

Bachelorarbeit

**Altern unter dem Regenbogen –
Die Pflege von älteren Personen der LGBTQ+
Community**

eingereicht von

Patricia Böhm

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Gerhilde Schüttengruber, BSc MSc

Graz, 19.03.2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 19.03.2020

Patricia Böhm, eh.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Zusammenfassung.....	VI
Abstract	VII
1. Einleitung	1
1.1. <i>LGBTQ+</i>	<i>2</i>
1.2. <i>Homophobie, Heterosexismus, Heteronormativität</i>	<i>3</i>
1.3. <i>Alter</i>	<i>3</i>
1.4. <i>Pflegerelevanz</i>	<i>4</i>
1.5. <i>Forschungsziel/Forschungsfrage</i>	<i>5</i>
2. Methode	6
2.1. <i>Suchprozess</i>	<i>6</i>
2.2. <i>Suchergebnisse</i>	<i>7</i>
2.3. <i>Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).....</i>	<i>9</i>
3. Ergebnisse	10
3.1. <i>Charakteristika der Studien</i>	<i>10</i>
3.2. <i>Bedürfnisse</i>	<i>17</i>
3.2.1. <i>Umgebung.....</i>	<i>17</i>
3.2.2. <i>Personal</i>	<i>19</i>

3.2.3. Sich outen	21
3.3. Herausforderungen.....	23
3.3.1. (Nicht-)Offenbarung der Sexualität oder Geschlechtsidentität	24
3.3.2. (In-)Adäquates Training	25
4. Diskussion	28
5. Empfehlungen für die Forschung	34
6. Empfehlungen für die Praxis	35
7. Schlussfolgerung	36
8. Literaturverzeichnis	37
9. Anhang	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Moher et al. 2009).....	8
---	---

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie.....	6
Tabelle 2: Charakteristika der Studien.....	11

Zusammenfassung

Hintergrund: In den USA zählen 4,5% der Bevölkerung zur LGBTQ+ Community, davon sind 7% über 65 Jahre alt und es wird angenommen, dass sich diese Zahl bis zum Jahre 2030 verdoppeln wird. Für Österreich kann von einer Ähnlichkeit der Zahlen ausgegangen werden. Ältere Personen der LGBTQ+ Community sind von einer doppelten Diskriminierung, aufgrund des Alters („Ageism“) und der sexuellen und geschlechtlichen Identität, betroffen. Zusätzlich sind sie von einer Unsichtbarkeit betroffen, welche Auswirkungen auf den Zugang zu Gesundheits- und Krankenpflegediensten hat. Deshalb hat diese Personengruppe spezielle Bedürfnisse und mit zusätzlichen Herausforderungen in Bezug auf Pflegedienstleistungen zu kämpfen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, anhand internationaler Literatur, die speziellen Bedürfnisse von älteren Personen der LGBTQ+ Community, sowie die Herausforderungen in der Pflege dieser, aufzuzeigen.

Methode: Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum Oktober bis November 2019 in den Datenbanken CINAHL, PubMed und ISI Web of Knowledge mittels entsprechender Schlüsselwörter durchgeführt. Von insgesamt 398 Studien, blieben nach dem Screening 13 Volltexte bestehen. Zusätzlich wurden 2 passende Quellen mittels Handsuche identifiziert und somit wurden 15 Volltexte kritisch bewertet.

Ergebnisse: Die Bedürfnisse der älteren LGBTQ+ Personen können anhand drei Unterkategorien, Wünsche bezüglich der Umgebungsfaktoren, des Personals und des Outings, beschrieben werden. Die Herausforderungen in der Pflege werden mit zwei Unterkategorien aufgezeigt, welche (Nicht-)Offenbarung der Sexualität oder Geschlechtsidentität und (In-)Adäquates Training sind. Allen Kategorien liegt die Angst vor Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung zu Grunde.

Schlussfolgerung: In der Pflege und Betreuung von älteren LGBTQ+ Personen ist es wichtig sich der speziellen Bedürfnisse und Herausforderungen bewusst zu sein und diesbezüglich wird eine bessere Sensibilisierung benötigt.

Schlüsselwörter: LGBTQ+, older people, care

Abstract

Background: In the USA, 4,5% of the population belongs to the LGBTQ+ community, of which 7% are over 65 years old and this number is expected to double by 2030. The data for Austria is expected to be similar. Older people in the LGBTQ+ community face double discrimination based on age (“Ageism”) and sexual and gender identity. In addition, they are affected by an invisibility which has an impact on their access to health and nursing services. Therefore, this group of people has special needs and faces additional challenges in terms of care services.

Aim: The aim of this work is to use international literature to highlight the special needs of older people in the LGBTQ+ community and the challenges of caring for them.

Method: The literature search was carried out between October and November 2019 in the databases CINAHL, PubMed and ISI Web of Knowledge using appropriate keywords. Of a total of 398 studies, 13 full texts remained after the screening. Additionally, 2 matching sources were identified by hand search and thus 15 full texts were critically evaluated.

Results: The needs of older LGBTQ+ people can be described by three sub-categories, wishes regarding environmental factors, staff and outings. The challenges in care are shown with two subcategories, which are (non-)disclosure of sexuality or gender identity and (in-)adequate training. All categories are based on the fear of discrimination, stigmatisation and exclusion.

Conclusion: In the care of elderly LGBTQ+ people it is important to be aware of the special needs and challenges. Regarding to this topic, better awareness is needed across healthcare providers.

Keywords: LGBTQ+, older people, care

1. Einleitung

In den USA zählen sich 4,5% der Bevölkerung zur LGBTQ+ Community, davon sind 7% über 65 Jahre alt (UCLA School of Law ‚Williams Institute‘ 2019). Es wird angenommen, dass sich diese Zahl bis zum Jahre 2030 verdoppeln wird (Choi & Meyer 2016). In Europa identifizieren sich 5,9% als LGBTQ+, darunter sind 6,2% Österreicher (Dalia Research 2016). Das Alter wurde bei dieser Studie nicht genau erhoben und es sind auch keine genaueren Zahlen für Österreich vorhanden. Doch sowohl die USA als auch Österreich zählen zu den westlichen Industrieländern und es kann somit von einer Ähnlichkeit der Zahlen mit den USA in Österreich ausgegangen werden.

Ältere Personen der LGBTQ+ Community sind von einer doppelten Stigmatisierung betroffen: aufgrund des Alters und den damit einhergehenden Stereotypen, und aufgrund der sexuellen oder geschlechtlichen Identität (Okpodi & Okhakhu 2018). Diese Altersdiskriminierung („Ageism“) erfahren ältere LGBTQ+ Personen nicht nur in der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch innerhalb der LGBTQ+ Gemeinschaft, wodurch sich die älteren LGBTQ+ Personen oft nicht dazugehörig und unsichtbar fühlen können (Redman 2012). Ist eine Person älter und identifiziert sich als LGBTQ+, so sind diese Personen sozusagen „doppelt unsichtbar“. Es kann von einer unsichtbaren Minderheit innerhalb einer Minderheit gesprochen werden (Higgins et al. 2011).

Für viele der älteren LGBTQ+ Personen, ist sich selbst unsichtbar zu machen, indem sie ihre sexuelle und geschlechtliche Identität verbergen, ein notwendiger Schutz gegen Diskriminierung und Gewalt. Diese Unsichtbarkeit hat jedoch Folgen für den Zugang zu Gesundheits- und Krankenpflegediensten (Peisah et al. 2018). Dadurch hat diese Personengruppe spezielle Bedürfnisse und mit zusätzlichen Herausforderungen zu kämpfen. Aus Angst vor Diskriminierung und Verurteilung in Bezug auf das Alter und ihre Sexualität oder Geschlechtsidentität (SAGE 2014). Hinzu kommt, dass LGBTQ+ Identitäten normalerweise eher mit Jugendlichkeit als mit Altern in Verbindung gebracht werden, was zu der Wahrnehmung der Gemeinschaft führt, dass ältere Menschen keine Sexualität beziehungsweise kein Sexuelleben besitzen. Diese Altersdiskriminierung sowie das wahrgenommene

Bedürfnis vieler LGBTQ+ Personen, unsichtbar zu bleiben, bedeutet, dass viele Anbieter von Pflegedienstleistungen für ältere Menschen, sich ihrer LGBTQ+ Klienten nicht bewusst sind (Peisah et al. 2018).

Nachfolgend werden in diesem Kapitel, die für diese Arbeit relevanten Definitionen aufgezeigt.

1.1. LGBTQ+

Der Begriff „LGBTQ“ bezeichnet eine Abkürzung für „lesbian, gay, bisexual, transgender and queer“ (zu Deutsch: lesbisch, schwul, bisexuell, transgender und queer) und wird benutzt, um die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität einer Person zu beschreiben (Lesbian & Gay Community Services Center 2019).

„Queer“ wurde ursprünglich als abwertende Bezeichnung verwendet. Inzwischen ist dieser Term ein Überbegriff geworden, der die unzähligen Arten beschreibt, wie LGBTQ+ Personen, Kategorisierungen in Bezug auf das Geschlecht und Sexualität ablehnen, um auszudrücken, wer sie wirklich sind. Personen, die sich als „queer“ identifizieren, nehmen Identitäten und sexuelle Orientierungen außerhalb der heterosexuellen und geschlechtsspezifischen „mainstream“-Normen an. Oftmals wird das „q“ auch als „questioning“, also „in Frage stellend“, bezeichnet, welches Personen betrifft, die sich erst über ihre sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität klar werden müssen (Dastagir 2017).

Heutzutage werden auch die Abkürzungen „LGBT+“, „LGBT*“, „LGBTx“, „LGBTQIA“ oder „LGBTQQIA+“ verwendet, um auf eine deutlichere Darstellung der diversen Identitäten und Orientierungen zu erweitern. Das „i“ steht hierbei für „intersexual“ (intersexuell) und das „a“ für „asexual“ (asexuell) (Dastagir 2017; Nowakowski 2017). Intersexualität beschreibt eine Person, welche mit biologischen Geschlechtsmerkmalen geboren wurde, die aber traditionell nicht mit männlichen oder weiblichen Körpermerkmalen in Verbindung gebracht werden. Dieser Begriff bezieht sich weder auf die sexuelle Orientierung, noch auf die geschlechtliche Identität. Asexuell ist jemand, der wenig bis gar keine sexuelle Anziehung für jemand anderen verspürt (Gold 2018).

Das nachstehende Plus stellt eine Bezeichnung für all jenes dar, welches das Spektrum von Geschlecht und Sexualität noch betrifft, aber (noch) nicht mit Buchstaben oder Wörtern beschrieben werden kann (Gold 2018).

1.2. Homophobie, Heterosexismus, Heteronormativität

Weitere erklärensvalue Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit der LGBTQ+ Thematik wären Homophobie, Heterosexismus und Heteronormativität, welche sich in ihrer Definition weitestgehend ähneln. So kann Homophobie als irrationale, durch nichts begründbare „Angst“ vor homosexuellen Personen definiert werden, wobei es sich jedoch nicht um ein „Phobie“, also Angst, im eigentlichen Sinne handelt. Anstatt angstausslösende Situationen oder Personen zu meiden, begegnen „homophobe“ Personen diesen eher mit Aggressivität und suchen solche Menschen oft gezielt auf (Wilhelm o.J.).

Heterosexismus beschreibt die Annahme von Menschen, dass Heterosexualität sowohl die soziale als auch die kulturelle Norm darstellt (Centre 2012), sowie die Diskriminierung gleichgeschlechtlich liebender Menschen aufgrund ihrer sexuellen Identität (Wilhelm o.J.). Es ist ein System der Unterdrückung, welches nicht-heterosexuelle Verhaltensweisen und Identitäten diskriminiert (Dastagir 2017).

Die Tatsache, dass Heterosexualität in der Gesellschaft als „normal“ angesehen (Wilhelm o.J.) und automatisch angenommen wird, dass „jede“ Person heterosexuell ist (Dastagir 2017), wird mit Hilfe des Terminus Heteronormativität ausgedrückt. Dadurch sind LGBTQ+ Personen fast gezwungen sich als „anders“ wahrzunehmen und sich zu outen, wenn sie nicht möchten, dass ihr Umfeld irrtümliche Annahmen über ihre Persönlichkeit und Identität trifft (Wilhelm o.J.).

1.3. Alter

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der „Alterungsprozess“ vom „Prozess des Alterns“ zu unterscheiden. Der Alterungsprozess („normales Altern“) beschreibt die allgemeinen biologischen Veränderungen, die mit dem Alter auftreten und nicht durch Krankheiten und Umwelteinwirkungen beeinflusst werden.

Gegensätzlich dazu wird der Prozess des Alterns stark durch Auswirkungen von Umwelt-, Lebensstil- und Krankheitszuständen beeinflusst, welche wiederum mit dem Altern zusammenhängen oder sich damit verändern.

Definitionen, welche das Alter in Kategorien von „old“ (alt), „elderly“ (älter), „aged“ (gealtert) und „ageing“ (alternd) einteilen, sind keinesfalls universell anwendbar. Denn Alter ist ein von individuellen, kulturellen, länderspezifischen und geschlechtsspezifischen Umständen, abhängiger Begriff. Wann „alt sein“ beginnt kann für Geschlechter unterschiedlich sein, da die Lebensläufe zu den Altersübergängen beitragen (zum Beispiel der Eintritt in den Ruhestand).

Auch eine Einteilung aufgrund von Altersfortschritt und verminderter Körperkraft oder schlechter Gesundheit ist von Gebrauch. Demnach werden diese Personen in drei Kategorien eingeteilt, ausgehend vom physischen Zustand derer: „Recent old“ (Jüngere Alte), die noch aktiv sind und ohne Unterstützung normale Tätigkeiten ausüben; „Old“ (Alte), welche mit Schwierigkeiten arbeiten und daher weniger aktiv sind; „Very old“ (Sehr alte Personen), die nur schwer oder gar nicht im Haushalt arbeiten (können).

Üblicherweise wird eine chronologische Einteilung der Begriffe „älter“ oder „gealtert“ verwendet. Die UN liefert Zahlen sowohl für 60 als auch für 65 Jahre und älter. Die WHO verwendet definiert Personen ab dem 65. Lebensjahr als „Ältere Personen“ und ab dem 80. Lebensjahr als „Älteste Alte“. (WHO 2001)

1.4. Pflegerelevanz

Angesichts der lebenslang erfahrenen Diskriminierung, Gewalt und Belästigung haben LGBTQ+ Ältere oft schlechtere gesundheitliche Outcomes und dadurch ein höheres Risiko zu erkranken (Jacobson 2017). Laut einer Studie leiden 41% dieser Personen an einer Erkrankung physischer oder psychischer Art und 15% geben an, Angst zu haben einen Gesundheitsdienstleister aufzusuchen, was sich womöglich negativ auf deren Gesundheit auswirkt (Fredriksen-Goldsen, Karen I et al. 2011). 36% der älteren LGBTQ+ Personen geben an, dass ihre Gesundheitsdienstleister nichts von ihrer sexuellen Orientierung wissen (SAGE 2014). Dies ist jedoch wichtig, um eine ganzheitliche Pflege und Betreuung gewährleisten zu können.

Die sexuelle und geschlechtliche Identität ist ein wichtiger Aspekt der individuellen Persönlichkeit und Gesundheit eines Menschen und somit auch bedeutend für die Pflege und den gesamten Pflegeprozess, in dem der Mensch im Mittelpunkt steht und als ganzheitlich wahrgenommen wird. Die individuelle Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung eines Menschen sind wesentliche Bestandteile der Persönlichkeit (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. 2018). *Weder hetero- oder heterosexuelle noch homosexuelle Menschen können ihre Identität und die damit in Zusammenhang stehenden Lebensrealitäten „einfach ablegen“ (Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule in NRW Rubicon e.V. 2014).* Somit sind diese zentralen Persönlichkeitsanteile wichtig für die Pflege und Betreuung und müssen einbezogen werden, um kultursensibel pflegen zu können und somit jede Person mit seiner eigenen Biografie und seinen Erfahrungen wertzuschätzen (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. 2018).

1.5. Forschungsziel/Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist es, anhand internationaler Literatur, die speziellen Bedürfnisse von älteren Personen der LGBTQ+ Community, sowie die Herausforderungen in der Pflege dieser, aufzuzeigen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche speziellen Bedürfnisse haben ältere Personen der LGBTQ+ Community und welche Herausforderungen gibt es in der Pflege dieser?

2. Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage und zum Erreichen des Forschungszieles wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine kritische Zusammenfassung und Auswertung des Gesamtbestandes der vorhandenen Forschungsergebnisse zu einem Thema (Polit & Beck 2017).

2.1. Suchprozess

Im Zeitraum von Oktober bis November 2019 ist eine Literaturrecherche durchgeführt worden. Hierfür wurden zuerst die englischen Keywords „LGBTQ+“, „older people“, sowie „care“ definiert und des weiteren Synonyme benannt, welche zum besseren Überblick in Tabelle 1 mit der Suchstrategie veranschaulicht worden sind.

Die Keywords und Synonyme wurden mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft, und teilweise mit der Trunkierung „*“ erweitert. Diese Suchstrategie wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken „PubMed“ (Public Medical Literature Online), „CINAHL“ (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) und „Web of Science“ (ehemals: ISI Web of Knowledge), angewandt. Zur weiteren Eingrenzung der Suchergebnisse wurden in allen drei Datenbanken die Suche auf den Zeitraum 2009 bis 2019, sowie die Sprache auf Deutsch und Englisch, limitiert. Zusätzlich wurden in den Datenbanken „PubMed“ und „CINAHL“ die Filter „Humans“ „Aged: +65 years“ gesetzt. Nachfolgend Tabelle 1 mit der detaillierten Suchstrategie in allen Datenbanken.

Tabelle 1: Suchstrategie

PubMed	(((lgbt*[Title/Abstract] OR lgb*[Title/Abstract] OR glb*[Title/Abstract] OR lgbti*[Title/Abstract] OR lgbtq*[Title/Abstract] OR lesbian[Title/Abstract] OR gay[Title/Abstract] OR bisexual*[Title/Abstract] OR transgender[Title/Abstract] OR transsexual*[Title/Abstract] OR homosexual*[Title/Abstract] OR asexual*[Title/Abstract] OR intersexual*[Title/Abstract] OR pansexual*[Title/Abstract] OR "sexual minority"[Title/Abstract] OR "sexual minorities"[Title/Abstract] OR "gender minority"[Title/Abstract] OR "gender minorities"[Title/Abstract] OR "sexual[Title/Abstract] AND
--------	--

	gender minorities"[Title/Abstract] OR "same sex"[Title/Abstract] OR "non heterosexual"[Title/Abstract])) AND (old*[Title/Abstract] OR elder*[Title/Abstract] OR seniors[Title/Abstract] OR geriatric[Title/Abstract] OR aged[Title/Abstract] OR aging[Title/Abstract] OR ageing[Title/Abstract])) AND (care*[Title/Abstract] OR nurse*[Title/Abstract] OR nursing[Title/Abstract])
CINAHL	AB (lgbt* OR lgb* OR glb* OR lgbti* OR lgbtq* OR lesbian OR gay OR bisexual* OR transgender OR transsexual* OR homosexual* OR asexual* OR intersexual* OR pansexual* OR "sexual minority" OR "sexual minorities" OR "gender minority" OR "gender minorities" OR "sexual and gender minorities" OR "same sex" OR "non heterosexual") AND AB (old* OR elder* OR seniors OR geriatric OR aged OR aging OR ageing) AND AB (care* OR nurse* OR nursing)
Web of Science	TI= (lgbt* OR lgb* OR glb* OR lgbti* OR lgbtq* OR lesbian OR gay OR bisexual* OR transgender OR transsexual* OR homosexual* OR asexual* OR intersexual* OR pansexual* OR "sexual minority" OR "sexual minorities" OR "gender minority" OR "gender minorities" OR "sexual and gender minorities" OR "same sex" OR "non heterosexual") AND TI= (old* OR elder* OR seniors OR geriatric OR aged OR aging OR ageing) AND TI= (care* OR nurse* OR nursing)

2.2. Suchergebnisse

Basierend auf dieser Suchstrategie wurden in „PubMed“ 175, in „CINAHL“ 99 und in „Web of Science“ 124 Ergebnisse gefunden, also insgesamt 398 gefundene Studien. Diese wurden in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote X9 importiert und mittels diesem automatisch nach Duplikaten gesucht. Es wurden insgesamt 179 Duplikate erfasst und 96 entfernt, wodurch 302 Studien verblieben. Im nächsten Schritt wurden die Titel dieser Studien auf deren Tauglichkeit überprüft, wodurch 103 Studien herangezogen wurden, um deren Abstract zu überprüfen. Letztendlich blieben 29 Studien übrig, von denen der Volltext gelesen wurde, um diese auf die inhaltliche und thematische Eignung zu beurteilen.

Um die Einschlusskriterien zu erfüllen, mussten in den Studien die Bedürfnisse älterer Personen, die sich selbst zur LGBTQ+ Community zählen, behandelt

werden. Die befragten Personen, das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer oder zumindest ein Teil der befragten Personen musste mindestens 65 Jahre alt sein. So wurden auch Studien eingeschlossen, in welchen bereits über 50-jährige Menschen als ältere oder alte Personen bezeichnet worden sind. Darüber hinaus wurden auch Studien eingeschlossen, welche in dem oben genannten Kontext einen Bezug zur Pflege herstellten. Erfüllte eine Studie die Kriterien zur Beantwortung der gestellten Forschungsfrage nicht, wurde diese ausgeschlossen. Somit blieben 15 Volltexte bestehen, die mit Hilfe des Bewertungsbogens „MMAT“ (Mixed Methods Appraisal Tool) einer kritischen Bewertung unterzogen worden sind. Zusätzlich wurden noch 2 passende Quellen – ein Artikel aus einem Buch und ein Literaturreview – mittels Handsuche identifiziert.

Der gesamte Suchprozess wird nachstehend anhand eines Flowcharts dargestellt.

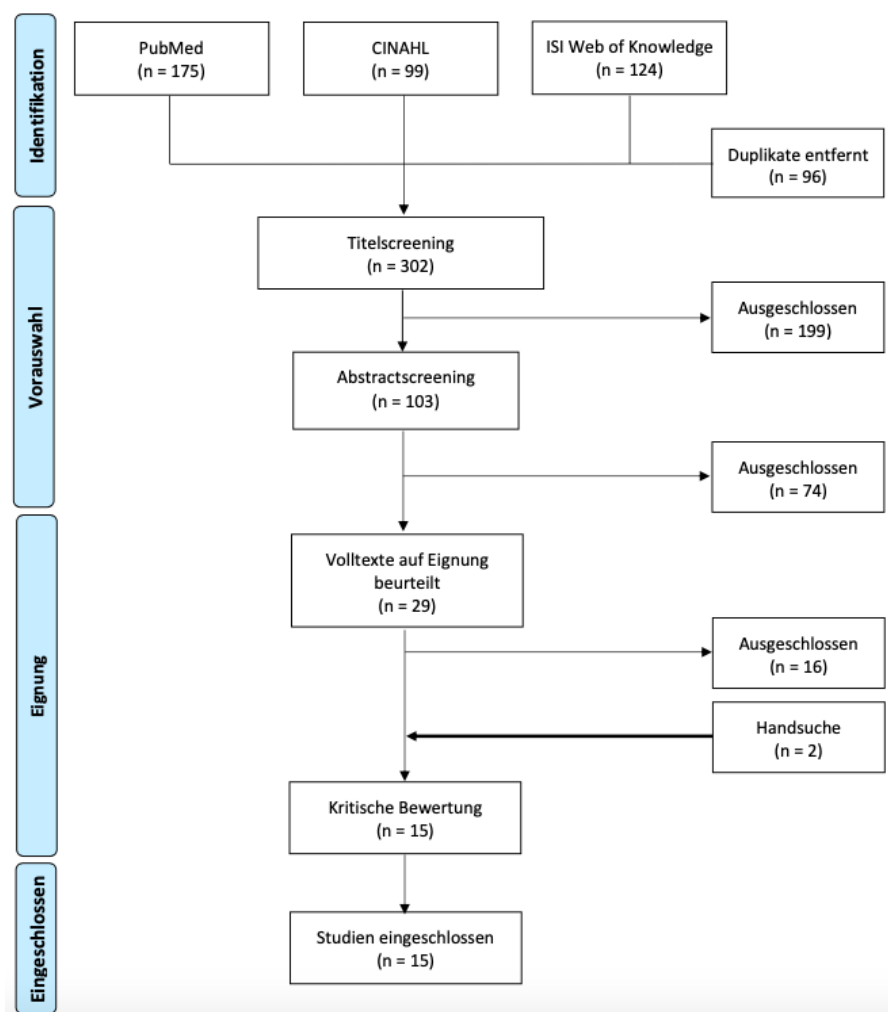


Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Moher et al. 2009)

2.3. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)

Der MMAT ist ein kritisches Beurteilungsinstrument, der für die Beurteilungsphase systematischer Reviews konzipiert ist, welche quantitative, qualitative und Studien mit gemischten, also sowohl qualitative als auch quantitative, Methoden beinhalten. Mit diesem kann die Qualität von Studien auf empirischer Basis bewertet werden. Dieses Instrument hat zwei Teile, die sich aus dem ersten Teil, der Checkliste, und dem zweiten Teil, der Erläuterung der Kriterien, zusammensetzen. Soll eine Studie einer Bewertung unterzogen werden, müssen zuerst die Screening-Fragen beantwortet werden, die beinhalten, ob eine Forschungsfrage klar definiert ist. Wird eine oder werden beide Fragen mit „Nein“ oder „Kann nicht festgestellt/gesagt werden“ beantwortet, so ist dies ein Zeichen dafür, dass es sich bei der Arbeit nicht um eine empirische Studie handelt und somit nicht mit dem MMAT bewertet werden kann. Danach ist jede Studie jeweils in eine der fünf Kategorien einzuordnen, je nachdem in welchem Design die zu bewertende Studie durchgeführt worden ist. Die fünf Kategorien sind: „Qualitative“, „Quantitative randomized controlled trials“, „Quantitative non-randomized“, „Quantitative descriptive“ und „Mixed methods“. Dort werden dann jeweils eigene Beurteilungskriterien bzw. -fragen angeführt, welche zusätzlich zu beantworten sind. (Hong et al. 2018)

3. Ergebnisse

Dieses Kapitel beinhaltet eine Tabelle zur Darstellung der inkludierten Studien, um eine bessere Übersicht der Ergebnisse darzulegen, sowie die Gliederung in Kategorien und Unterkategorien zur besseren Zusammenfassung der wichtigsten Resultate.

3.1. Charakteristika der Studien

Die eingeschlossenen Studien stammen aus den USA (n = 6), Kanada (n = 4), Australien (n = 1), Niederlande (n = 1), dem Vereinigten Königreich (n = 1), Irland (n = 1) und Neuseeland (n = 1), also aus sieben verschiedenen Ländern. Der Großteil der verwendeten Literatur waren Fokusgruppeninterviews. Alle Studien befassten sich mit älteren Personen, doch viele dieser inkludierten bereits Personen, welche 50 Jahre alt und älter waren. Trotzdem lag das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den inkludierten Studien bei mindestens 63 Jahren oder die Mehrheit der Personen war über 65 Jahre alt.

Zum besseren Überblick der Charakteristika folgt Tabelle 2.

Tabelle 2: Charakteristika der Studien

Autor/Jahr/Land	Ziel	Design/Methode	Sample	Ergebnisse
Boulé et al. 2019 Kanada	Untersuchung der Gesundheits- und Alterserfahrungen älterer LGBTQ Erwachsener, die in Ontario leben, und Ermittlung ihrer Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsbedürfnisse.	Qualitativ Semistrukturierte Fokusgruppeninterviews	21 LGBTQ Personen Alter: 60+ (M=67)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegedienste haben, die sensibel bezüglich der einzigartigen Bedürfnisse sind • Annahmen zu treffen vermeiden • Pflegeorganisationen sollten Maßnahmen durchführen, um Inklusion zu fördern • Barrieren vorhanden kompetente, inklusive, zugänglich Gesundheitsdienste zu erhalten
Butler, S 2017 USA	Herauszufinden, ob das Phänomen, dass fast alle Hauskrankenpflegerinnen Frauen sind, mögliche Spannungen für ältere lesbische Frauen mildert, die häusliche Pflegedienste in Anspruch nehmen.	Qualitativ Semistrukturierte Telefoninterviews	20 lesbische Frauen Alter: 65+	<ul style="list-style-type: none"> • Nur wenige wollten LGBTQ+ spezifische Einrichtungen • Präferenz von älterem, reiferem Personal • Grad des Outings ist fortlaufende Aufgabe • Risiko auf negative Konsequenzen wert, sich zu offenbaren? • Verslossenheit, um sich vor Homophobie zu schützen • LGBTQ+ Schulungen zur Förderung von kultureller Kompetenz
Czaja et al. 2016 USA	Vertiefte Informationen über die Belange lesbischer und schwuler älterer Menschen in Bezug auf das Altern und den Pflegebedarf zu sammeln.	Mixed Methods Fokusgruppen Fragebögen, Interviews	124 homosexuelle Männer und Frauen Alter: 50+ (M=65,7)	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Pflegepersonen, die sich um LGBTQ+ Personen kümmern • Fehlen von Wissen bezüglich der Bedürfnisse, Anliegen älterer LGBTQ+ Personen

				<ul style="list-style-type: none"> • Angst, sich zu outen aufgrund der Annahme von Diskriminierung und schlechtere Behandlung zu bekommen
Davis, T & Soka, AE 2016 USA				<ul style="list-style-type: none"> • Offenbarung und Nichtoffenbarung als Hindernis für adäquate Gesundheitsversorgung • Transparenz fördern, Nichtoffenheit reduzieren • Faktoren, die Hindernisse bilden durch Heterosexismus und Homophobie • Wahrnehmung von Unsichtbarkeit → schwierig, Anliegen der LGBTQ+ Älteren zu erkennen • Fachkräfte müssen kulturell kompetente Pflege bezüglich LGBTQ+ Themen lernen/anbieten • Angemessene Schulung kann dazu beitragen, Barrieren abzubauen
Fredriksen-Goldsen et al. 2014 USA				<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche, berufliche Einstellungen zur sexuellen Orientierung/Geschlechtsidentität kritisch hinterfragen • Wege verstehen, wie größere kulturelle Kontexte negative Auswirkungen auf LGBTQ+ Ältere haben • Unterscheidung von Ähnlichkeiten/Unterschieden innerhalb der Untergruppen LGBTQ+ Älterer • Adäquater Sprachgebrauch im Umgang mit älteren LGBTQ+ Personen

				<ul style="list-style-type: none"> • Sensibler Einsatz für ältere LGBTQ+ Personen
Furlotte et al. 2016 Kanada	Beschreiben von Erwartungen, Bedenken und Bedürfnissen in Bezug auf Langzeitpflegeheime und häusliche Pflegedienste	Qualitativ Interviews	12 lesbische und schwule Paare Alter: 39+ (M=63,6) → mindestens 1 Partner jedes Paares war mindestens 50 Jahre alt	<ul style="list-style-type: none"> • Sowohl als gleich als auch als einzigartig behandelt werden • Sich wohl mit Gesundheitsdienstleister zu fühlen und umgekehrt • Personal soll Toleranz und Akzeptanz zeigen • Wichtig, homosexuelle Identität beizubehalten • Bedürfnis, als Partner in Beziehung erkannt zu werden
Grigorovich, A. 2015 Kanada	Auswirkungen der sexuellen Minderheitenidentität auf die Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit Gesundheits- und Hauspflegepersonal besser zu verstehen	Qualitativ Semistrukturierte Interviews	16 homo-/bisexuelle Frauen Alter: 55+	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung zum Outing → 85% der alleine Lebenden outeten sich gegenüber HKP; HKP nahm Heterosexualität an; Bedürfnis sich zu outen aufgrund Beziehungsstatus • Negative Reaktion aufs Outing → meisten outeten sich nicht • Immer wachsam sein, Reaktionen beobachten zu müssen bezüglich des Outings
Grigorovich, A. 2016 Kanada	Herauszufinden, wie ältere lesbische und bisexuelle Frauen, die häusliche Pflegedienste in Anspruch nehmen, "Pflegetqualität" definieren.	Qualitativ Einzelfallstudie Semistrukturierte Interviews	16 homo-/bisexuelle Frauen Alter: 55+	<ul style="list-style-type: none"> • PP sollten aufmerksam bezüglich der Bedürfnisse sein • Pflege mit Fokus auf sie und deren Wünsche • PP sollen Aufmerksamkeit zeigen, indem sie lernen wie sie gepflegt werden sollen

				<ul style="list-style-type: none"> • PP sollen sich wohlfühlen LGBTQ+ Personen zu pflegen
Kushner et al. 2013 Neuseeland	Erfahrung bezüglich des Alterns von schwulen Männern in Neuseeland im Alter von 65 Jahren zu erforschen	Qualitativ Semistrukturierte Interviews	12 schwule Männer Alter: 65+	<ul style="list-style-type: none"> • LGBTQ+ orientierte HKP/Langzeitpflegeeinrichtung • Mit anderen LGBTQ+ Personen in solch einer Einrichtung sein • Sexualität ist Problem/Fluch → Heterosexualität als „normalere“ Form des Lebens angesehen • Bewusstsein des Personals, dass LGBTQ+ Personen jahrelang unter Stigmatisierung, Ausgrenzung, Diskriminierung gelitten haben • PP sollen eigene Vorstellungen/Vorurteile gegenüber LGBTQ+ Personen untersuchen
Leyerzapf et al. 2018 Niederlande	Verständnis der Erfahrungen und Bedürfnisse von LGBT-Älteren bezüglich ihrer Inklusion und Partizipation in der Pflege erlangen	Qualitativ Semistrukturierte Interviews	22 LGBT Personen, 42 heterosexuelle Personen Alter: 55+	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis sich in Pflegeheim sicher, akzeptiert, zu Hause zu fühlen • Sicherheit kann leichter in exklusivem LGBTQ+ Setting erworben werden • Andere fühlen sich wohler in gemischtem Setting • Sicherheit durch sichtbare Unterstützung für LGBTQ+ Personen • Sexuelle Orientierung als Geheimnis bewahren • Wunsch, sich selbst sein zu können

<p>Putney et al. 2018 USA</p>	<p>Bedürfnisse von LGBT-Älteren Erwachsenen in Bezug auf den Wohnraum herauszufinden</p>	<p>Qualitativ Semistrukturierte Fokusgruppeninterviews</p>	<p>50 LGBT Personen Alter: 55+ (M=67)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bevorzugung von Hausdiensten • Sicherheit in Pflegeheimen wichtig • LGBTQ+ Inklusivität in stationärer Pflege • Entweder geoutetes LGBTQ+ oder LGBTQ+ sensitives/trainiertes Personal • Sich selbst sein zu können • Mit Würde und Respekt behandelt zu werden • Umfeld soll sicher/bestätigend sein • Sicherheit vor Belästigungen, Gewalt, Diskriminierung • Training steigert Wissen über einzigartigen Lebenserfahrungen der LGBTQ+ Älteren
<p>Sharek et al. 2015 Irland</p>	<p>Erfahrungen und Anliegen älterer LGBT Personen bezüglich Gesundheitsdienste, LGBT Identität gegenüber Fachleuten, Präferenzen für die Pflege und Vorschläge zur Verbesserung der (Pflege-)Dienstleistungen zu beschreiben</p>	<p>Mixed Methods Umfragen Interviews</p>	<p>144 Fragebögen, 36 Interviews mit LGBT Personen Alter: 55+</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Präferenz zu Hause zu leben • Angst, dass sie bei Pflegebedürftigkeit nicht offen mit Sexualität umgehen können • Besorgt, dass Partner zurückgewiesen werden • Ängste von Transidentitäten einzigartig • Bedenken sich vor Gesundheitsdienstleister zu outen • PP soll nicht automatisch Heterosexualität beim gegenüber annehmen • Personal sollten gleichgeschlechtliche Partnerschaften in Entscheidungen, Pflegeprozesse anerkennen
<p>Stein et al. 2010</p>	<p>Herausforderungen, Bedürfnisse lesbischer/schwuler Senioren im Zusammenhang mit der</p>	<p>Qualitativ Semistrukturierte Fokusgruppeninterviews</p>	<p>16 LGBT Personen Alter: 60+</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Präferenz für LGBTQ+ freundliche Wohnmöglichkeiten • Fühlten sich vulnerabel in Bezug auf die Behandlung/Betreuung

USA	Langzeitpflege zu identifizieren			<ul style="list-style-type: none"> • Personal, das keine Heterosexualität annimmt, respektvoll ist, nicht-verurteilend • Entweder LGBTQ+ freundliches oder selbst LGBTQ+ Personal • Angst sich zu outen • Bedürfnis, über sexuelle Identität zu schweigen
Waling et al. 2019 Australien	Untersuchung der Wahrnehmungen, Erfahrungen von homosexuellen Personen im Bereich der häuslichen Pflege, Gründe für aktuelle und zukünftige Entscheidungsprozesse bei der Inanspruchnahme (oder Nichtinanspruchnahme) von Pflegediensten	Qualitativ Interviews	33 homosexuelle Männer und Frauen Alter: 60+	<ul style="list-style-type: none"> • Hoffen nie stationäre Pflege zu benötigen • Bevorzugung von häuslichen, unterstützenden Einrichtungen • Pflegeheimbetreiber benötigen besseres Training bezüglich LGBTQ+ Pflege • Präferenz für PP, die LGBTQ+ freundlich sind
Westwood, S. 2015 Vereinigtes Königreich	Das Altern, das Geschlecht und die Sexualität aus der Perspektive der Gleichberechtigung zu erforschen.	Qualitativ Semistrukturierte Interviews	60 LGB Personen Alter: 58+ (M=64)	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Wahlmöglichkeiten bezüglich Versorgung und Pflegeheime • Mehrheit der ♀ → Präferenz für „non-mainstream“ Versorgung • Mehrheit der ♂ → gemischte „mainstream“ Versorgung • 9 von 10 Partizipanten → LGBTQ+ spezifische Einrichtungen

3.2. Bedürfnisse

Die Bedürfnisse und Wünsche älterer Personen der LGBTQ+ Community werden in den Ergebnissen der Studien oft nicht als solche gekennzeichnet, sondern mehrheitlich mit den Wörtern „issues“, „concerns“, „preferences“ oder „fears“, also Themen oder Probleme, Anliegen oder Bedenken, Präferenzen oder Ängste, beschrieben. Es werden also verschiedene Termini verwendet, um die Bedürfnisse und Wünsche dieser Personengruppe aufzeigen zu können. Dennoch können die Ergebnisse auf dieser Basis zusammenfassend in drei Themengruppen eingeteilt werden: Umgebung, Personal und „sich outen“.

3.2.1. Umgebung

Ein sich durch mehr als die Hälfte der Studien ziehendes Thema war, wie sich die älteren LGBTQ+ Personen die Umgebung, in der sie leben wollten, vorstellten.

Das Bedürfnis nach Sicherheit vor Diskriminierung in Pflegeheimen, sowie der Wunsch einer LGBTQ+ inklusiven Pflege, stand in der Studie von Putney et al. (2018) deutlich im Vordergrund. Die Befragten bevorzugten ein Umfeld, welches sexuelle und geschlechtsspezifische Minderheiten einschließt und ihnen gegenüber auch freundlich ist, gegenüber einer LGBTQ+ exklusiven Einrichtung und Umgebung (Putney et al. 2018). In der Studie von Butler et al. (2017) präferierten weniger als die Hälfte eine LGBTQ+ spezifische Einrichtung, ihnen waren andere Qualitäten, wie Kompetenz, Fürsorge und Akzeptanz, wichtiger. Eine Präferenz an LGBTQ+ freundlichen oder spezifischen Wohnmöglichkeiten basierte auf dem Gefühl der eigenen Vulnerabilität in Bezug auf eine sichere, gleichberechtigte Behandlung in einem Pflegeheim. Daher erhofften sich diese Personen eine „mainstream“ Pflegeeinrichtung meiden zu können und sollten sie ein Pflegeheim benötigen, so wollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dieser Studie ein separates Stockwerk für LGBTQ+ Bewohnerinnen und Bewohner, da sie sich dort sicherer fühlen würden (Stein et al. 2010).

Explizite Richtlinien, die LGBTQ+ Personen schützen, Förderung und Werbung für LGBTQ+ freundliche Dienstleistungen, sowie Programme oder Aktivitäten, die nicht nur für heterosexuelle Personen sind, halfen vielen beim Erkennen einer LGBTQ+

inklusiven Umgebung (Putney et al. 2018; Sharek et al. 2015). Pflegeorganisationen sollten auch Maßnahmen durchführen, um Inklusion zu fördern, da Barrieren wahrgenommen wurden, welche kompetente, inklusive und zugängliche Gesundheitsdienstleister zu erhalten erschwerten. Dies könnte aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zum Beispiel mit sichtbar aufgehängten LGBTQ+ Symbolen, umgesetzt werden (Boulé et al. 2019). Ein LGBTQ+ inklusives Setting half, offen zu sein in Bezug auf deren sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (Putney et al. 2018). Auch in der Studie von Leyerzapf et al. (2018) äußerten alle Befragten das Bedürfnis, sich in ihrem Pflegeheim sicher, zu Hause und akzeptiert zu fühlen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Studie gaben an zu hoffen, dass sie nie ein Pflegeheim benötigen würden aufgrund verschiedener Ängste und Bedenken, welche sich als fehlende Inklusivität, Gefühl von Verlust und schlechte Pflegequalität äußerten. Um Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, wurden betreutes Wohnen, Verwendung von Hauskrankenpflegediensten, sowie Renovierungen der häuslichen Umgebung, bevorzugt, um länger zu Hause bleiben zu können. Sollten sie dennoch ein Pflegeheim benötigen, so sollte dies exklusiv für homosexuelle Personen sein, da sie sich so besser zugehörig fühlten. Dies basierte auf den Meinungen dort mehr mit anderen gemeinsam zu haben und dass sie offen mit ihrer Sexualität und Geschlechtsidentität sein könnten, ohne Diskriminierung fürchten zu müssen. (Waling et al. 2019).

Besorgnisse über eine „mainstream“ Versorgung waren das Fehlen von Sicherheit aufgrund der Annahme, dass Pflegeheime heteronormativ wären. Dadurch wurde versucht Alternativen zu finden, da sie eigenen Aussagen nach nicht in eine „mainstream“ Versorgung passen würden: *Ich sitze lieber mit Leuten zusammen, mit denen ich mich identifizieren kann, (...) (Westwood 2016)*. Die Studie von Westwood (2016) befasste sich auch mit den Wünschen und Präferenzen bezüglich der häuslichen Pflege beziehungsweise einer Heimpflege. Die Mehrheit gab an, dass es mehr Wahlmöglichkeiten bezüglich der Versorgung/Pflegeheime geben sollte, also auch LGBTQ+ spezifische Einrichtungen und Angebote. Homosexuelle Frauen bevorzugten Einrichtungen, die nur für lesbische Frauen oder nur für Frauen waren. Dem gegenüberstehend waren die männlichen Befragten mit einer

gemischten „mainstream“ Versorgung zufrieden. Neun von zehn Befragten, die bereits in einem Pflegeheim lebten, gaben an, dass sie LGBTQ+ spezifische Einrichtungen bevorzugen würden.

Zusätzlich konnte bei manchen Personen eine starke Präferenz identifiziert werden, lieber zu Hause zu leben, gefolgt von einem Pflegeheim mit anderen LGBTQ+ Personen aus Angst, dass sie im Falle einer auftretenden Pflegebedürftigkeit nicht offen mit ihrer Sexualität umgehen können, also nicht ausleben können, und sich wieder verstecken müssen. Sowie aufgrund der Angst vor dem Alleinsein, aufgrund der Sorge, dass deren Partnerinnen und Partner zurückgewiesen werden und die Rolle der Partnerin oder des Partners nicht in der Pflege erkannt werden würde. LGBTQ+ orientierte Langzeitpflegeeinrichtungen wurden als ein Ort angesehen, in dem man sich wohlfühlen kann und mit anderen ist, die „gleich“ sind. Die befragten Transidentitäten hatten Angst, sich selbst zu verlieren, sich nicht vollständig als sich selbst ausdrücken zu können und nicht als die Person leben zu können, die man ist. Dienstleistungen, wie zum Beispiel Beratungen, medizinische Versorgung oder Informationen bezüglich Transgenderfragen, wurden als Mangel angesehen und waren eine wichtige Priorität für jene, die mit Fragen der Geschlechtsidentität konfrontiert waren. (Sharek et al. 2015)

3.2.2. Personal

Ein weiteres Thema bezüglich der Bedürfnisse, Wünsche, Anliegen, Bedenken und Ängste war, wie sich die älteren Personen der LGBTQ+ Community die Betreuung und Charakteristika vom Personal in Gesundheitsberufen, vorstellten.

Einer der wichtigsten Punkte war, entweder von Personal, welches sich selbst als LGBTQ+ definiert, oder, welches sensibilisiert ist bezüglich LGBTQ+ Themen, gepflegt und betreut zu werden, um keine Angst vor Diskriminierung haben zu müssen (Putney et al. 2018; Stein et al. 2010). Geoutetes LGBTQ+ Personal könnte helfen, die persönliche emotionale Sicherheit zu verbessern, da sie sich womöglich besser in deren spezielle Bedürfnisse einfühlen (Putney et al. 2018). Es wurde mehr Pflegepersonal erwünscht, das sich um die Bedürfnisse von älteren LGBTQ+ Personen kümmert und besser ausgebildet wird im Hinblick auf LGBTQ+ spezifische Inhalte, aufgrund der Annahme eines Wissensdefizits des Personals

(Butler 2017; Czaja et al. 2016). Bei Fehlen oder Mangel an einem solchen Personal, war es ein Wunsch danach, dass dieses Training bezüglich der Bedürfnisse von älteren LGBTQ+ Personen bekommen hat beziehungsweise bereits sensibilisiert ist. LGBTQ+ freundliches Personal wurde charakterisiert als emotional intelligent, mitfühlend und offenherzig (Putney et al. 2018). Pflegeheimbetreiber benötigen besseres Training und es ist eine Präferenz für Pflegepersonen vorhanden, die LGBTQ+ freundlich sind (Waling et al. 2019).

Weitere Wünsche bezüglich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung waren, sie selbst sein zu können, ohne Angst vor Diskriminierung, mit Würde und Respekt behandelt zu werden, dass sie ihre Identität nicht verbergen müssen und Personal, welches von keiner Heterosexualität bei zu Pflegenden ausgeht (Putney et al. 2018; Stein et al. 2010). Ältere, reifere Pflegepersonen wurden in der Studie von Butler (2017) präferiert, da von ihnen eine bessere Berufsethik erwartet wurde, sie mehr mit ihnen gemeinsam haben und sie Jüngere oft als weniger verlässlich ansahen.

Sich beim Pflegedienstleister wohlfühlen und sowohl als „gleich“ als auch als „einzigartig“ behandelt zu werden war ein weiteres Bedürfnis (Furlotte et al. 2016; Grigorovich 2016). Aber auch das Personal sollte sich wohlfühlen in der Arbeit mit dieser Gruppe von Menschen und es bestand der Wunsch an die Pflegepersonen sich natürlich im Umgang mit ihnen zu verhalten und keine übertriebene Akzeptanz zeigen (Furlotte et al. 2016). *Ich will jemanden, der sich wohlfühlt in einem Haushalt zu arbeiten, in dem ich mit einer anderen Frau lebe und wir lesbisch sind (Grigorovich 2016, pp. 113)*. Dass Pflegerinnen und Pfleger Aufmerksamkeit zeigen und nach diesen Bedürfnissen pflegen sollten, war den Partizipanten der Studie von Grigorovich (2016) wichtig. Die Pflege sollte mit Fokus auf sie und deren Wünsche erfolgen und Selbstständigkeit fördern.

Eine Kommunikation, welche keine Annahmen trifft, Stereotype vermeidet oder heteronormative Redewendungen ausdrückt, war wünschenswert (Boulé et al. 2019). Diesbezüglich äußerten diverse Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass Pflegepersonen nicht automatisch annehmen sollten, dass die Person gegenüber heterosexuell ist und eine Beziehung oder verheiratete Paare nicht immer nur Mann und Frau bedeuten (Sharek et al. 2015).

In zwei Studien wurde jeweils eine Transfrau bezüglich deren Wünsche und Anforderungen an die Pflegepersonen befragt. Ihnen war Kompetenz bei der speziellen Transgenderpflege wichtig, insbesondere die Breite an erforderlichem Wissen, um der Vielfalt der Geschlechtsidentität, des Ausdrucks und dem biologischen Geschlecht gerecht zu werden. Eine von Ihnen äußerte ihre Bedenken in Bezug auf ihre Gesundheit, der Selbstfürsorge und der persönlichen Hygiene. Sie fragte sich, wer sich mit den hygienischen und medizinischen Maßnahmen (zum Beispiel Erweiterung der Vagina alle vier Monate und Östrogeneinnahme), welche bei der Transgenderpflege speziell sind, auskennen würde. (Boulé et al. 2019; Putney et al. 2018)

3.2.3. Sich outen

Zur Offenheit älterer LGBTQ+ Personen, in Bezug auf deren sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität, gegenüber Gesundheitsdienstleistern lassen sich einige Bedürfnisse/Wünsche, Ängste und Präferenzen zuordnen.

In der Studie von Butler (2017) war es eine fortlaufende Aufgabe für LGBTQ+ Individuen, sich täglich und mit jeder neuen Begegnung für ein Outing zu entscheiden oder dagegen. Also die fortlaufende Abschätzung der älteren LGBTQ+ Personen, ob die Offenbarung das Risiko auf potentielle negative Konsequenzen wert und sicher ist. Für 3 Partizipanten war Verschlussheit in Bezug auf ihre Sexualität und Identität eine aktive Vorgehensweise, um sich vor Homophobie schützen zu können. Eine Partizipantin äußerte es als „Muss“, ihr zu Hause so zu gestalten, sodass die Sexualität nicht ersichtlich war, da sie sich nicht sicher fühlte ihre Sexualität vor ihrem Hauskrankenpfleger zu offenbaren. Andere waren wiederum aufgeschlossen und machten kein Geheimnis aus ihrer sexuellen Orientierung. Sie dachten, das Thema Sexualität wäre nicht wichtig für die Hauskrankenpflegebeziehung (Butler 2017).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten Angst sich zu outen und sich wieder verschließen zu müssen, wenn sie ein Pflegeheim benötigen, aufgrund der Annahme von Diskriminierung (Butler 2017; Czaja et al. 2016; Stein et al. 2010). Das Vorenthalten von Informationen bezüglich ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität gegenüber jeglichen Gesundheitsdienstleistern wurde mit der

Angst begründet, eine schlechte oder schlechtere Behandlung zu bekommen und hatten so das Bedürfnis über ihre sexuelle Identität zu schweigen (Butler 2017; Czaja et al. 2016).

Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Studie sprachen über die Wichtigkeit ihre schwule/lesbische Identität beizubehalten, wenn sie in ein Pflegeheim kommen oder Hauskrankenpflege erhalten würden. Der Wunsch, sich nicht verstellen zu müssen, sowie ihre individuelle Sexualität und Geschlechtsidentität ausleben zu können, stand oftmals im Vordergrund. (Furlotte et al. 2016; Leyerzapf et al. 2018). Wenn sie es nicht täten, fühlten sie sich wieder zurückgedrängt in die Zeit, in der sie nicht offen mit ihrer Sexualität umgingen und sprachen über das Bedürfnis, als Partner in einer Beziehung anerkannt zu werden. Aber nicht alle fühlten sich wohl damit sich zu outen, aus Angst vor Diskriminierung: (...), *es kommt auf die Situation an und ich würde nie mehr erzählen als ich muss* (Furlotte et al. 2016). Einige versteckten ihre Identität, wenn Pflegende nach Hause kamen, da sie besorgt waren, die Pflege würde sonst nicht so gut sein (Furlotte et al. 2016). Das Gefühl gezwungen zu sein, die sexuelle Orientierung als Geheimnis zu bewahren war vorhanden, aufgrund der Angst vor sozialem Ausschluss und Stigmatisierung. Altersunterschiede können für die unterschiedlichen Strategien beim Coming-out verantwortlich sein oder auch nicht. So wurde angenommen, dass „ältere Alte“ eher eine Strategie des Schweigens annehmen würden (Leyerzapf et al. 2018). Heterosexualität wurde als „normalere“ Form des Lebens erkannt und Homosexualität als Problem oder Fluch angesehen (Kushner et al. 2013). Dennoch wurde oft der Wunsch geäußert, fähig zu sein und wählen zu können, was jemand als wertvoll empfindet, sowie auch sozial angenommen und respektiert zu werden. Dieser Wunsch war nicht oder kaum möglich, wenn jemand über seine LGBTQ+ Identität schwieg (Leyerzapf et al. 2018).

In einer anderen Studie wurden Überthemen identifiziert, wie zum Beispiel „entscheiden sich zu outen“, „negative Reaktionen auf das Outing“ und „Aufrechterhaltung der Wachsamkeit“. So outeten sich 85% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer üblicherweise gegenüber ihren Hauskrankenpflegerinnen und -pflegern. Sie äußerten das Bedürfnis sich zu outen über die Zeitspanne, die sie mit der Hauskrankenpflege verbrachten, aufgrund des Beziehungsstatus'. Denn die

meisten meinten, dass die Hauskrankenpflege von einer Heterosexualität der Klientinnen und Klienten ausging, wenn diese sich nicht explizit outeten oder eine Partnerin oder einen Partner hatten, die oder der dort lebte. Es war ein kontinuierliches Bedürfnis vorhanden, die Reaktionen der Anbieter zu beobachten und zu wissen wann es richtig ist, sich zu outen. Dies wurde als stressig empfunden und beeinträchtigte die Erfahrungen der Partizipanten mit der Pflege. Die meisten outeten sich normalerweise nicht aus Angst vor Diskriminierung und um sich vor potentieller Homophobie zu schützen. (Grigorovich 2015)

In der Studie von Sharek et al. (2015) waren Bedenken, sich vor Gesundheitsdienstleistern zu outen, vorrangig. Sich selbst als LGBTQ+ Person zu zeigen war selten leicht und involvierte Bewertungen über potentielle Reaktionen, verfügbare Unterstützungen, Vertrauen, starke Beziehung zu den Dienstleistern, Selbstbewusstsein und Haltungen von Pflegerinnen und Pflegern, sowie von anderen Gesundheitsdienstleistern. So waren 44% der Meinung, dass es nicht notwendig sei sich zu outen, wohingegen 20% sich nicht outeten aus Angst vor Diskriminierung. Die Mehrheit meinte, dass Gesundheitsdienstleister allgemein nicht genügend Wissen über LGBTQ+ Themen haben. Die Annahme von Heterosexualität und das Verwenden von heterosexueller Sprache würde wieder zu Unsichtbarkeit führen und dies erschwerte es sich zu outen.

3.3. Herausforderungen

Es wurden keine empirischen Studien gefunden, welche die Herausforderungen in der Pflege von älteren Personen der LGBTQ+ Community behandeln. Die Herausforderungen werden in den Implikationen für die Praxis der meisten Studien indirekt erwähnt. In dem Buch „Handbook of LGBT Elders“ von Haley et al. (2016) ist ein Kapitel vorhanden, welches sich mit den Herausforderungen befasst, und es wurde ein Literaturreview von Fredriksen-Goldsen et al. (2014) impliziert. Auf Basis dieser Quellen lassen sich zwei Unterkapitel identifizieren und beschreiben: „(Nicht-)Offenbarung der Sexualität oder Geschlechtsidentität“ und „(In-)Adäquates Training“

3.3.1. (Nicht-)Offenbarung der Sexualität oder Geschlechtsidentität

Die mitwirkenden Faktoren als Barrieren für die Gesundheit von älteren LGBTQ+ Personen sind Mangel an adäquatem Training von Gesundheitsdienstleister in Bezug darauf, wie auf die Bedürfnisse und das Outing oder Nicht-Outing von LGBTQ+ Identitäten eingegangen werden soll. Die Minderheiten-Stress-Theorie geht davon aus, dass Angehörige benachteiligter Gruppen unter Stress leiden, aufgrund der erfahrenen Diskriminierung, Stigmatisierung und Homophobie. LGBTQ+ Personen leiden somit als benachteiligte Gruppe unter chronischem Stress, der zu einer schlechteren Gesundheit beiträgt.

Nicht offen zu sein bezüglich der Sexualität und Geschlechtsidentität wurde als Hindernis beschrieben. Somit ist Transparenz wichtig, da diese die Ehrlichkeit in der Begegnung mit Gesundheitsdienstleistern fördert und somit zu einer besseren Versorgung und Pflege führt. Dies ermöglicht dem Gesundheitsdienstleister Zugang zu Informationen, die für die Entwicklung und Bereitstellung geeigneter Maßnahmen, die Patientenaufklärung sowie für die Unterstützung einer optimalen Gesundheit, erforderlich ist. Die Fähigkeit der Pflegepersonen und anderem Fachpersonal in Gesundheitsberufen, mit Patientinnen und Patienten so umzugehen, dass die Offenlegung ihrer Sexualität erleichtert wird, ist ein integraler Bestandteil, um kulturell kompetente Pflege zu ermöglichen. Die Wahrnehmung, dass Transparenz mehr Verletzlichkeit schafft, hindert die meisten älteren LGBTQ+ Personen daran, offen und ehrlich zu den Betreuern und dem Pflegepersonal zu sein und verschärft somit den ohnehin schon negativeren Gesundheitszustand. Qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung von älteren LGBTQ+ Personen kann durch Förderung der Offenheit und eine angemessene, professionelle Reaktion des Personals sichergestellt werden. Es ist wichtig die Offenheit zu erleichtern, denn Nichtoffenheit trägt zu einem schlechteren Gesundheitszustand bei.

Die unerwarteten Folgen der Offenheit, die von Diskriminierung, Missbrauch, unterdurchschnittlicher Behandlung bis hin zu Verweigerung einer Behandlung reichen, erzeugen Angst, Misstrauen und Abneigung bei älteren LGBTQ+ Personen die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität zu offenbaren. Fachpersonal, welches sich der LGBTQ+ Identität ihrer Klientinnen und Klienten nicht bewusst ist, bietet seltener eine angemessene Patientenaufklärung über relevante

Empfehlungen zur Gesundheitsvorsorge an. Sie erkennen auch weniger wahrscheinlich die Notwendigkeit, diese Patientengruppe mit verfügbaren Unterstützungen und anderen LGBTQ+ Ressourcen innerhalb der Gemeinschaft in Verbindung zu bringen. Sich nicht zu outen trägt unbeabsichtigt zur „Unsichtbarkeit“ von älteren LGBTQ+ Personen bei und wirkt sich auch negativ auf die Fähigkeit der Anbieter aus, unerfüllte Bedürfnisse zu erkennen sowie eine hochwertige Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Es ist wichtig Transparenz zu fördern und Nichtoffenheit zu reduzieren, indem Fachpersonal die Annahme von Heterosexualität beseitigt und Fragen der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität als Schlüsselemente der Pflege und Versorgung aller Patientinnen und Patienten einbezieht. Die Heterogenität der LGBTQ+ Population ist in jedem Fall anzuerkennen. (Davis & Soka 2016)

3.3.2. (In-)Adäquates Training

Faktoren, welche Hindernisse bilden und/oder die Pflege und Betreuung beeinflussen, sind oft durch Heterosexismus, offener Diskriminierung und Homophobie bedingt. Der Grad des Wissens und des Bewusstseins der Gesundheitsdienstleister in Bezug auf LGBTQ+ Themen sind Schlüsselfaktoren im Umgang mit älteren LGBTQ+ Personen. Viele Anbieter weisen einen Mangel an Bildung und Ausbildung auf, um Fachpersonal zu befähigen, LGBTQ+ Ältere auf der Basis der LGBTQ+ Bedürfnisse zu pflegen. Die Wahrnehmung von Unsichtbarkeit macht es schwierig, Anliegen der LGBTQ+ Älteren zu erkennen und kulturell angemessene Dienstleistungen anzubieten. Diese Barrieren haben einen Einfluss auf die Gesundheit, da diese die Verzögerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgern erhöht. Dadurch wird wiederum der allgemeine Gesundheitszustand beeinflusst, was zu negativeren Gesundheitsergebnissen und zu einer erhöhten Rate vorzeitiger Pflegebedürftigkeit führt. Fachkräfte von Organisationen, welche mit älteren Personen der LGBTQ+ Community arbeiten, müssen lernen, eine kulturell kompetente Pflege und Betreuung anzubieten. Angemessene Schulungen oder Trainings können dazu beitragen, Barrieren abzubauen und für die Bekämpfung von Diskriminierung zu sensibilisieren. (Davis et al. 2016)

Das physische und soziale Umfeld von älteren LGBTQ+ Personen muss sicher und bestätigend sein, um die Gesundheit zu fördern. Angehörige von Gesundheitsberufen müssen in einer LGBTQ+ unterstützenden Pflege geschult und laufend fachlich unterstützt werden. Solch ein Training steigert das Wissen über die einzigartige Lebenserfahrung von LGBTQ+ Älteren, fördert Empathie und fordert zu Verhaltensweisen auf, die das individuelle und organisatorische Engagement für LGBTQ+ Integration anzeigen (Putney et al. 2018). Diese Schulungen würden auch die Fähigkeiten verbessern, sich zu sensibilisieren und sich LGBTQ+ sensibel zu verhalten sowie ihren Klientinnen und Klienten weitere Sicherheit zu geben, sich outen zu können. Auch angemessene Reaktionen auf Vorkommnisse und Vorfälle von Diskriminierung würden verbessert werden (Butler 2017).

Die Förderung des Bewusstseins, dass diese Gruppe jahrelang unter Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung aus allen Teilen der Gesellschaft, einschließlich von Angehörigen der Gesundheitsberufe, gelitten hat, ist wichtig. Die Pflegepersonen benötigen die Fähigkeit, ihre eigenen Vorstellungen und Vorurteile von gleichgeschlechtlich liebenden Personen zu untersuchen, um eine kulturell kompetente und sichere Pflege gewährleisten zu können. Wichtig sind auch Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei jedem Assessment weiterzugeben und ein Umfeld der Gesundheitsversorgung zu entwickeln, welches offen und respektvoll ist, sowie eine geschlechtsneutrale Sprache verwendet (Kushner et al. 2013).

Weitere Maßnahmen wären die persönliche und berufliche Einstellung zur sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität und zum Alter kritisch zu hinterfragen. Diese Fähigkeit wirkt sich auf die effiziente Gewährleistung einer kompetenten und unvoreingenommenen Versorgung aus. Es sollten auch Wege vermittelt und verstanden werden, dass größere soziale und kulturelle Kontexte möglicherweise negative Auswirkungen auf LGBTQ+ Ältere haben. Auch eine Unterscheidung von Ähnlichkeiten und Unterschieden innerhalb der Untergruppen von älteren LGBTQ+ Personen, sowie sich überschneidende Identitäten (wie zum Beispiel Alter und Geschlecht), ist für die Entwicklung maßgeschneiderter Gesundheitsstrategien wichtig. Es muss auch erkannt werden, dass der richtig gewählte Sprachgebrauch bezüglich unterschiedlicher LGBTQ+ Begriffe für die Arbeit mit dieser

Personengruppe wichtig ist, um eine Beziehung aufzubauen. Auch sollte verstanden werden, dass eine Begriffsvielfalt zur Darstellung unterschiedlicher sexueller Orientierungen und Geschlechtsidentitäten vorhanden ist und jedes Individuum verschiedene Bezeichnungen favorisiert. Die Verwendung einer angemessenen Sprache ist ein Mittel, um Einfühlungsvermögen, Verständnis und Respekt näherzubringen. Eine sensible und angemessene Unterstützung für LGBTQ+ Ältere, ihre Familien, Betreuer und andere Personen, ist bedeutsam um Lücken und Barrieren, die sich auf ältere LGBTQ+ Personen auswirken, zu erkennen und zu beseitigen. Das Fehlen einer angemessenen Ausbildung kann ein nicht beachtetes Hindernis sein, welches sich auf die Bereitstellung passender Dienstleistungen für ältere LGBTQ+ Personen auswirken kann. (Fredriksen-Goldsen, Karen I. et al. 2014)

4. Diskussion

Die speziellen Bedürfnisse von älteren LGBTQ+ Personen, sowie die Herausforderungen in der Pflege dieser darzustellen, war das Ziel dieses Literaturreviews. Die inkludierte Literatur zeigt auf, dass die Bedürfnisse – oder auch Themen/Anliegen/Präferenzen/Ängste, so wie sie in vielen Studien betitelt werden – zwar individuell und im Detail divers sind, aber dennoch in größere Unterpunkte gegliedert werden können. Diese sind verschiedene Wünsche bezüglich der Umgebung, des Personals und des Outings. Zu den Herausforderungen in der Pflege dieser Personengruppe lassen sich die damit verbundenen Themengebiete, „(Nicht-)Offenbarung der Sexualität oder Geschlechtsidentität“ und „(In-)Adäquates Training“, mit Hilfe eines Buches und Praxisempfehlungen aus passenden Studien generieren, da empirische Literatur nicht vorhanden ist.

Die Bedürfnisse in Bezug auf die Umgebungsfaktoren zeigen sich als sehr unterschiedlich. In den meisten Studien war eine Einrichtung, welche LGBTQ+ Personen einschließt und freundlich ist, wichtiger als eine, welche ausschließlich für Personen dieser Gruppe ist. In einer Studie gaben Dreiviertel der 87 Befragten an, dass innerhalb ihrer Einrichtung bis dato keine Aktivitäten oder Bemühungen stattfanden, den Bedürfnissen von älteren LGBTQ+ Individuen entgegenkommen zu können (Hughes et al. 2011). Solche Umstände erschweren die Umsetzbarkeit von LGBTQ+ freundlichen Einrichtungen und hebt somit die Notwendigkeit solcher Bemühungen hervor. In Deutschland gibt es von der Charta der Vielfalt erfreulicherweise bereits ein Qualitätssiegel für LGBT-Pflegeheime. Um dieses zu erhalten müssen ein Großteil von 120 Kriterien eines Katalogs erfüllt sein (Hardenberg 2020). Alles in allem jedoch war die Präferenz dahingehend, so lange wie möglich zu Hause bleiben zu wollen als in ein Pflegeheim oder in diverse andere Einrichtungen gehen zu müssen. Dieses sogenannte „Aging in Place“, also Altern im eigenen Zuhause oder in der gegenwärtigen Umgebung (Scharpf 2017), bei LGBTQ+ Personen wird auch in der Studie von Boggs et al. (2017) behandelt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer präferierten auch deshalb zu Hause zu bleiben, aus Angst in einem Pflegeheim oder in einem betreuten Wohnen alt werden zu müssen. Laut eigenen Angaben würden sie alles dafür tun, um so lange wie möglich

ohne Unterstützungen von diversen Pflegedienstleistern auskommen zu können. Sie gaben auch an, dass die vielen Gesundheitsdienstleister weiterhin einen Mangel an LGBTQ+ inkludierenden Unterstützungen aufweisen würden und womöglich nicht ihren speziellen Bedürfnissen gerecht werden könnten. Laut ihnen zieht dieses „Aging in Place“ dennoch Barrieren mit sich, die diesen in einem Pflegeheim weitgehend ähneln. Denn auch zu Hause fühlten sich viele von ihren Nachbarn aufgrund ihres Alters und der sexuellen und geschlechtlichen Orientierung diskriminiert und stigmatisiert (Boggs et al. 2017). Der Wunsch im Alter zu Hause zu bleiben wird auch von älteren Personen in Studien, von welchen die sexuelle Orientierung nicht erhoben worden ist beziehungsweise die Studie sich nicht explizit mit LGBTQ+ Personen befasst, bevorzugt (Kendig et al. 2017; Wiles et al. 2012).

Die Anforderungen oder Wünsche an das Personal sowie das Training bezüglich LGBTQ+ Themen, also ein Unterpunkt der Herausforderungen, überschneiden sich vielerlei und gehen oft miteinander einher. Denn der Wunsch nach Personal, welches selbst LGBTQ+ ist, sensibilisiert oder besser ausgebildet ist in Bezug auf diese Thematik, unterstreicht die Barriere, dass viele im Gesundheitsbereich tätige Personen, kein oder kaum Wissen oder Trainings diesbezüglich erhalten haben, aber dies von Nöten wäre. Dies ist auch Gegenstand diverser anderer Studien, welche sich mit der Haltung von Fachkräften des Gesundheitssektors gegenüber LGBTQ+ Personen oder die Notwendigkeit von LGBTQ+ Sensibilitätsschulungen befassen. Während in einer Studie mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitsbereich angegeben haben, ausreichendes Wissen über allgemeine Themen, welche LGBTQ+ Personen betreffen, zu verfügen und die Mehrheit noch keine LGBTQ+ spezifische Trainings erhalten haben (Simpson et al. 2018), zeigte ein Studie das Gegenteil auf. In dieser wurden 268 Pflegepersonen befragt und von diesen gaben circa drei Viertel an, dass sie oder Pflegekräfte generell, sich zwar wohlfühlen mit LGBTQ+ Personen zu arbeiten, jedoch nicht wissen, ob sie ausreichend darauf vorbereitet und unbehaglich mit der mangelnden Ausbildung sind. Fast 80% haben noch keine LGBTQ+ orientierte Schulung erhalten und wurde von ihrer Einrichtung auch nicht angeboten. Vielmehr erhielten viele zwar Schulungen bezüglich Diversität und kultureller Kompetenz, jedoch nicht spezifisch für LGBTQ+ Personen. Es wurde auch hervorgehoben, dass bereits in

der Ausbildung von Pflegekräften ein Mangel oder Fehlen an LGBTQ+ Inhalten vorherrscht. Der Autor wies darauf hin, dass es den Anschein mache, dass während des Prozesses dieser Studie viele auf ihren Mangel an Kenntnissen bezüglich LGBTQ+ Gesundheit aufmerksam wurden. Denn weniger als ein Viertel sagten am Ende des Interviews aus, dass sie Schulungen bezüglich dieses Themas erhalten wollen, beziehungsweise es mehr Angebot geben sollte (Carabez et al. 2015). Der Vergleich dieser 2 Studien zeigt auf, dass das Empfinden in Bezug auf die persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten individuell ist, nicht pauschalisiert werden kann und deshalb die Offenheit in Anbetracht dieser Themen dem persönlichen Charakter der Personen unterliegen. Sowohl Hughes et al. (2011) als auch Kortés-Miller et al. (2019) heben die Wichtigkeit solcher Trainings hervor und kongruieren mit den Aussagen der älteren LGBTQ+ Personen anderer Studien, wie zum Beispiel, dass sie sich besser ausgebildetes Personal im Hinblick auf LGBTQ+ Themen wünschen (Butler 2017; Czaja et al. 2016). Niemand der Befragten gab an über diese Themen unterrichtet worden zu sein, aber sich dennoch über die Wichtigkeit der Thematik bewusst waren und dass dies einen wichtigen Bestandteil inklusiver Pflege darstellt (Kortés-Miller et al. 2019) und mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, solche Weiterbildungen erhalten zu wollen (Hughes et al. 2011). Eine Studie, bei welcher sich 108 Teilnehmerinnen und Teilnehmer beteiligt hatten, beschäftigte sich mit dem Wissen, der Einstellungen und Praxisverhalten von Gesundheitsversorgern im onkologischen Setting gegenüber LGBTQ+ Gesundheit. Ein bis fünf Prozent der Patientinnen und Patienten des letzten Jahres identifizierten sich selbst als LGBTQ+ gegenüber fast 60% der Befragten. Nur circa ein Viertel der Partizipantinnen und Partizipanten meinten, dass sie bereits gut informiert wären über die Gesundheitsbedürfnisse der LGBTQ+ Population, 26% fragten gezielt nach der Sexualität und Geschlechtsidentität ihrer Patientinnen und Patienten. Mehr als drei Viertel der Befragten gaben an, dass es mehr LGBTQ+ Schwerpunkt in den Ausbildungen von Fachkräften des Gesundheitswesens geben müsse und 70% wollten, dass ihre Institution als LGBTQ+ freundlicher Anbieter gesehen wird (Shetty et al. 2016). Dies unterstreicht das Empfinden der älteren LGBTQ+ Personen, dass bei Anbietern ein Wissensmangel vorherrscht, zeigt jedoch auf, dass bei den meisten sehr wohl der Wille, die LGBTQ+ Community gut zu versorgen, vorhanden ist.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt in der Versorgung von älteren Personen der LGBTQ+ Community ist der Umgang mit der eigenen Sexualität oder Geschlechtsidentität, worunter das „Outing“, also das Offenbaren der LGBTQ+ Identität vor anderen, fällt. Die betroffenen Personen müssen sich immer wieder entscheiden, ob sie sich nun dem Gegenüber preisgeben oder nicht. Eingeschätzt werden müssen auch die Reaktionen anderer, aufgrund der persönlichen Angst diskriminiert oder ausgegrenzt zu werden. Die individuelle Identität beizubehalten, sollten die Personen in ein Pflegeheim kommen, ist zwar ein vielfach ausgedrückter Wunsch, jedoch gelingt dies laut eigenen geäußerten Empfindungen kaum oder nicht immer, da für viele dieser Personengruppe die (unter-)bewusste Angst vor schlechter Behandlung mitschwingt. Alles in allem resultiere dies aus der Annahme mehrerer Personen, dass bei Gesundheitsdienstleistern allgemein ungenügend Wissen über LGBTQ+ Themen vorhanden seien. Dies ist gleichzeitig auch eine Herausforderung in der Pflege, also Mangel an adäquater Ausbildung und Wissen. In einer Studie von Simpson et al. (2018), in welcher 187 Mitarbeiter von Pflegeheimen befragt worden waren, gaben fast 70% dieser an, dass die zu betreuenden Personen ihnen gegenüber noch nie deren Sexualität oder Geschlechtsidentität offenbart hätten und mehr als die Hälfte der Befragten wussten nichts von LGBTQ+ Personen an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz. Auch gaben in derselben Studie 70% an, dass sie viel größeres Bewusstsein für Kolleginnen und Kollegen hätten, welche sich als LGBTQ+ definieren (Simpson et al. 2018). Dies könnte möglicherweise bedeuten, dass sich viele ältere Personen wirklich nicht outen beziehungsweise vermutlich Angst davor haben. Oder aber auch, dass das Personal sich nicht dessen bewusst ist, dass auch ältere Personen eine „andere“ sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität haben könnten, diese nicht adäquat geschult worden sind und deshalb die Kenntnisse darüber fehlen oder das Personal untereinander mehr vertrauen und Bezug zueinander hat. Durso and Meyer (2013) untersuchten die Muster und Indikatoren für das Outing gegenüber Gesundheitsdienstleistern bei 396 Personen der LGBTQ+ Community, welche zwischen 18 und 59 Jahre alt waren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer outeten sich weniger wahrscheinlich gegenüber ihren Gesundheitsanbietern als gegenüber ihrer Familie, ihren Freundinnen und Freunden und Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen (Durso et al. 2013).

Werden die Länder betrachtet, aus denen die Quellen stammen, fällt auf, dass die Studien allesamt in westlichen Industrieländern durchgeführt worden sind, in denen Homosexualität nicht strafbar ist. In insgesamt 72 Ländern dieser Welt ist gleichgeschlechtlich zu lieben strafbar (Krüger 2018). Im Rahmen des Prozesses der Literaturrecherche sind keinerlei Studien aus etwaigen Nationen aufgefunden worden. Aus Gründen dieser Strafbarkeit können möglicherweise keine Studien durchgeführt werden, angesichts der Unterdrückung jener Personen, welche sich als LGBTQ+ identifizieren.

Eine weitere Erkenntnis dieser Arbeit war, dass Literatur, welche sich explizit mit älteren LGBTQ+ Personen befasste, in den meisten Fällen schon Personen ab 50 oder 55 Jahren implizierte. Dies widerspricht sich mit der Tatsache, dass ältere Personen laut WHO ab einem Alter von 65 Jahren definiert werden (WHO 2001). Eine mögliche Erklärung hierfür wäre die Unsichtbarkeit dieser Personengruppe ab einem gewissen Alter. Die Stichprobengröße bei den 2 Studien, welche sich explizit mit LGBTQ+ Personen ab 65 Jahren befassten lag bei 12 und 20 (Butler 2017; Kushner et al. 2013). Eine deutlich größere Partizipanzahl zeigte sich bei Studien, welche sich bereits mit Personen ab 50 oder 55 Jahren befassten (n = 16 – 144) (Czaja et al. 2016; Grigorovich 2015, 2016; Leyerzapf et al. 2018; Putney et al. 2018; Sharek et al. 2015). Fredriksen-Goldsen, Karen I. and Kim (2015) fanden in einer Studie heraus, dass die Häufigkeit von lesbischen Frauen und schwulen Männern mit zunehmendem Alter abnimmt. Auch die Antworten auf Fragen bezüglich der sexuellen Orientierung, wie „nicht sicher/weiß‘ nicht“ und „sich weigern zu antworten“, waren signifikant mehr bei Personen über 65 Jahren als bei jüngeren Altersgruppen (Fredriksen-Goldsen, Karen I. et al. 2015). Ein vorrangiges Ziel in der LGBTQ+ Altersforschung ist die Fähigkeit, eine Stichprobe aus einer überwiegend unsichtbaren und historisch ausgegrenzten Population älterer Personen zu erhalten. Aber es werden ältere Personen in der Sexualitäts- und Geschlechterforschung aufgrund mehrerer Annahmen allgemein eher ausgeschlossen. Eine davon wäre zum Beispiel, dass die Älteren die Fragen nicht verstehen würden oder zu sensibel dafür wären, wobei diese Annahmen auf keiner Evidenz basieren. Auch wenn die Sichtbarkeit von älteren LGBTQ+ Personen in Erhebungen des Gesundheitssektors stetig wächst, sind diese nach wie vor schwer zu erreichen. In früheren Studien konnten sexuelle und geschlechtsspezifische

Minderheiten oft aufgrund der geringen Stichprobengröße als einzige Gruppe nicht berücksichtigt und untersucht werden. Dies hebt die Notwendigkeit hervor, innovative Rekrutierungs- und Samplingansätze zu finden, um diese Bevölkerungsgruppe zu erreichen (Fredriksen-Goldsen, Karen I. & Kim 2017).

5. Empfehlungen für die Forschung

In Anbetracht dessen, dass fast alle Quellen bezüglich dieses Themas aus den USA und Kanada stammen, wäre es wichtig sich auch in Europa mehr mit diesem Thema zu befassen und daran zu forschen. Vor allem in Österreich ist noch ein erheblicher Forschungsbedarf vorhanden, der mit der Notwendigkeit von genaueren Zahlen, sowie den Bedürfnissen im Bereich der Pflege einhergeht.

Die LGBTQ+ Community wird oft als Gruppe verallgemeinert und als Ganzes gesehen oder nur lesbische Frauen und schwule Männer, aber inter-, trans- oder asexuelle Personen nicht als einzelne Subgruppen einer Gruppe beforscht. Also sollte auch die Wichtigkeit jeder einzelnen Identität dieses Terms erkannt und somit zum Beispiel Transidentitäten oder intersexuelle Personen als eigene Individuen in die Forschung einbezogen werden.

Ein Schwerpunkt sollte daraufgelegt werden, dass wirklich nur jene ab 65 Jahren einbezogen werden, wenn von älteren Personen gesprochen wird, der Fokus daraufgelegt wird und nicht aus Gründen der Einfachheit bereits Personen ab 50 Jahren als „ältere“ Personen bezeichnet.

Wichtig wäre auch eine quantitative Forschung bezüglich des oftmals geäußerten Wunsches für ein LGBTQ+ spezifisches Pflegeheim und welche Anforderungen diese Personen an eine Langzeitversorgung hat, um die Signifikanz der Ergebnisse zu erhöhen. Eine genauere Datenerhebung in quantitativer Form wäre auch beim Personal von Vorteil, um erheben zu können, ob LGBTQ+ Schulungen erforderlich beziehungsweise erwünscht sind. Es sollte der tatsächliche Wissensstand in Bezug auf LGBTQ+ Themen bei Fachkräften des Gesundheitssektors erhoben werden.

Als erhebliche Forschungslücke haben sich die Herausforderungen in der Pflege dargestellt. Bislang gibt es dazu keine empirischen Untersuchungen, welche diese Frage beantworten. Somit wäre eine Erhebung dieses Themas erwünscht. Sowohl die Frage was Pflegepersonen als Herausforderung in der Versorgung dieser Population sehen, als auch wie diese Personen gepflegt werden wollen, sollten im Fokus stehen.

6. Empfehlungen für die Praxis

Betrachtet man das praktische Arbeiten mit genannter Personengruppe, so wäre die Existenz von mehr Anlaufstellen, wie etwa die SAGE in den USA, für ältere LGBTQ+ Personen eine Empfehlung, sodass diese einen sicheren Ort haben, zu dem sie mit Fragen kommen können. Diese sollten weiterführend auch Auskunft darüber geben können, welche Organisationen, Pflegeheime, Hauskrankenpflegeanbieter und so weiter, LGBTQ+ freundlich und welche empfehlenswert für sie wären.

Um LGBTQ+ Freundlichkeit, auch in nicht LGBTQ+ spezifischen Einrichtungen, zu symbolisieren und signalisieren, empfiehlt es sich möglicherweise dies mit verschiedenen Symboliken ersichtlich zu machen. Zum Beispiel können diverse Gesundheitsdienstleister eine Regenbogenfahne, das Symbol der LGBTQ+ Community, als Zeichen neben dem Eingang ihrer Einrichtungen, auf Infofoldern oder ihrer Homepage verewigen, um dieser Personengruppe somit eine erste Sicherheit bezüglich ihrer Institution zu vermitteln. Auch ein Gütesiegel für LGBTQ+ sensible Einrichtungen, wie etwa das Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ der Schwulenberatung Berlin, sollte in Österreich angedacht werden.

Allgemein ist es empfehlenswert, dass jede und jeder einzelne Mitarbeiter im Gesundheitsbereich, egal ob Ärzte, Pflegepersonen, Physiotherapeut und so weiter, persönlich sensibler wird in Bezug auf die LGBTQ+ Thematik, um so LGBTQ+ Freundlichkeit vermitteln zu können. Dazu gehört zum Beispiel offener auftreten, also dem Gegenüber Toleranz und Sicherheit signalisieren, damit die Person sich outen kann und möglicherweise auch will. Allen voran sollten Fachkräfte keine Heterosexualität voraussetzen oder annehmen und immer im Hinterkopf behalten, dass es auch andere sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten gibt. Auch sollten Fachkräfte stets die Allgemeinen Attribute besitzen, wie etwa nicht wertend sein, keinen in eine Schublade aufgrund von Stereotypen drängen, wertschätzend und respektvoll sein, egal mit welchem Menschen diese zu tun haben.

Alle oben genannten Eigenschaften und Maßnahmen, welche jede und jeder persönlich umsetzen kann, können mit folgenden Interventionen auf

Gesundheitsanbieterbasis fundiert werden. Die Etablierung von mehr Organisationen, welche Schulungen bezüglich der LGBTQ+ Thematik anbieten, wären von Vorteil, denn diese könnten auch im Akutsetting wirken. LGBTQ+ Themen könnten aber auch in allgemeine Kultursensitivitätsschulungen integriert werden, um überhaupt erst mit dieser Materie vertraut zu werden. Ein Beispiel an welches sich solche Anbieter halten könnten, wäre das Projekt HEALE (Health Education about LGBT Elders) aus den USA, ein aus 6 Modulen bestehender Lehrplan für kulturelle Kompetenz (Hardacker et al. 2014). Diese Thematik könnte bereits in die Ausbildung oder in das Studium für die Gesundheits- und Krankenpflege integriert werden. Dies wird auch von Lim et al. (2013) als wichtig erachtet. Auch Infofolder über LGBTQ+ Themen, welche für das Personal erstellt werden und kostenlos zugänglich gemacht werden oder in Institutionen sogar ausgeteilt werden, können die Sensibilisierung für diese Thematik steigern.

7. Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die LGBTQ+ Community der älteren Generation sich immer wieder überschneidende Bedürfnisse äußert, welche auf Angst basieren aufgrund vorangegangener, geschichtlicher Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung dieser Personengruppe. So sind das Outing, eine LGBTQ+ freundliche Umgebung, sowie ein LGBTQ+ freundliches und sensibilisiertes Personal Themen, welche einen wesentlichen Punkt in der Versorgung von LGBTQ+ Personen darstellen. Dennoch bleibt jede oder jeder Einzelne von ihnen ein eigenständiger Mensch mit individuellen Bedürfnissen, welche in der Pflege berücksichtigt werden müssen, weswegen niemals pauschalisiert werden darf. Diese Thematik weist auch große Lücken in der Forschung auf, welche geschlossen werden sollten. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist die Wichtigkeit gegeben, die speziellen Bedürfnisse der älteren LGBTQ+ Personen in der Pflege und Betreuung zu berücksichtigen, sich der Herausforderungen bewusst zu sein und diesbezüglich eine bessere Aufklärung und Sensibilisierung im Gesundheitswesen benötigt wird.

8. Literaturverzeichnis

Boggs, JM, Dickman Portz, J, King, DK, Wright, LA, Helander, K, Retrum, JH & Gozansky, WS 2017, 'Perspectives of LGBTQ Older Adults on Aging in Place: A Qualitative Investigation', *J Homosex*, vol. 64, no. 11, pp. 1539-60, doi:10.1080/00918369.2016.1247539

Boulé, J, Wilson, K, Kortés-Miller, K & Stinchcombe, A 2019, "'We Live in a Wonderful Country, Canada, but'": Perspectives From Older LGBTQ Ontarians on Visibility, Connection, and Power in Care and Community', *International Journal of Aging & Human Development*, pp. 91415019857060-, doi:10.1177/0091415019857060

Butler, SS 2017, 'Older lesbians' experiences with home care: Varying levels of disclosure and discrimination', *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 29, no. 4, pp. 378-98, doi:10.1080/10538720.2017.1365673

Carabez, R, Pellegrini, M, Mankovitz, A, Eliason, M, Ciano, M & Scott, M 2015, "'Never in All My Years... ": Nurses' Education About LGBT Health', *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, vol. 31, no. 4, pp. 323-9, doi:10.1016/j.profnurs.2015.01.003

Centre, TRR 2012, *Heterosexism*, The Rainbow Resource Centre, viewed 2020, <https://rainbowresourcecentre.org/files/12-11-Heterosexism.pdf>

Choi, SK & Meyer, IH 2016, 'LGBT Aging: A Review of Research Findings, Needs, and Policy Implications',

Czaja, SJ, Sabbag, S, Lee, CC, Schulz, R, Lang, S, Vlahovic, T, Jaret, A & Thurston, C 2016, 'Concerns about aging and caregiving among middle-aged and older lesbian and gay adults', *Aging & Mental Health*, vol. 20, no. 11, pp. 1107-18, doi:10.1080/13607863.2015.1072795

Dalia Research 2016, *Counting the LGBT population: 6% of Europeans identify as LGBT*, Dalia Research, viewed 05.11.2019, <https://daliaresearch.com/blog/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>

Dastagir, AE 2017, *LGBTQ definitions every good ally should know*, USA TODAY, viewed 2020, <https://eu.usatoday.com/story/news/2017/06/15/lgbtq-glossary-slang-ally-learn-language/101200092/>

Davis, T & Soka, AE 2016, 'Healthcare, Sexual Practices, and Cultural Competence with LGBT Elders', in DA Harley & PB Teaster (eds), *Handbook of LGBT Elders: An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies*, Springer International Publishing, Cham, pp. 391-415, DOI 10.1007/978-3-319-03623-6_20, https://doi.org/10.1007/978-3-319-03623-6_20.

Durso, LE & Meyer, IH 2013, 'Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals', *Sex Res Social Policy*, vol. 10, no. 1, pp. 35-42, doi:10.1007/s13178-012-0105-2

Fredriksen-Goldsen, KI, Hoy-Ellis, CP, Goldsen, J, Emlet, CA & Hooyman, NR 2014, 'Creating a vision for the future: key competencies and strategies for culturally competent practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults in the health and human services', *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 57, no. 2-4, pp. 80-107, doi:10.1080/01634372.2014.890690

Fredriksen-Goldsen, KI & Kim, H-J 2015, 'Count me in: response to sexual orientation measures among older adults', *Research on aging*, vol. 37, no. 5, pp. 464-80, doi:10.1177/0164027514542109

— 2017, 'The Science of Conducting Research With LGBT Older Adults- An Introduction to Aging with Pride: National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study (NHAS)', *The Gerontologist*, vol. 57, no. suppl_1, pp. S1-S14, doi:10.1093/geront/gnw212

Fredriksen-Goldsen, KI, Kim, H-J, Emlet, CA, Muraco, A, Erosheva, EA, Hoy-Ellis, CP, Goldsen, J & Petry, H 2011, *The Aging and Health Report: Disparities and Resilience Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults - Key Findings Fact Sheet*, Seattle: Institute for Multigenerational Health.

Furlotte, C, Gladstone, JW, Cosby, RF & Fitzgerald, K-A 2016, '"Could We Hold Hands?" Older Lesbian and Gay Couples' Perceptions of Long-Term Care Homes and Home Care', *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement*, vol. 35, no. 4, pp. 432-46, doi:10.1017/s0714980816000489

Gold, M 2018, 'The ABCs of L.G.B.T.Q.I.A.+', *The New York Times*, viewed 13.10.2019, <https://www.nytimes.com/2018/06/21/style/lgbtq-gender-language.html>.

Grigorovich, A 2015, 'Negotiating sexuality in home care settings: older lesbians and bisexual women's experiences', *Culture Health & Sexuality*, vol. 17, no. 8, pp. 947-61, doi:10.1080/13691058.2015.1011237

— 2016, 'The meaning of quality of care in home care settings: older lesbian and bisexual women's perspectives', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 30, no. 1, pp. 108-16, doi:10.1111/scs.12228

Hardacker, CT, Rubinstein, B, Hotton, A & Houlberg, M 2014, 'Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum', *Journal of Nursing Management*, vol. 22, no. 2, pp. 257-66, doi:10.1111/jonm.12125

Hardenberg, AGv 2020, *charta der vielfalt - Für Diversity in der Arbeitswelt*, Charta der Vielfalt e.V., viewed 2020, <https://www.charta-der-vielfalt.de/ueber-uns/charta-news/detail/qualitaetssiegel-fuer-lgbt-pflegeheime/>

Higgins, A, Sharek, D, McCann, E, Sheerin, F, Glacken, M, Breen, M & McCarron, M 2011, *Visible lives: identifying the experiences and needs of older lesbian, gay, bisexual and transgender people in Ireland*, Gay and Lesbian Equality Network (GLEN), viewed 2014-08-27t10:34:37z, <http://hdl.handle.net/10147/325477>

Hong, QN, Fábregues, S, Bartlett, G, Boardman, F, Cargo, M, Dagenais, P, Gagnon, M-P, Griffiths, F, Nicolau, B, O’Cathain, A, Rousseau, M-C, Vedel, I & Pluye, P 2018, 'The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers', *Education for Information*, vol. 34, pp. 1-7, doi:10.3233/EFI-180221

Hughes, AK, Harold, RD & Boyer, JM 2011, 'Awareness of LGBT Aging Issues Among Aging Services Network Providers', *Journal of gerontological social work*, vol. 54, no. 7, pp. 659-77, doi:10.1080/01634372.2011.585392

Jacobson, J 2017, 'LGBT Older Adults in Long-Term Care', *American Journal of Nursing*, vol. 117, no. 8, pp. 18-20, doi:10.1097/01.NAJ.0000521965.23470.a6

Kendig, H, Gong, CH, Cannon, L & Browning, C 2017, 'Preferences and Predictors of Aging in Place: Longitudinal Evidence from Melbourne, Australia', *Journal of Housing For the Elderly*, vol. 31, no. 3, pp. 259-71, doi:10.1080/02763893.2017.1280582

Kortes-Miller, K, Wilson, K & Stinchcombe, A 2019, 'Care and LGBT Aging in Canada: A Focus Group Study on the Educational Gaps among Care Workers', *Clinical Gerontologist*, vol. 42, no. 2, pp. 192-7, doi:10.1080/07317115.2018.1544955

Krüger, S 2018, *Wo Homosexuellen Verfolgung und Todesstrafe drohen*, welt, viewed 2020, <https://www.welt.de/reise/Fern/article174057160/Gay-Travel-Index-2018-Wo-Homosexuellen-Verfolgung-und-Todesstrafe-drohen.html>

Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule in NRW Rubicon e.V. 2014, *Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule - Informationen für die Professionelle Altenpflege*.

Kushner, B, Neville, S & Adams, J 2013, 'Perceptions of ageing as an older gay man: a qualitative study', *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, vol. 22, no. 23-24, pp. 3388-95, doi:10.1111/jocn.12362

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. 2018, *Pflege unterm Regenbogen. Über den Umgang mit homosexuellen, bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen in der Kranken- und Altenpflege*, Leitfaden.

Lesbian & Gay Community Services Center, I 2019, *What is LGBTQ?*, viewed 13.10.2019, <https://gaycenter.org/about/lgbtq/>

Leyerzapf, H, Visse, M, De Beer, A & Abma, TA 2018, 'Gay-friendly elderly care: creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm', *Ageing & Society*, vol. 38, no. 2, pp. 352-77, doi:10.1017/s0144686x16001045

Lim, FA, Brown, DV, Jr. & Jones, H 2013, 'Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: fundamentals for nursing education', *The Journal of nursing education*, vol. 52, no. 4, pp. 198-203, doi:10.3928/01484834-20130311-02

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG & The, PG 2009, 'Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement', *PLOS Medicine*, vol. 6, no. 7, p. e1000097, doi:10.1371/journal.pmed.1000097

Nowakowski, AS 2017, *What Does The + In LGBTQ+ Stand For?*, elite daily, viewed 2020, <https://www.elitedaily.com/life/culture/what-is-plus-in-lgbtq/1986910>

Okpodi, J & Okhakhu, E 2018, 'Ageism and Lifestyle Perceptions Encountered by Lesbian, Gay, Bisexual, (LGB) Older Adults in Healthcare Systems: This is the Reality?', *Lupine Online Journal of Nursing & Health care*, doi:10.32474/LOJNHC.2018.02.000127

Peisah, C, Burns, K, Edmonds, S & Brodaty, H 2018, 'Rendering visible the previously invisible in health care: the ageing LGBTI communities', *Medical Journal of Australia*, vol. 209, no. 3, pp. 106+, doi:10.5694/mja17.00896

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 10th edn, Wolters Kluwer Health, Philadelphia.

Putney, JM, Keary, S, Hebert, N, Krinsky, L & Halmo, R 2018, "'Fear Runs Deep:" The Anticipated Needs of LGBT Older Adults in Long-Term Care', *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 61, no. 8, pp. 887-907, doi:10.1080/01634372.2018.1508109

Redman, D 2012, *Can Intergenerational Connection Battle Ageism Within the LGBT Community?*, *AgingToday* - the bimonthly newspaper of the American Society on

Aging, viewed 2020, <https://www.asaging.org/blog/can-intergenerational-connection-battle-ageism-within-lgbt-community>

SAGE 2014, 'Out & Visible. The Experiences and Attitudes of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Older Adults, Ages 45-75.', p. 32

Scharpf, S 2017, *Understanding Aging in Place: A Definition*, viewed 2020, <https://blog.partnermd.com/blog/understanding-aging-in-place-definition>

Sharek, DB, McCann, E, Sheerin, F, Glacken, M & Higgins, A 2015, 'Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland', *International Journal of Older People Nursing*, vol. 10, no. 3, pp. 230-40, doi:10.1111/opn.12078

Shetty, G, Sanchez, JA, Lancaster, JM, Wilson, LE, Quinn, GP & Schabath, MB 2016, 'Oncology healthcare providers' knowledge, attitudes, and practice behaviors regarding LGBT health', *Patient Education and Counseling*, vol. 99, no. 10, pp. 1676-84, doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.05.004>

Simpson, P, Almack, K & Walthery, P 2018, 'We treat them all the same': the attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes', *Ageing & Society*, vol. 38, no. 5, pp. 869-99, doi:10.1017/s0144686x1600132x

Stein, GL, Beckerman, NL & Sherman, PA 2010, 'Lesbian and gay elders and long-term care: identifying the unique psychosocial perspectives and challenges', *Journal*

of *Gerontological Social Work*, vol. 53, no. 5, pp. 421-35, doi:10.1080/01634372.2010.496478

UCLA School of Law ,Williams Institute' 2019, *LGBT Data & Demographics*, viewed 20.10.2019, <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/visualization/lgbt-stats/?topic=LGBT#density>

Waling, A, Lyons, A, Alba, B, Minichiello, V, Barrett, C, Hughes, M, Fredriksen-Goldsen, K & Edmonds, S 2019, 'Experiences and perceptions of residential and home care services among older lesbian women and gay men in Australia', *Health & Social Care in the Community*, vol. 27, no. 5, pp. 1251-9, doi:10.1111/hsc.12760

Westwood, S 2016, 'We see it as being heterosexualised, being put into a care home': gender, sexuality and housing/care preferences among older LGB individuals in the UK', *Health & Social Care in the Community*, vol. 24, no. 6, pp. E155-E63, doi:10.1111/hsc.12265

WHO 2001, *Men, ageing and health : achieving health across the life span*, WHO/NMH/NPH/01.2, World Health Organization, Geneva, 2001, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66941>.

Wiles, JL, Leibing, A, Guberman, N, Reeve, J & Allen, RE 2012, 'The meaning of "aging in place" to older people', *Gerontologist*, vol. 52, no. 3, pp. 357-66, doi:10.1093/geront/gnr098

Wilhelm, W o.J., *Homophobie, Heterosexismus und Heteronormativität - Definitionen*, Stadt Wien, viewed 2020,
<https://www.wien.gv.at/menschen/queer/diskriminierung/homophobie.html>

9. Anhang

Studie: Westwood, S. (2015)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				

	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Kushner et al. (2013)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				

3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Sharek et al. (2015)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				

5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	x			
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	x			
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	x			
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			x	
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	x			

Studie: Czaja et al. (2016)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				

	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	x			
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	x			
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	x			
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			x	
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	x			

Studie: Furlotte et al. (2016)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				

	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Fredriksen-Goldsen et al. (2014)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		x		
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?		x		
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Waling et al. (2019)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				

	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Putney et al. (2018)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Leyerzapf et al. (2018)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				

	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Davis, T & Soka, AE (2016)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		x		
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?		x		
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Stein et al. (2010)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				

	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Grigorovich, A. (2015)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			

	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Grigorovich, A. (2016)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				

	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Butler, S. (2017)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
	2.1. Is randomization appropriately performed?				

2. Quantitative randomized controlled trials	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Boulé et al. (2019)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	x			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				

	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				