

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



edws

Edition Waldschlösschen Materialien

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

Herausgeber dieses Heftes

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“



**Selbst.verständlich
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von
Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher
Selbstbestimmung und Vielfalt!

www.selbstverstaendlich-vielfalt.de

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

Impressum

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der*die Autor*in bzw. tragen die Autor*innen die Verantwortung.

2. Grundkonzepte und Formen der Prävention

Die Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung sind nah beieinander, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des Fokus auf Gesundheit und Krankheit¹ (Kolip, 2020). Nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1). Im Blick stehen also Maßnahmen zur Genese und Gesunderhaltung sowie der Stärkung von Resilienz bzw. Widerstandsressourcen (u. a. Faltermaier, 2018; Walter, Patzelt & Nowik, 2021), ganz im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky (→ [Salutogenese](#)). Mit dem aus dem sozialmedizinischen Bereich stammenden Konzept der Prävention wird Krankheit mit dessen Vorbeugung von Risikofaktoren und Vorsorge betrachtet (vgl. u. a. Franzkowiak, 2018; Schüz & Möller, 2006; Wirtz, Kohlmann & Salewski, 2018). Im folgenden Beitrag sollen auf Basis der Konzepte und Begriffe die Komplexität von Prävention dargestellt werden.

Was ist Prävention?

Der Bereich der Prävention übergreift mehrere Disziplinen, wie u. a. Medizin, Pflegewissenschaften, Psychologie oder Soziale Arbeit,³⁷ und hat viele Überschneidungen mit anderen Konzepten, wie der Rehabilitation oder Pflege. Häufig sind diese nicht immer eindeutig und trennscharf voneinander abgegrenzt. Der Begriff Prävention bedeutet Zuvorkommen oder Verhüten. Mit präventiven Maßnahmen sollen krankheitsgefährdende Risikofaktoren bei einzelnen Personen, spezifischen Zielgruppen oder in der Gesamtbevölkerung minimiert werden, um die Verbreitung von Krankheiten vorsorglich zu verhindern.

¹ Da die Publikation die physische und somatische Gesundheit fokussiert wird hier der Begriff der „Krankheit“ genutzt, der in diesem Artikel auch psychische Störungen einschließt.

Während medizinische und therapeutische Behandlungen hauptsächlich auf die Heilung von Erkrankungen und die Beseitigung von Symptomen abzielen, geht es in der Pflege hauptsächlich um die Versorgung erkrankter Menschen, um Beeinträchtigungen und Komplikationen während des Gesundungsprozesses zu reduzieren (vgl. Wirtz et al., 2018). Etwas anders gestaltet es sich in der Palliativmedizin und -pflege, die Sterbeprozesse begleiten und auf Schmerzreduktion sowie ein hohes Wohlbefinden Sterbender abzielen. Mit Maßnahmen der Rehabilitation sollen Folgen von (insbesondere chronischen) Erkrankungen reduziert oder beseitigt werden. „In der Therapie, Rehabilitation und Pflege sind gesundheitsfördernde und [...] präventive Maßnahmen stets als begleitende Elemente mit zu berücksichtigen“ (Wirtz et al., 2018, S. 19).

Eine Intervention ist allgemein jede geplante Beeinflussung eines Systems, sei es ein politisches, gesellschaftliches System, eine Organisation, eine Familie oder ein einzelnes Individuum. In einem engeren Sinn kann die medizinische und therapeutische Intervention als ein Einschreiten gegen Krankheit sowie Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit bedeuten. Dabei unterscheiden sich Interventionen in Abhängigkeit ihrer Komplexität. „Eine Intervention ist komplex, wenn sie aus mehreren [sich wechselseitig bedingenden] Einzelkomponenten (Wirkelementen) besteht [...], die Intervention an unterschiedliche Zielgruppen oder Organisationsebenen [gerichtet ist], einen gewissen Freiraum an Individualisierung ermöglicht (z.B. kein Standardprogramm) und/oder wenn die Anzahl der Outcomeparameter hoch ist“ (Pfaff & Nellessen-Martens, 2020, S. 451-452). Es ist davon auszugehen, dass nahezu jede gesundheitsbezogene Intervention hoch komplex ist, da eine wirksame Maßnahme bei einer Person oder -gruppe bei einer anderen bereits gesundheitsschädlich sein kann.

Die Abbildung 1 verweist auf das Kontinuum des Salutogenesege dankens Antonovskys (vgl. Faltermeier, 2018 → [Salutogenese](#)) hin, wobei ein fließender Übergang zwischen dem Gesundheits- und Krankheitspol postuliert wird. Darauf bezogen können gesundheitsförderliche

Maßnahmen oder die für dieses Kapitel relevanten Formen der Prävention auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eingeordnet werden.

Welche Formen der Prävention gibt es?

Es gibt unterschiedliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die auch für gesundheitsbezogene Maßnahmen im queeren Kontext relevant sind. Diese Maßnahmen werden, wie folgt, nach Fokus unterschiedlich klassifiziert (u. a. Brinkmann, 2014; Kolip, 2020; Schüz & Möller, 2016; Wirtz et al., 2018; s. Abbildung 1).

- Interventionszeitpunkt: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention
- Zielgruppe: universelle, selektive und indizierte Prävention
- Veränderungsfokus: Verhaltens- und Verhältnisprävention

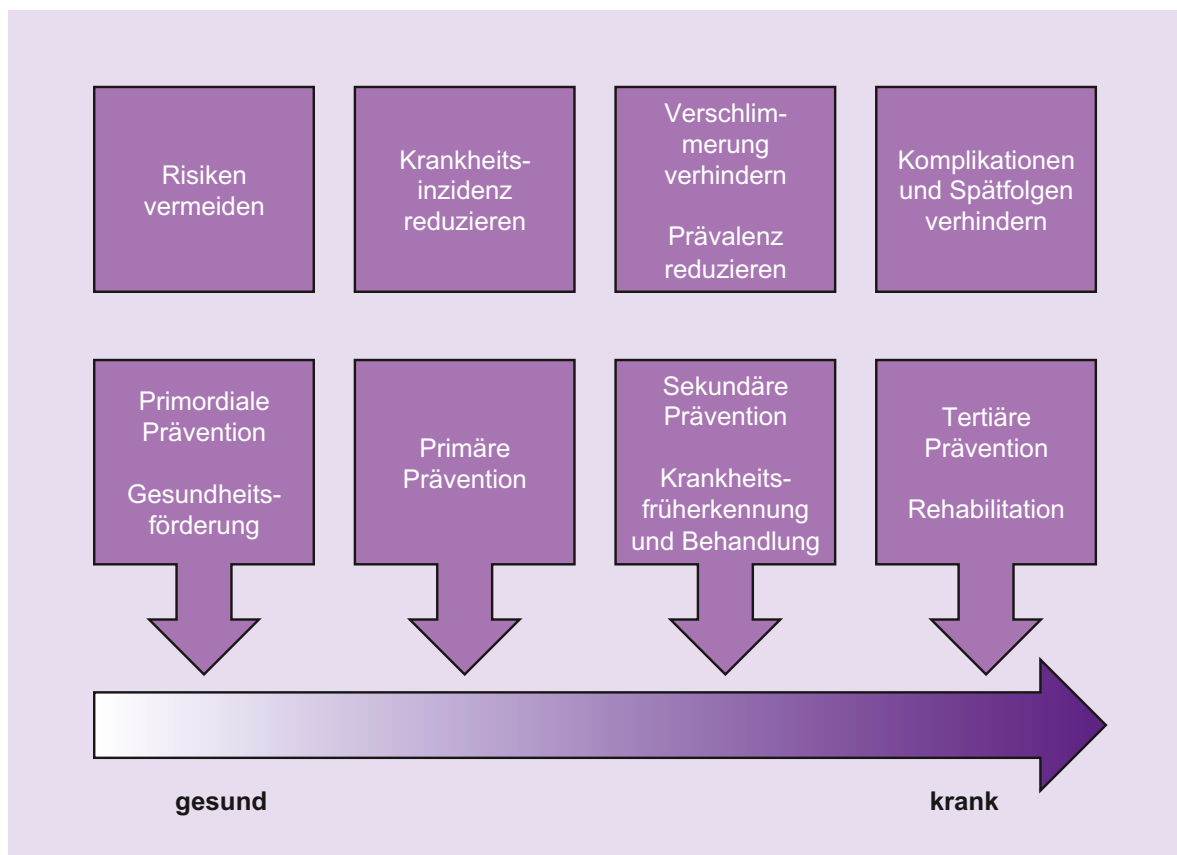


Abbildung 1: Das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit sowie Ansätze der Prävention

Mit Prävention wird häufig auf die primordiale bzw. primäre Prävention Bezug genommen. Die primordiale Prävention richtet sich an Personen, die gesund sind und keine Beschwerden sowie kein besonderes Risiko für Erkrankungen haben. Das Ziel der primordialen Prävention ist die Erhaltung der Gesundheit und entspricht somit weitestgehend dem Konzept der Gesundheitsförderung. Hierzu gehört u. a. die Förderung von körperlicher Aktivität, Zahnprophylaxe, die Bereitstellung von rückschonendem Mobiliar in Unternehmen sowie (unspezifische) Gesundheitsschutzgesetze. In der primären Prävention sollen Krankheitsinzidenzen, also die bevölkerungsweite Verbreitung von Krankheiten, vermieden werden, z. B. durch Impfungen. Die sekundäre Prävention setzt ein, wenn bereits eine Erkrankung oder Infektion vorliegt und eine Verschlimmerung oder Chronifizierung vermieden werden soll. Hierzu zählen Maßnahmen zur Frühdiagnostik beispielsweise bei Krebs. In der tertiären Prävention sollen Krankheitsrückfälle vermieden und Schädigungen einer Erkrankung reduziert werden. Beispiele hierfür sind zum einen die Einnahme von Medikamenten (antiretrovirale Therapie, ART) bei einer symptomatischen AIDS-Erkrankung, wodurch opportunistische Infektionen bekämpft und verhindert werden können (vgl. Hoffmann, 2020), oder zum anderen die Begleitung von Patient*innen mit einer abstinenten Suchterkrankung. Die Rehabilitation ist ein Teil der tertiären Prävention (vgl. Schüz & Möller, 2006).

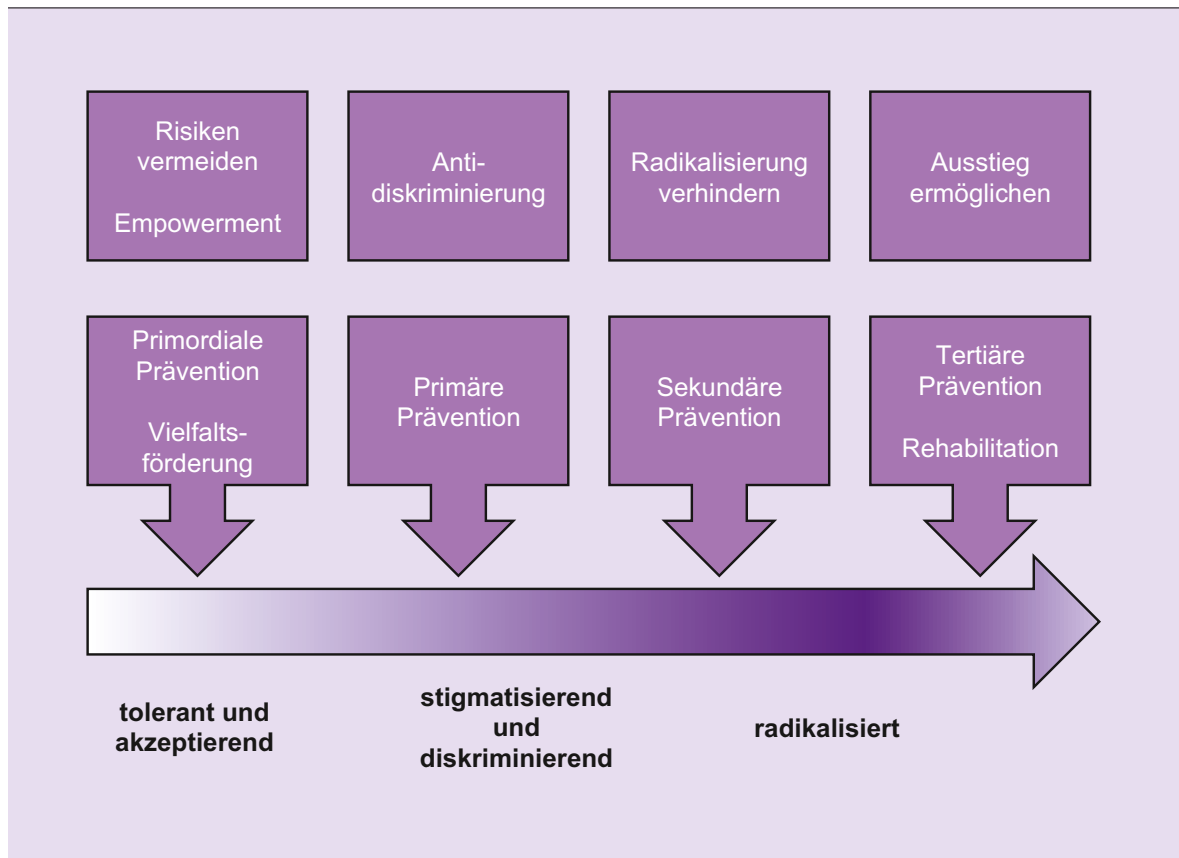
Bei der zielgruppenbezogenen Unterscheidung von Prävention werden drei Spezifizierungen vorgenommen: Die universelle Prävention richtet sich an die Gesamtbevölkerung, z. B. mit Gesetzen oder Plakat-Kampagnen. Gesunde Personen mit einem hohen Risiko für eine Erkrankung werden von der selektiven Prävention angesprochen. Hierzu gehört beispielsweise die HIV-Prävention bei schwulen Männern und anderen Männern, die Sex mit Männern haben (→ Empowerment). Die indizierte Prävention zielt auf Personen, die bereits erste Symptome und Krankheitsanzeichen entwickelt haben, u. a. auf Personen mit erhöhtem Blutdruck. Die Klassifikation nach Zielgruppen weist Parallelen zur Unterscheidung nach dem Interventionszeitpunkt auf, ist aber nicht identisch.

Die dritte Kategorisierung, also die Unterscheidung nach dem Fokus der Veränderung, kann auch separat als zweite Dimension zu den bisherigen Differenzierungen von Prävention angewendet werden. Zum ersten gibt es die Verhaltensprävention, die sich an das Erleben und Verhalten von Menschen richtet, so dass sie eigenständig gesundheitsförderlich leben. Hierzu gehören u. a. Ernährungsberatungen, Trainings zur Stärkung der Rückenmuskulatur, Informationen über Drogengebrauch oder Safer Sex. Zum anderen fokussiert die Verhältnisprävention die Umgebungsfaktoren, welche die Gesundheit von Menschen beeinträchtigen. Gesundheitsschutzgesetze, ein ergonomisch ausgerichteter Arbeitsplatz oder gendersensible Beratungskonzepte für Menschen mit Beeinträchtigungen sind Beispiele für die Verhältnisprävention.

Was hat sexuelle und geschlechtliche Vielfalt mit Prävention zu tun?

Wie an anderen Stellen mehrfach dargestellt (u. a. Pöge et al., 2020; Zee-man et al., 2019 → [Band 1 Gesundheit](#)), ist die gesundheitliche Lage von queeren² Menschen schlechter als die von cis, endo oder heterosexuellen Personen, obwohl sie die gleichen Bedarfe in Bezug auf Krankheit und Gesundheit aufweisen, wie z. B. Impfen gegen Grippe oder Behandlungen bei Beinbrüchen. Gleichzeitig ergeben sich spezifische Herausforderungen für queere Menschen in der Gesundheitsversorgung. Es gibt besondere gesundheitsbezogene Bedarfe von trans* Menschen im Prozess der Transition (→ [Band 1 Trans*](#)) oder Folgeprobleme nach geschlechtsnormierenden Operationen bei inter* Kindern (→ [Band 1 Inter*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)). Aber auch Diskriminierungserfahrungen sowie -erwartungen von queeren Menschen im Gesundheitswesen (→ [Band 1 Vorurteile](#)) können die Gesundheit sowie das gesundheitsbezogene Verhalten beeinträchtigen. So zeigte sich beispielsweise, dass queere Menschen

² Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).



Nach Beelmann, Lutterbach, Rickert und Sterba (2021) gibt es für die Entwicklung von extremistischen Einstellungen und Handlungen sowohl ontogenetische Entwicklungsprozesse als auch proximale Radikalisierungsprozesse. Die Entwicklungsprozesse sind dabei durch Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt. Aufgabe der Vielfaltsförderung (analog zur Gesundheitsförderung) wäre es also, die Schutzfaktoren, z. B. Empathie, Perspektivübernahme, gute Schulleistungen oder Zukunftsperspektiven, zu stärken. Ergänzend kann die primordiale Prävention genutzt werden, um Risikofaktoren wie Intergruppenkonflikte, Armut oder soziale Ausschluss Erfahrungen zu reduzieren. Die primäre Prävention fokussiert die Antidiskriminierung, z. B. mit Gesetzen wie das Grundgesetz oder das Antidiskriminierungsgesetz, mit Programmen wie „Demokratie lebend!“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, o. J.) oder durch Aufklärungsprojekte wie SCHLAU (vgl. Kerski, 2018). Folgende Radikalisierungsprozesse, die für Extremismus bedeutsam sind, werden dabei von Beelmann und Kolleg*innen (2021) beschrieben: Identitätsprobleme, Vorurteilsstrukturen, extremistische Ideologie und Dissozialität. Bei ersten Anzeichen bei einem dieser Phänomene müssen sekundärpräventive Maßnahmen ansetzen, um Radikalisierung zu verhindern. Je nach Ausgangslage unterscheiden sich die möglichen Maßnahmen (vgl. Beelmann et al., 2021). Die Rehabilitation hat das Ziel, die Radikalisierung einzelner Personen und vorhandene gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit zu beenden bzw. zu verringern. Radikalisierung und Extremismus können dementsprechend als nicht lebensüberdauernd, aber als schwer zu durchbrechen angesehen werden (vgl. Beelmann et al., 2021). Das Bundesamt für Verfassungsschutz (o. J.) bietet u. a. Aussteiger*innenprogramme für Rechts- und Linksextremismus an. Darüber hinaus kann sowohl verhaltens- (z. B. Empathietrainings) und verhältnispräventiv (z. B. Antidiskriminierungsgesetze) gearbeitet

werden als auch eine Einbindung spezifischer Zielgruppen bis hin zur Gesamtbevölkerung erfolgen. Zusammenfassend zeigt sich also, dass gesundheitsbezogene, präventive Konzepte auf Antidiskriminierung übertragen werden können.

Box 1: Übertragung der gesundheitsbezogenen Präventionskonzepte auf Vielfaltsförderung, Antidiskriminierung und Radikalisierungsprävention

häufiger an Suchterkrankungen leiden (→ Sucht) oder seltener zur zahnärztlichen Vorsorge gehen (→ Band 1 Zahnmedizin), was sich u. a. auf den Minoritätenstress (Meyer, 2003) zurückführen lässt (→ Minoritätenstress → Band 1 Gesundheit). Es braucht deswegen neben Vielfaltsförderungs- und Antidiskriminierungsmaßnahmen (s. Box 1) auch die Berücksichtigung von sexueller und amouröser Orientierung sowie von Geschlechtlichkeit (→ Band 1 Vielfalt) in der Prävention und Gesundheitsförderung. Auf Seiten des Präventionspersonals oder der Behandler*innen sollten Aufklärung, Sensibilisierung und der Abbau von Vorurteilen gefördert werden, wodurch präventive Barrieren für queere Menschen reduziert werden können.

Literatur

BEELMANN, A., LUTTERBACH, S., RICKERT, M., & STERBA, L. S. (2021). Entwicklungsorientierte Radikalisierungsprävention: Was man tun kann und sollte. Wissenschaftliches Gutachten für den Landespräventionsrat Niedersachsen. Zentrum für Rechtsextremismusforschung, Demokratiebildung und gesellschaftliche Integration, Friedrich-Schiller-Universität Jena. <https://lpr.niedersachsen.de/html/download.cms?id=3381&datei=Gutachten-Landesprogramm+fDuM-2021-onlineversion.pdf>

BRINKMANN, R. (2014). Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson.

BUNDESAMT FÜR VERFASSUNGSSCHUTZ (o. J.). Bürger und Betroffene. Abgerufen am 19.07.2021 von https://www.verfassungsschutz.de/DE/service/buerger-und-betroffene/buerger-und-betroffene_node.html;jsessionid=41A37C2D3D1E5CDFE0A49AAC674F030C.intranet671

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (o. J.). Über „Demokratie leben!“. Abgerufen am 19.07.2021 von <https://www.demokratie-leben.de/das-programm/ueber-demokratie-leben>

FALTERMEIER, T. (2018). Salutogenese und Ressourcenorientierung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 85-97). Bern: Hogrefe.

FRANZKOWIAK, P. (2018, 28. Juni). Prävention und Krankheitsprävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i091-2.0>

-
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HOFFMANN, C. (2020). Opportunistische Infektionen (OI). In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), *HIV 2020/2021* (S. 276-357). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de/>
- KERSKI, N. (2018). SCHLAU – Bildungs- und Antidiskriminierungsarbeit zu sexueller Orientierung und geschlechtlicher Vielfalt. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule* (S. 220-221). Göttingen: Waldschlösschen Verlag.
- KOLIP, P. (2020). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung: Begründung, Konzepte und politischer Rahmen. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 686-709). Weinheim: Beltz Juventa.
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- PFAFF, H., & NELLESSEN-MARTENS, G. (2020). Interventions- und Transferforschung. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 448-464). Weinheim: Beltz Juventa.
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- SCHÜZ, B., & MÖLLER, A. (2006). Prävention. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 143-155). Heidelberg: Springer.
- WALTER, U., PATZELT, C., & NOWIK, D. (2021, 08. Februar). Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i050-1.0>
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WIRTZ, M. A., KOHLMANN, C.-W., & SALEWSKI, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 13-27). Bern: Hogrefe.
- ZEEMAN, L., SHERRIFF, N., MCGLYNN, N., MIRANDOLA, M., GIOS, L., DAVIS, R., ET AL. (2019). A Review of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex (LGBTI) Health and Healthcare Inequalities. *European Journal of Public Health*, 29, 974-980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

Autor*innen

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de

Victoria Zenß ist Rehabilitationspsychologin (M. Sc.) und Personenzentrierte Beraterin (GwG). Sie arbeitet in dem Psychosozialen Zentrum des Netzwerkes für Traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen (NTFN e. V.) in Braunschweig und absolviert nebenberuflich ihre psychotherapeutische Ausbildung. Weiterhin arbeitet sie als Lehrbeauftragte am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: v.zenss@tu-braunschweig.de