen

ten der betrieblichen Umsetzung sowie die Auswirkungen verschiedener Führungsstile. Ergänzend erfolgt eine systematische Zusammenfassung zum Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements mit seinen unterschiedlichen Handlungsfeldern.

Den Autor*innen ist es mit ihrem Buch sehr gut gelungen, kompakt und aufeinander aufbauend den aktuellen, wissenschaftlichen Stand zum Thema Selbstfürsorge in allen beruflichen Ebenen psychosozialer Arbeitsfelder darzustellen. Hervorheben möchte die Rezensierende insbesondere die Zusammenfassungen am Ende der jeweiligen Abschnitte, die die wesentlichen theoretischen Inhalte nochmals aufbereiten. Realistische Praxisbeispiele erleichtern den Zugang zur Thematik. Die Anregungen zur Selbstreflexion ermöglichen es der bzw. dem Lesenden immer wieder seinen individuellen Umgang mit dem Thema zu hinterfragen und ggf. daraufhin seinen Blickwinkel zu ändern. Die Ausführungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement gehören vollständig halber sicherlich ins Buch und vermitteln gerade Studierenden einen sehr guten theoretischen Überblick. Für Mitarbeitende in der Praxis sind die Inhalte aber wohl weniger relevant als die der anderen drei Kapitel.

Ihr Ziel, mit diesem Buch mehr Aufmerksamkeit für das Thema Selbstfürsorge zu gewinnen haben die Autor*innen nach Ansicht der Rezensierenden aber sicherlich erreicht.

Eine Rezension von Anke Kampmann



Jetzt auch als
ePaper
erhältlich!

Ab sofort können Sie die gesamte Zeitschrift Dr. med. Mabuse – **von der ersten Ausgabe bis heute** – bequem als **ePaper** lesen! Profitieren Sie von unserem digitalen Angebot und bleiben Sie informiert – jederzeit und überall.

Ihre Vorteile eines Online-Abos:

- ✓ Vollständiger Zugriff auf **alle Ausgaben seit 1976**
- ✓ **Flexibel lesen** – bequem auf jedem Endgerät, wo und wann Sie wollen
- ✓ **Aktuelle und historische Einblicke** in das, was die Gesundheitsberufe bewegt

Starten Sie jetzt – erleben Sie Dr. med. Mabuse digital!

PRIVAT

Abonnement	Preis
Dr. med. Mabuse Privat Print	47,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Privat E-Paper Monatszugang (Online-Zugang, keine Printausgabe)	9,95 € / Monat
Dr. med. Mabuse Privat E-Paper Jahreszugang (Online-Zugang, keine Printausgabe)	67,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Privat Kombi (Print & E-Paper)	87,00 € / Jahr

INSTITUTION

Abonnement	Preis
Dr. med. Mabuse Institution Print	188,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Institution E-Paper (Einzelplatz)	288,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Institution Kombi (Print & E-Paper, Einzelplatz)	388,00 € / Jahr
Dr. med. Mabuse Intranet + alle 4 Print-Ausgaben eines Jahres	488,00 € / Jahr

Alle Preise inkl. MwSt, Preise gelten für Neukunden

Anna Sperk

Neben der Wirklichkeit

Roman, Mitteldeutscher

Verlag, Halle (Saale)

1. Edition 2018, 272 Seiten,

16,00 €, ISBN 978-3-96311-014-6



Julia ist schizophran, sie hat eine zweieinhalb Jahre alte Tochter, ist alleinerziehend und kämpft sich trotz ihrer Krankheit durchs Leben. Der Roman beginnt damit, dass Julia sich in der Psychiatrie befindet. Ihr Kind musste sie bei ihren Eltern zurücklassen. Der Vater des Kindes ist Choleriker und chaotischer Journalist, unfähig ihre Tochter ohne bleibende Schäden zu erziehen. Nach wenigen Seiten folgt eine Wendung, die Eltern von Julia haben das Jugendamt informiert, sie haben wenig Vertrauen in ihre Tochter, trauen ihr die Erziehung des eigenen Kindes nicht mehr zu. Julia wird plötzlich mit der Tatsache konfrontiert ihr Sorgerecht zu verlieren, das Kind soll dem Vater zugesprochen werden.

Anna Sperk beschreibt den Kampf der Protagonistin gegen Intoleranz, Unwissenheit, einem mangelhaft, bürokratischem System, das für psychisch Erkrankte weder Verständnis noch Platz kennt. Die Protagonistin ist Künstlerin, eine kluge, stark reflektierte Frau, die im Laufe des Romans, durch stringente Rhetorik ihr Kind zurückgewinnen wird.

Es folgt ein zweiter Teil des Romans. Julia, die ihr Kind zurück-

gewonnen hat, sucht nach einer regelmäßigen finanziellen Quelle und findet Arbeit in einer Flüchtlingsstation der Wohlfahrt. Sie wird Beraterin von einwandernden Ausländern, ist nicht nur hoch engagiert, sondern arbeitet effektiv und einfallsreich. Ihre Stelle befindet sich für ein halbes Jahr auf Probezeit, schon nach kurzer Zeit stößt sie an die Grenzen des kollegialen Systems und muss erfahren, dass weder ihre Ideen, noch ihre kreativ, künstlerische Persönlichkeit erwünscht sind.

Bei alledem versteckt sie ihre Erkrankung, ist sich sicher auf ihrer Arbeit hierfür nur Ablehnung und Abscheu zu ernten. Zu schwer wiegen ihre bisherigen Erfahrungen und sie wird damit Recht behalten, denn als ein Mitarbeiter durch Zufall ihre Narbe am Handgelenk bemerkt, gerät die Geschichte weiter ins Rollen und droht in einem Drama zu enden.

Julia sucht nach einem Ausweg, versteckt weiterhin ihre Schizophrenie, doch die Intrigen in der Belegschaft sind schon längst in Gang gesetzt und sie ist der Intoleranz und dem fehlenden Verständnis von psychisch Erkrankten hilflos ausgeliefert. Am Ende von ihr ein Versuch der Korrektur, indem sie einem Mitarbeiter Vertrauen schenkt. Wieder mit einer stringenten Rhetorik, legt sie diesem ihre Sicht der Dinge dar, versucht die psychisch Erkrankten für ihn in die Gesellschaft einzuordnen. Doch wieder erlebt sie nur Unverständnis und Misstrauen. Den Kampf am Ende verloren, wird sie in der Probezeit ohne Angaben von Gründen gekündigt.

Anna Sperk schreibt im unpräzisen Ton, selten gibt es eine detaillierte Ausführung von Gefühlen. Damit erreicht sie beim Leser atemloses Erstaunen, die kühle Rhetorik der Protagonistin, ihre Sachlichkeit, erzeugen beim Lesen Beklemmung

und Ratlosigkeit. Ratlosigkeit gegenüber einem unzureichenden System in der Gesellschaft, einer fehlenden Integration von psychisch Kranken, einer Stigmatisierung bis hin zur Verachtung. Frau Sperk prangert so gekonnt eine fehlende Toleranz und Inklusion psychisch Erkrankter in einem angeblich aufgeklärtem Deutschland an.

Sie schafft mit Julia Glückauf eine Figur, die sich versucht mit Sachlichkeit durchs Leben zu kämpfen, es bei dem Kampf um ihre Tochter schafft und dann auf dem Arbeitsmarkt scheitert. Die Autorin hat mich beeindruckt, in ihrem bescheidenen Stil, erzeugte sie in mir ein Panoptikum sich widerstreitender Gefühle, Gedanken, Thesen und ein weiteres Nachdenken über die Rückständigkeit unseres gesellschaftlichen Systems, das angeblich Werte besitzt, diese Werte jedoch bei der Integration von psychisch Erkrankten halt machen und ihnen einem Riegel vorschieben.

Ich selbst bin Betroffene einer schweren psychischen Erkrankung und habe die Grenzen der Akzeptanz unserer Gesellschaft in den letzten 20 Jahren bitter erfahren müssen. Aus diesem Grund bin ich Frau Sperk dankbar für dieses Buch, welches zum einem den Leser aufklärt und zum anderen die gesellschaftliche Sicht auf das Problem einordnet und gerade rückt. Ich wünsche mir mehr solcher Bücher und eine Gesellschaft, die aufwacht und nicht nur versucht, körperlich Behinderte zu inkludieren, sondern auch versucht die Menschen mit einer unsichtbaren Behinderung wahrzunehmen, um Lösungsansätze für deren Integration zu schaffen.

Eine Rezension von Doreen Wolf

Reinhard Lay

Ethik in der Pflege

Das Lehrbuch für alle Bereiche der Pflege

Schlütersche Fachmedien, Hannover, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., 2022, 562 Seiten, 49,95 €, ISBN 978-3-8426-0838-2



Reinhard Lay schafft es in seinem Standardwerk „Ethik in der Pflege. Das Lehrbuch für alle Bereiche der Pflege“ ein für viele abstraktes Thema greifbar zu machen und es anschaulich zu vermitteln. Dabei schlüsselt er die Bedeutung von Ethik in unserem beruflichen Alltag auf und zeigt in spannender Art und Weise, wie Ethik untrennbar zu allen Bereichen innerhalb der Pflegeprofession gehört.

Das Buch überführt eine große, theoretische Thematik mitten in die Praxis und zeigt auf, dass professionell Pflegenden tagtäglich mit kleinen sowie großen Entscheidungen konfrontiert werden, für die eine ethische Reflexion unabdingbar ist.

Gerade in Zeiten unzureichender personeller Ressourcen, ungenügender Arbeitsbedingungen und Zeitmangel in der Pflege steht Fachpersonal jeden Tag vor Fragen der Priorisierung. Herr Lay zitiert in seinem Buch Marianne Arndt, welche bereits im Jahr 2000 (!) aussprach, was bis heute nicht an Relevanz und Aktualität verloren hat: Obwohl Deutschland ein wohlhabendes Land ist, ist unser Gesundheitssystem an vielen Stellen

unzureichend finanziert, aus heutiger Sicht sogar marode. Arndt hinterfragte den Stellenwert von Gesundheit für die Politik schon damals. Und auch heute spielen Gesundheit und Pflege wieder eine nachgeordnete Rolle in den Wahlprogrammen – mit Blick auf die fortschreitende demografische Entwicklung ein gravierender Fehler.

Vor diesem Hintergrund spielt die Fähigkeit zur ethischen Reflexion aus zwei Gründen eine zentrale Rolle: Zum einen brauchen Pflegefachpersonen zunehmend das Handwerkzeug in der Praxis, um mit den wachsenden Widersprüchen professionell umgehen zu können. Zum anderen ermöglicht das Bewusstsein für ethische Problemstellungen beruflich Pflegenden, Missstände zu erkennen und zu benennen. Dies schafft Argumentationsgrundlagen für berufspolitische Forderungen und hat das Potenzial, die nötige Energie freizusetzen, sich als Berufsgruppe gegen Strukturen zu wehren, die uns und die uns anvertrauten Menschen zunehmend in belastende Situationen bringen.

Herr Lay liefert nicht nur eine Handreichung für ethisch reflektiertes Handeln, sondern auch eine treffende Analyse der vielschichtigen Herausforderungen des Pflegeberufs aus heutiger Sicht. Er beschränkt sich nicht auf die Schilderung von Herausforderungen, sondern stellt mit seinem Buch neben zahlreichen Möglichkeiten für ethische Bildung vielfältige praktische Ansätze zur Verfügung, ethisch fundiertes Denken und reflektiertes mutiges Handeln im Pflegeberuf zu stärken.

Ich empfehle das Buch uneingeschränkt, insbesondere denjenigen, die mit der Lehre in den verschiedenen Bereichen der Pflegebildung betraut sind, darüber hinaus aber auch für Management, Wissenschaft und jede Pflegefachperson, die interessiert

ist an einem umfassenden Werk, das schwierige Problemstellungen im Kontext der Pflege verständlich erklärt und besser handhabbar macht.

Eine Rezension von Hannah Igl
Mitglied der Externen Kommunikation,
Pflegegewerkschaft BochumerBund
hannah.igl@bochumerbund.de

Marika Stern

Am Ende wird das Meer in dir blau sein!

Roman, Selbstverlag
Illustrationen von Brit vom Stein
www.demens-einweginsleben.de,
25,00 €



Frontotemporale Demenz. Als die Diagnose bei meiner Frau 2017 gestellt wird, liegen verstörende und kräftezehrende Jahre hinter uns. Jahre, es mögen 7 gewesen sein, die ich als zunehmende Entfremdung und Entleerung unserer Zweisamkeit erlebt habe. Jahre, in denen unsere Paarbeziehung und unser gemeinsames Leben immer mehr zusammenbrachen, bis sie schließlich fast aufhörten zu existieren.

Wie meine Frau diese Jahre erlebt hat, was sie fühlte, konnte sie mir nicht sagen. Sie verlor die Fähigkeit zu denken und sich in Worten auszudrücken und damit auch die Möglichkeit, Gefühle wahrzunehmen und zu äußern. Sie verließ unsere gewohnte Welt. Wohin sie ging, wusste ich nicht.

Der Mensch, mit dem ich gelebt und den ich geliebt hatte, mit dem ich alt werden wollte verschwand unauffhaltsam. Der Mensch, der an meiner Seite lebte, war schroff, abweisend, oft verletzend und fremd. Alles, was wir waren und glaubten zu sein, war nicht mehr spürbar. Mein Schmerz über diesen Verlust war unsagbar und ich glaubte ihn zeitweise nicht mehr zu ertragen. Trotzdem blieb ich und hielt durch – versuchte verzweifelt zu halten, was nicht zu halten war, um wenigstens noch **etwas** zu behalten, auch wenn es einer leeren Hülle glich.

Ein Jahr, nach der Diagnose, 2018, gab ich diesen Kampf auf. Der bloße Alltag war für uns nicht mehr zu bewältigen. Ich war am Ende meiner Kraft. Marie zog in ein Altenheim.

Ihre Begleitung und Pflege blieben auch dort eine Herausforderung für alle. Und obwohl man mir von allen Seiten riet, mein eigenes Leben zu leben, ging ich jeden Tag zu ihr und blieb für viele Stunden. Ich konnte und wollte nicht glauben, dass wir die Verbindung zueinander vollkommen verloren hatten. Deshalb suchte ich mit aller meiner Kraft ETWAS, das nicht vergehen konnte, das nicht an diesen Körper gebunden und durch ihn begrenzt ist.

Und tatsächlich geschah es immer wieder, dass sich uns diese Dimension öffnete. Wir erlebten ein tiefes und letztes Erkennen in unserer „Augen Blick“ als Einssein unserer Seelen. Ein unfassbarer Trost! Wenn Marie sang, konnte es geschehen, dass ich in ihrer Stimme den Gesang ihrer Seele hörte. Dieses Erleben war reine Seligkeit und pure Schönheit. Und obwohl Marie nicht mehr denken konnte, schrieb sie Worte und malte Bilder in denen Wesentliches mitgeteilt wurde. Zutiefst berührende Ereignisse! Diese Energie, die sich da

ausdrückte und zeigte, war reine Liebe, nicht gebunden an Raum und Zeit und nicht an Person und Geschichte. Bewusstsein jenseits von Körper und Geist.

Der Alltag blieb ein Ringen. Und doch wurde am Ende, ganz am Ende „das Meer in uns blau“. Diese Botschaft hat Marie etwa 4 Wochen, bevor sie im März 2020 ihren Körper endgültig verließ, aufgeschrieben.

Sie ging in meinem Beisein, leicht, friedvoll und in vollem Einverständnis. Die Liebe, die wir in diesen „AugenBlicken“ - auch im Allerletzten - erfahren haben, ist geblieben, sie kann nicht sterben, ist sie doch die Essenz allen Seins. In ihr sind und bleiben wir ewig verbunden. So wurde der Weg durch die Demenz für uns zum Tor ins Leben.

Diese Erfahrung habe ich in meinem Buch „DeMens – ein Weg ins Leben“ beschrieben.

Auf meiner Homepage gebe ich einen ausführlichen Einblick in den Inhalt und die Gestaltung des Buches. Dort kann es auch bezogen werden.



*Marike und Marie Stern
zwei Tage vor Mariens Tod*

Ich freue mich, wenn Sie uns besuchen:

www.demens-einweginsleben.de

Von Herzen! Marike Stern

Birgit Palzkill

Nicht binär leben

w_orten & meer, Hiddensee
2024, 240 Seiten, 15,00€,
ISBN 978-3-945644-46-1



Wie kann man nicht-binär in einer weitgehend zweigeschlechtlich organisierten Gesellschaft leben? Birgit Palzkill eröffnet hier Zugänge. Möglichkeiten und Herausforderungen werden gleichermaßen deutlich. Birgit Palzkill lebt selbst nicht-binär und setzt sich seit mehreren Jahrzehnten in Pädagogik und Sport dafür ein, dass Akzeptanz für Menschen unterschiedlicher Voraussetzungen und Lebenswege gefördert wird. Palzkill ist Berater*in und Fortbildner*in.

Geschlechtliche Nicht-Binarität ist bis heute gesellschaftlich kaum Thema. Es könnte anders sein, da noch im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert es zur gesellschaftlichen Selbstverständlichkeit gehörte, dass jeder Mensch sowohl weibliche als auch männliche Merkmale in sich vereinige. Die Sexualpädagogik der Nazis markierten den Abbruch. Nun sollte ein „Mann richtig Mann sein“, eine „Frau richtig Frau sein“. Geschlecht und Sexualität wurden unter den Nazis nicht im Sinne eigener individueller Integrität und Selbstbestimmung gesehen, sondern in Richtung einer „Nation“ und eines bevölkerungsreichen „starken Volks“ instrumentalisiert. Egal ob selbstbestimmt oder durch Vergewaltigung entstanden – für die deutschen Nazis zählte das „arische Kind“; Vergewaltigung war ein legitimes Mittel, um zu ihm zu gelangen.

Binartität war auch nach 1945 fix – sowohl in der BRD und Westberlin als auch in der DDR. Fortpflanzung blieb der Zweck, auf den Geschlechter ausgerichtet waren. Sich geschlechtlich anders zu verorten, blieb schwierig und mit Hürden verbunden.

Von diesen Hürden berichtet das Buch „Nicht binär leben“ durch die Generationen. Es beginnt – erfreulich – bei der älteren Generation. Lindy, 62 Jahre, stellt die Herausforderungen dar, die sich in ihrer*seiner Biografie zeigten. Der Umgang der Eltern wird deutlich, Schikanen durch Peers in der Jugendzeit – zugleich ein empowernder eigener Weg.

So funktioniert das ganze Buch: Es ist anschaulich, pädagogisch gut aufgearbeitet und lesbar und skizziert entlang von Biografien Hürden aber auch Katalysatoren für eine nicht-binäre Entwicklung. Die Befragten sind dabei über 60 Jahre alt oder auch Mitte 20 – entsprechend werden generationale Veränderungen deutlich. Klar wird, dass Geschlecht jeweils spezifisch in der gesellschaftlichen Situation und der konkreten sozialen Umgebung wirkt – und entsprechend verschiedene Ausschlüsse von den Akteur*innen wahrgenommen werden. Und sie bahnen sich jeweils spezifisch den Weg.

Insgesamt wird entlang von vier Interviews Nicht-Binartität praxisnah skizziert, wobei insgesamt 17 Interviews dem Buch zugrunde lagen. Die Wahrnehmungen und individuellen Entscheidungen sind entsprechend vielgestaltig. Spezifische Einblicke in Lösungsstrategien werden möglich.

Zu Nicht-Binartität existieren derzeit noch kaum aktuelle Arbeiten. Wenn sich auch Wilhelm von Humboldt und Magnus Hirschfeld sowie zahlreiche Zeitgenoss*innen des 19. und des frühen 20. Jahrhunderts sicher waren, dass jeder Menschen „weiblich-und-männlich“ zugleich seien, so trat diese

Perspektive nach der Machtübertragung der Konservativen an die Nazis (wir erinnern uns: zur letzten freien Wahl hatte Adolf Hitlers NSDAP „nur“ 33,1%, die Konservativen hieften ihn an die Macht) zurück. Auch nach 1945 dominierte die binär-geschlechtliche Perspektive, andere Lebensrealitäten waren kaum artikulierbar.

Dennoch waren sie da. Mit dem Buch von Birgit Palzkill kommen die verschiedenen Perspektiven generationenübergreifend zur Sprache. Die jeweils spezifischen Herausforderungen und Möglichkeiten werden deutlich – biografisch unterlegt.

Insgesamt handelt es sich um einen leichtgängigen und praxisnahen Zugang zu geschlechtlicher

Nicht-Binartität. Die Beschreibungen sind nicht abstrakt, sondern gehen jeweils von Erfahrungen aus. Durch diesen Aufbau ist das Buch gerade für sozialarbeiterische und pädagogische Handlungsfelder besonders brauchbar – und nutzbar.

Eine Rezension von Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß





STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

**Zukunft gestalten –
im Leben und darüber hinaus**

Informationen zu den Themen Testament und gemeinnütziges Vererben

Bestellen Sie die kostenlose Broschüre mit Mustertexten, Checklisten und heraustrennbaren Formularen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Telefon: 05241 9770-52 oder
E-Mail: testament@schlaganfall-hilfe.de
Website: schlaganfall-hilfe.de/testament




Zum Bestellformular

Impressionen Mabuse-Party

18.01.2025, Stalburg Frankfurt



Danke an alle, die mitgefeiert haben!



Dr. med. Mabuse

Auf Rezept: Gutes für Geist & Seele

Oder: Ein Abschluss zum Wohlfühlen +++

„Erste Hilfe“ zur Selbsthilfe

→ Die mentale Playlist

Haben Sie eine Liste mit 3 Erinnerungen, die Sie glücklich machen (z. B. ein schöner Urlaubsmoment, ein witziges Erlebnis). Rufen Sie eine dieser Erinnerungen bewusst ab, wenn der Tag stressig ist – das hilft dem Gehirn, Gelassenheit zu aktivieren.

→ Der Eisbären-Trick

Spüren Sie akuten Stress? Kühlen Sie Ihre Handgelenke oder den Nacken für 30 Sekunden mit kaltem Wasser. Das signalisiert dem Körper, runterzufahren – ähnlich wie ein kurzer Kältereiz in der Natur. Sofort erfrischt & konzentriert!

→ Der Duft-Booster

Düfte wirken direkt auf unser Nervensystem. Ein Tropfen Zitronen- oder Pfefferminzöl auf das Handgelenk oder ein Taschentuch kann erfrischen und die Konzentration steigern. Lavendel hilft hingegen bei Anspannung.

Lektorat auf vier Pfoten

Bürohund & Feelgood-Manager Ludwig nimmt seine Arbeit als Lektor der Dr. med. Mabuse-Redaktion sehr ernst – Ein prüfendes Schnüffeln hier, eine kritische Pfote dort – Qualitätssicherung auf höchstem Niveau!



Podcast-Tipp: Achtsamkeit für den Berufsalltag



Der Alltag im Gesundheitswesen ist oft stressig und herausfordernd. Der Podcast „Achtsamkeit leben – Dein Podcast mit Peter Beer“ bietet praktische Impulse, geführte Meditationen und alltagstaugliche Übungen und hilft, mehr Gelassenheit, innere Ruhe und Resilienz zu entwickeln.

Besonders im hektischen Alltag von Gesundheitsfachkräften bietet er wertvolle Werkzeuge, um Stress besser zu bewältigen, bewusst durch den Tag zu gehen und sich selbst nicht aus den Augen zu verlieren. Die kurzen Episoden (max. 20 Min.) lassen sich ideal in Pausen oder den Feierabend integrieren.



Herausgeber

Prof. Dr. Andreas Lauterbach
andreas.lauterbach@hpsmedia-verlag.de

Redaktion und Layout

Anna Lausenmayer & Franziska Reuther
anna.lausenmayer@hpsmedia-verlag.de

Marketing und Anzeigen

Franziska Reuther
franziska.reuther@hpsmedia-verlag.de

Abo-Service

Inken Veith
Tel.: +49 (0) 6402 7082-660
Fax: +49 (0) 6402 7082-669
inken.veith@hpsmedia-verlag.de

Helpdesk

<https://www.hpsmedia-verlag.de/helpdesk>

Manuskriptzentrale

Manuskripte können unter
www.hpsmedia-verlag.de/manuskriptzentrale
eingereicht und eingesehen werden.



www.hpsmedia-verlag.de
www.zeitschrift-mabuse.de
www.zeitschrift-geschichte.de
www.zeitschrift-paedagogik.de
www.zeitschrift-pflegewissenschaft.de
www.lernwelten.info
www.carelit.de

hpsmedia GmbH
Postfach 1155
D-35406 Hungen
Sitz der Gesellschaft: Hungen
Amtsgericht Gießen HRB 106942
Geschäftsführer: Dr. Andreas Lauterbach
Steuernummer: 02023592989
USt-IdNr.: DE268903302

Journal

Seit über 40 Jahren sorgt Dr. med. Mabuse, die Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, für einen anderen Blick auf die Gesundheits- und Sozialpolitik! Dr. med. Mabuse soll ein Forum für Beiträge und Debatten sein, die alle Gesundheitsberufe betreffen. Wir möchten erreichen, dass Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, miteinander darüber ins Gespräch kommen, wie ihre Arbeit, die Versorgung der Patient:innen und das Gesundheitswesen als Ganzes besser und zufriedenstellender gestaltet werden können.

Pro Jahr erscheinen 4 Hefte mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen. Die Nutzung der Online-Ausgabe umfasst das komplette Archiv ab Ausgabe 1-1976.

Datenbanken

Dr. med. Mabuse ist in CareLit geführt.

ISSN: 0173-403X

Erscheinungsweise: 4 Ausgaben/Jahr

Online-Archiv:
www.zeitschrift-mabuse.de

Verlag:
hpsmedia GmbH, Postfach 1155, D-35406 Hungen

Alle Rechte vorbehalten. Alle Inhalte (Texte, Bilder, Animationen) sowie deren Anordnung unterliegen dem Schutz des Urheberrechtsgesetzes und anderer Schutzgesetze. Die Inhalte dürfen nur im Rahmen der Schrankenbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes vorbehaltlich weiterer anwendbarer Gesetze ohne vorherige schriftliche Zustimmung der hpsmedia GmbH genutzt werden. Sollten Sie daran interessiert sein, Artikel und Grafiken zu gewerblichen Zwecken in Ihr Online-Angebot zu übernehmen, in einem Newsletter zu veröffentlichen oder nachzudrucken, setzen Sie sich bitte vorher mit uns in Verbindung. Bildquellen und Rechte: Hpsmedia GmbH, Pixelio, Adobe Stock, Fotolia, Autor*innen, privat. Fernleihe zu nicht kommerziellen Zwecken durch die Bibliotheken ist gestattet, sofern es sich nicht um einen automatisierten Austausch von Daten oder ganzen Datenbanken handelt, sondern die Fernleihe im Rahmen eines einzelfallbezogenen zu bearbeitenden Bestellvorganges erfolgt.

FUTURE SKILLS

Zukunftskompetenzen für Lehrende und Lernende in Gesundheitsberufen



Jetzt
Beiträge
einreichen!

CALL FOR ABSTRACTS

In einer sich rasant verändernden Welt sind Future Skills für Angehörige der Gesundheitsberufe, für Lehrerinnen und Lehrer an Berufs- und Hochschulen und für anleitende Personen in der Berufspraxis von immenser Bedeutung. Auf dem Lernweltenkongress sollen die Notwendigkeit und der Einfluss von Future Skills und ihre Einbettung in die berufliche Identität beleuchtet sowie konkrete Empfehlungen zur Entwicklung der damit assoziierten Fähigkeiten gegeben werden. Die Entwicklung von Future Skills kann als eine Chance gedeutet werden, die berufliche Identität der Lernenden und Lehrenden zu konturieren und die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsberufe zu stärken. Insbesondere die Digitalisierung aller Lebensbereiche und die tiefgreifenden Veränderungen der Lebenswelt (junger Menschen) fordern die (berufliche) Bildung heraus, zwei Kernaspekte von Future Skills zu betrachten:

- Literacy (Digital Literacies wie z.B. Digitale Ethik; Wissensmanagement; kritisches Denken).
- Lebenskompetenz (Achtsamkeit, Kreativität, Nachhaltigkeit, Eigenverantwortung, Entscheidungskompetenz).

Abstracts sollen sich einer der folgenden Ebenen zuordnen lassen. Diesen Ebenen kommen zentrale Bedeutungen zu, da sie als kollektiver Handlungsrahmen zur Entwicklung der Zukunftskompetenzen dienen:

- Mikroebene: Individuelle Entwicklung
- Mesoebene: Bildungsinstitutionen und organisatorische Strukturen
- Makroebene: Politische und gesellschaftliche Einflüsse
- Exoebene: Indirekte Umwelteinflüsse

EINREICHUNG VON ABSTRACTS

Beiträge können in folgenden Formaten eingereicht werden:

- Workshop: 90-minütiger Workshop
- Markt der Möglichkeiten: 5-minütige Kurzpräsentation auf dem Markt der Möglichkeiten inkl. Präsentationstisch und Stellwand
- Poster: 5-minütige Präsentation inkl. Posterwand im Rahmen der Posterausstellung
- Präsenz-Vortrag: 30-minütiger Vortrag vor Ort
- Pre-Content: 15-minütiger digitaler Vortrag auf der Online-Kongressplattform

Weitere Informationen zu den jeweiligen Formaten sind auf der Kongresswebsite www.lernwelten.info verfügbar.

Einreichungen sind ausschließlich online bis 30. März 2025 möglich. Alle Einreichungen werden durch den wissenschaftlichen Vorstand begutachtet. Die Entscheidung über die Annahme erfolgt bis 30. April 2024. Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!

RAHMENBEDINGUNGEN

- Abstract-Länge: Maximal zwei Seiten A4, Word-Format
- Sprache: Deutsch
- Deadline für Einreichung: 30. März 2025
- Einreichungsformular: <https://abstracts.lernwelten.info>

ZIELGRUPPE

Der Kongress richtet sich an Lehrer:innen, Wissenschaftler:innen, Studierende, Entscheidungsträger:innen, Praktiker:innen aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich sowie alle Interessierten, die zu einer zukunftsfähigen Bildungslandschaft beitragen möchten.

ZIELE DES KONGRESSES

Der Lernwelten-Kongress 2025 bringt Akteur:innen aus Bildung, Wissenschaft und Praxis zusammen, um innovative und zukunftsweisende Ansätze zu entwickeln. Durch interaktive Formate möchten wir den Austausch zwischen Theorie und Praxis fördern und zur Stärkung beruflicher Identifikation sowie gesellschaftlicher Verantwortung beitragen.

Wo finde ich Literatur für Gesundheitsberufe?




Wissen startet mit der richtigen Quelle:

hpsmedia
CareLit®
Die Online-Bibliothek
für Gesundheitsberufe

 Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie,
Ernährung, Logopädie, Geburtshilfe & mehr

 über 380 deutschsprachigen
Fachzeitschriften & hunderte Fachbücher

 Tagesaktuelle Literatur

 Eine Plattform – alle Endgeräte

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.carelit.de

