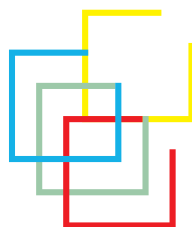


A photograph of two elderly men on a balcony. One man, with a white beard and glasses, is adjusting his glasses. The other man, also with a white beard, is looking at him. They are both wearing light-colored t-shirts. The background shows a cityscape through a glass railing.

Kurzfassung des Forschungsberichts

Queeres Leben mit Pflege

Die Lebens- und Pflegesituation
von LSBTIQ* und Menschen
mit HIV in Deutschland sowie ihrer
pflegenden An- und Zugehörigen



PflegeVielfalt

Queer. Selbstbestimmt. Solidarisch.

Herausgegeben von der

Bundesfachstelle Pflege und Altern von LSBTIQ* und Menschen mit HIV
c/o Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) e. V.
Gertrudenstraße 9
50667 Köln
T 0221 - 29 49 24 17
www.pflege-vielfalt.de

Text und Datenauswertung

Theresa Heintz, B.A., Hamburg

Redaktion

Markus Johannes, Bela Bernards, Jan Bockemühl

Expert*innengremium

Jan Bockemühl, M.A., Köln
Hannah Burgmeier, M.A., Bremen
Judith Burgmeier, M.A., Bremen
Francesco Cavallo, M.A., Dortmund
Dr. Heiko Gerlach, Hamburg
Dr. Kathrin Kürsten, Köln
Prof. Dr. Klaus Müller, Frankfurt am Main
Peter Struck, Bielefeld

Gestaltung

Klinkebiel GmbH, Kommunikationsdesign, Köln,
www.klinkebiel.com

Gefördert durch den GKV-Spitzenverband
im Einvernehmen mit dem PKV-Verband gemäß § 45d SGB XI

Juli 2026

Vorwort

Die Bundesfachstelle Pflege und Altern von LSBTIQ* und Menschen mit HIV ist eine junge Einrichtung. Sie wird seit Mitte 2025 in Trägerschaft der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) e. V. aufgebaut und ist eine bundesweite Selbsthilfestruktur für LSBTIQ* und Menschen mit HIV, die Pflege brauchen oder Pflege leisten sowie für ihre An- und Zugehörigen.

Am Anfang dieser Arbeit stand eine Frage, auf die wir wenig belastbare Antworten hatten: Wie leben queere Menschen in Deutschland eigentlich mit Pflege? Wir wollten die Angebote der Bundesfachstelle nicht auf Vermutungen und Einzelerfahrungen gründen. Also haben wir gefragt.

Wer über Pflege spricht, spricht über Abhängigkeit, über den eigenen Körper, über Geld, manchmal über erlebte Kränkung. Allen, die sich darauf eingelassen haben, danken wir sehr herzlich.

Unser Dank gilt ebenso dem Expert*innengremium und dem Fachbeirat der Bundesfachstelle, die die Fragebögen mitentwickelt und geprüft haben, sowie den Verbänden, die das Projekt begleiten. Dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband danken wir für die Förderung, die diese Erhebung möglich gemacht hat. Besonders danken wir Theresa Heintz für die Auswertung und die sorgfältige fachliche Einordnung der Ergebnisse.

Was Sie auf den folgenden Seiten lesen, ist für uns kein Abschluss, sondern Arbeitsgrundlage. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre — und hoffen, dass diese Zahlen weitere Forschung anstoßen.

Markus Johannes

Projektkoordinator

Bundesfachstelle Pflege und Altern von LSBTIQ* und Menschen mit HIV



Der vollständige Bericht, alle Zahlen mit Grafiken und Diagrammen sowie die beiden Fragebögen stehen als PDFs unter www.pflege-vielfalt.de/umfrage2026 zur Verfügung.

Zum Sprachgebrauch

LSBTIQ* steht für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere Menschen. Das Sternchen hält den Begriff offen für weitere geschlechtlich vielfältige Identitäten. „Queer“ wurde ursprünglich als Abwertung verwendet und von der Community positiv umgedeutet. Heute dient es als Sammelbegriff für alle Menschen, die sich in heteronormativen Kategorien nicht wiederfinden. LSBTIQ* und queer werden in diesem Bericht gleichbedeutend verwendet. Menschen mit HIV sind eine eigenständige Zielgruppe: HIV ist keine Frage der sexuellen oder geschlechtlichen Identität, doch es besteht eine historisch gewachsene Schnittmenge zur Community — und eigene Stigmatisierungserfahrungen, die im Pflegekontext besonders verletzlich machen.

Inhalt

Warum braucht es diese Befragung?	7
1. Der fachliche Hintergrund in Kürze	8
1.1 Heteronormativität als Strukturproblem	8
1.2 Minoritätenstress	8
1.3 Wahlverwandschaft	9
1.4 Intersektionale Vulnerabilität und queersensible Pflege	9
1.5 Pflegende An- und Zugehörige	10
2. Wie wir vorgegangen sind	12
3. Die Ergebnisse	14
3.1 Wer geantwortet hat	14
3.2 Wohnsituation	15
3.3 Soziale Netzwerke und Hilfestrukturen	16
3.4 Community-Zugehörigkeit	18
3.5 Die Pflegesituation	19
3.6 Was in der Pflege wichtig ist	21
3.7 Resilienz	22
3.8 Selbsthilfekompetenz und Vorsorge	23
3.9 Communitynahe Angebote	24
3.10 Akzeptanz und Diskriminierung	25
3.11 Berufliche und finanzielle Situation	27
4. Was daraus folgt	29
4.1 Wahlverwandschaft und professionelle Pflege ergänzen einander	29
4.2 Pflegende An- und Zugehörige sind eine eigenständige Zielgruppe	29
4.3 Gemeinsame Orte müssen erreichbar bleiben	29
4.4 Vulnerabilität ist intersektional	30
4.5 Diskriminierung im Gesundheitswesen: ein wiederkehrendes Muster	30
4.6 Vorsorge erfolgt reaktiv statt vorausschauend	31
5. Fazit und Handlungsempfehlungen	32
Literaturverzeichnis	34
Abbildungsverzeichnis	38



Warum braucht es diese Befragung?

Queere Menschen werden alt und pflegebedürftig — aber das Pflegesystem ist darauf kaum vorbereitet. Zu ihrer Lage lagen für Deutschland bislang so gut wie keine Daten vor. Diese Befragung schließt eine erste Lücke.

Die rechtliche Gleichstellung und die soziale Akzeptanz von LSBTIQ*-Menschen haben in Deutschland deutlich zugenommen.¹ Der erweiterte Diskriminierungsschutz des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes von 2006, die Öffnung der Ehe 2017 und das Selbstbestimmungsgesetz von 2024 markieren wichtige Etappen.² Dennoch berichten queere Menschen weiterhin von Diskriminierung in vielen Lebensbereichen und tragen ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalttaten zu werden.³ Menschen, die mit HIV leben, sind bis heute mit Stigmatisierung und strukturellen Barrieren im Versorgungssystem konfrontiert.⁴

Gleichzeitig steigt der Pflegebedarf in der Bevölkerung kontinuierlich. Ende 2021 waren rund 5,0 Millionen Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Allein durch die Alterung der Bevölkerung wird diese Zahl bis 2035 auf etwa 5,6 Millionen und bis 2055 auf rund 6,8 Millionen anwachsen.

Bei zugleich steigenden Pflegequoten sind bis 2055 sogar 7,6 Millionen möglich. Schon heute sind 55 Prozent aller Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter⁵ — also genau die Altersgruppe, in der die von gesellschaftlicher Repression geprägten Generationen queerer Menschen künftig zunehmend vertreten sein werden.

Für Deutschland fehlte bisher eine systematische Erhebung, die die Pflege- und Versorgungssituation dieser Gruppe gezielt erfasst. Vorhandene Datensätze weisen gerade für trans*, inter* und bisexuelle Personen sowie für Menschen mit HIV in den älteren Altersgruppen zu geringe Fallzahlen für belastbare Aussagen auf.⁶ Die Bundesfachstelle Pflege und Altern von LSBTIQ* und Menschen mit HIV hat deshalb erstmals die Perspektiven pflegebedürftiger LSBTIQ*-Personen und von HIV betroffener Menschen sowie ihrer pflegenden An- und Zugehörigen gemeinsam erhoben. Als Community-Organisation verfügt BISS über den Feldzugang und das Vertrauen, die für die Erreichung dieser Zielgruppen nötig sind.

1 Flores, 2021; OECD, 2023.

2 Mendos et al., 2020; OECD, 2023; BMFSFJ, o. D.

3 de Vries et al., 2020; FRA, 2020; Bundesministerium des Innern und für Heimat & Bundeskriminalamt, 2023.

4 Pöge et al., 2020.

5 Statistisches Bundesamt, 2023; BMFSFJ, 2025.

6 de Vries & Zindel, 2025.

1. Der fachliche Hintergrund in Kürze

Fünf Konzepte helfen, die Ergebnisse einzuordnen: Heteronormativität, Minoritätenstress, Wahlverwandtschaft, Intersektionalität und queersensible Pflege.

1.1 Heteronormativität als Strukturproblem

Heteronormativität bezeichnet ein tief in gesellschaftlichen Institutionen verankertes System, das Heterosexualität nicht als eine Identität unter vielen begreift, sondern als unhinterfragte, vermeintlich natürliche Norm. Diese Annahme wurde historisch in medizinische Lehrbücher, Ausbildungscurricula und Versorgungspraxen eingeschrieben.⁷ Sie zeigt sich bis heute in Anamnesebögen mit ausschließlich binären Geschlechtsoptionen, in Leitlinien, die cis-heterosexuelle Lebensweisen voraussetzen, und in Ansprachen, die normative Partnerschaftskonstellationen unterstellen.

In der Pflege hat das besondere Brisanz, weil hier körperliche Nähe, Intimität und biografisches Wissen zusammenkommen wie in kaum einem anderen professionellen Umfeld. Heteronormative Routinen zeigen sich in der binären Zimmerbelegung, in Biografiebögen, die queere Lebensrealitäten unsichtbar machen, und in der Nicht-Anerkennung der Wahlfamilie als Bezugsstruktur.⁸ Die Folge ist ein tief verankertes Misstrauen gegenüber Pflegeeinrichtungen: die Befürchtung,

bei Bekanntwerden der eigenen Identität Ablehnung, unangebrachte Neugier oder eine schlechtere Versorgung zu erfahren.⁹ Viele verbergen ihre Identität deshalb in Pflegesituationen — ein Phänomen, das als „Last Outing“ beschrieben wird.¹⁰ Im Extremfall wird professionelle Pflege ganz gemieden oder so lange wie möglich hinausgezögert.¹¹

1.2 Minoritätenstress

Das Minoritätenstressmodell erklärt, wie gesellschaftliche Marginalisierung in individuelle Gesundheitsbeeinträchtigung übersetzt wird.¹² Es unterscheidet distale Stressoren — diskriminierende Gesetze, Gewalterfahrungen, Armut, alltägliche Mikroaggressionen — von proximalen Stressoren, die durch innere Verarbeitung entstehen: internalisierte Stigmatisierung, ständige Ablehnungserwartung und das aktive Verbergen der eigenen Identität.¹³ Das Verbergen schützt einerseits vor Diskriminierung, schneidet andererseits von sozialer Unterstützung ab und wird so selbst zur Stressquelle. Wiederkehrende Stressreaktionen wirken auch körperlich: Sie senken die Immunantwort und begünstigen über dauerhaft erhöhte Kortisolwerte Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.¹⁴ Für ältere queere Menschen ist diese Belastung Ergebnis einer lebenslangen Erfahrung. Zugleich kann die Minderheitenerfahrung eigene Widerstandsressourcen

7 Der Begriff geht maßgeblich auf den Queer-Theoretiker Michael Warner zurück, der ihn 1991 in seinem Aufsatz „Fear of a Queer Planet“ prägte. Vgl. Schock, 2024; Spahn, 2021.

8 Schwulenberatung Berlin, 2024.

9 Schwulenberatung Berlin, 2024; de Vries & Zindel, 2025.

10 Almack et al., 2015.

11 Schwulenberatung Berlin, 2024; de Vries & Zindel, 2025.

12 Meyer, 2003; Frost & Meyer, 2023.

13 Komlenac, 2020; McConnell et al., 2018.

14 Komlenac, 2020.

hervorbringen — Identitätsstärke, politisches Bewusstsein und die Erfahrung, Diskriminierung wiederholt überwunden zu haben.¹⁵

Auf der Ebene der Gesundheit schlägt sich das nieder: SOEP-Analysen zeigen für Deutschland, dass bei 18,5 Prozent der befragten LSBTIQ*-Personen ab 50 Jahren jemals eine depressive Erkrankung diagnostiziert wurde — gegenüber 10,1 Prozent bei gleichaltrigen heterosexuellen Personen.¹⁶

1.3 Wahlverwandtschaft

An die Stelle der Herkunftsfamilie tritt bei vielen queeren Menschen die Wahlverwandtschaft: selbst gewählte Netzwerke aus Freund*innen, Ex-Partner*innen und anderen nahestehenden Personen, die familienähnliche Funktionen übernehmen. Sie entstand historisch als Antwort auf familiäre Ablehnung und ist für viele ältere LSBTIQ*-Personen das wichtigste, manchmal einzige Unterstützungssystem.¹⁷ SOEP-Daten belegen, dass ältere LSBTIQ*-Personen Besuch signifikant häufiger von Freund*innen und Nachbar*innen erhalten als von Familienangehörigen.

Für lesbische Frauen in Deutschland bestätigt eine Erhebung des Dachverbands Lesben und Alter e. V. dieses Muster.¹⁸ Rechtlich abgesichert ist die Wahlverwandtschaft nicht — in Versorgungskontexten werden ihre Mitglieder häufig nicht als primäre Bezugspersonen anerkannt und nicht in Entscheidungen einbezogen.¹⁹

Trotz dieser Netzwerke ist das Einsamkeitserleben älterer queerer Menschen nachweislich erhöht. Die Wahlverwandtschaftsnetzwerke queerer Menschen sind strukturell kleiner, weniger rechtlich abgesichert und stärker auf Freiwilligkeit angewiesen als die familiären Unterstützungsstrukturen, auf die cis-heterosexuelle Gleichaltrige zurückgreifen können.²⁰

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit geraten sie zusätzlich unter Druck: Mitglieder scheiden durch eigene Erkrankung, Pflegebedürftigkeit oder Tod aus, ohne dass institutionelle Strukturen diese Verluste auffangen. Zugleich wirkt Community-Zugehörigkeit über den Netzwerkaspekt hinaus gesundheitsprotektiv, weil sie Zugehörigkeit und Anerkennung stärkt, Bewältigungsstrategien durch geteilte Erfahrungen ermöglicht und den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen erleichtert.²¹

1.4 Intersektionale Vulnerabilität und queersensible Pflege

Diskriminierungsmerkmale addieren sich nicht einfach — sie erzeugen gemeinsam eine eigenständige Erfahrung.²² Für pflegebedürftige queere Menschen bedeutet das: Ihre Identität lässt sich in der Praxis kaum unabhängig von Alter und gesundheitlicher Einschränkung betrachten.

Queersensible Pflege ist vor diesem Hintergrund kein Zusatzangebot für eine Randgruppe, sondern ein Qualitätsmerkmal, das

15 Meyer, 2015, in Erweiterung des ursprünglichen Modells von 2003.

16 de Vries & Zindel, 2025.

17 Schwulenberatung Berlin, 2024.

18 de Vries & Zindel, 2025; Soine, 2025.

19 Schwulenberatung Berlin, 2024.

20 de Vries & Zindel, 2025; Müller & Ellwardt, 2020.

21 Klärner & von der Lippe, 2020; Schwulenberatung Berlin, 2024.

22 Das Konzept der Intersektionalität wurde von der Rechtswissenschaftlerin Kimberlé Crenshaw (1989) entwickelt. Vgl. Crenshaw, 1989; Wedl, 2020; Walgenbach, 2012.

allen Pflegebedürftigen zugutekommt.²³

Für die Langzeitpflege sind drei Strategien empirisch belegt: erstens das aktive Sichtbarmachen von Offenheit, das eine freiere Entscheidung über das eigene Coming-out ermöglicht; zweitens Stigmamanagement, also die Fähigkeit des Personals, Stigmatisierungsprozesse zu erkennen und aktiv zu unterbinden; drittens die vorausschauende Versorgungsplanung, die die Wahlfamilie rechtlich und praktisch einbindet, bevor Pflegebedürftigkeit akut wird.²⁴

Auf Seiten der Pflegenden braucht es dafür Wissen — über historische Repressionen, über spezifische Gesundheitsbedarfe, über Vollmachten und Betreuungsrecht — und eine Haltung, die eigene heteronormative Annahmen reflektiert.²⁵

In queeren Konstellationen kommt hinzu:

Wer hier pflegt, tut dies häufig außerhalb der Strukturen, auf die die Mehrheitsgesellschaft zurückgreift, und übernimmt Aufgaben, für die rechtliche und institutionelle Anerkennung ausbleibt.

1.5 Pflegende An- und Zugehörige

In Deutschland wird der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen informell versorgt: Ende 2021 wurden 84 Prozent der Leistungsempfänger*innen zuhause betreut, der Großteil davon ausschließlich durch Angehörige.²⁶ Die Belastung ist erheblich. Daten des Deutschen Alterssurveys zeigen für 2021 und 2022, dass sich 70 Prozent der über 50-jährigen Pflegenden stark oder sehr stark belastet fühlten. Fast die Hälfte fühlte sich körperlich überfordert, 42 Prozent schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als den Gleichaltriger, und 75 Prozent berichteten von eingeschränkten Freizeitaktivitäten und sozialem Rückzug.²⁷

23 Grzybek, 2026; Spahn & Hackbart, 2020.

24 Acosta & Lottmann, 2025.

25 Lottmann, 2020; Weiß, 2020; Hackbart & Thies, 2020.

26 BMFSFJ, 2025. Als informelle Pflege gilt die unbezahlte Unterstützungs- und Versorgungsleistung nahestehender Personen außerhalb des in SGB XI geregelten Versorgungssystems; vgl. Eggert et al., 2024.

27 BMFSFJ, 2025.



2. Wie wir vorgegangen sind

Grundlage ist eine quantitative Onlinebefragung im Querschnittsdesign, die vom 28. März bis zum 21. Juni 2026 über die Plattform SoSciSurvey lief.

Weil sich das Projekt an zwei Gruppen richtet, wurden zwei parallele, strukturell identische Fragebogenversionen entwickelt: **Gruppe A für pflegende An- und Zugehörige, aus der Perspektive „Ich unterstütze/pflege jemanden“, und Gruppe P für pflegebedürftige LSBTIQ* und Menschen mit HIV, aus der Perspektive „Ich werde unterstützt/gepflegt“.** Beide gliedern sich in elf Themenblöcke — von soziodemografischen Merkmalen und Wohnsituation über soziale Netzwerke und Community-Zugehörigkeit bis zu Pflegesituation, Resilienz, Diskriminierungserfahrungen und finanzieller Lage. Dabei orientieren sich einzelne Items an bestehenden Erhebungsinstrumenten, insbesondere an den Studien „NRW LSBTIQ* inklusiv“ und „Schwule im Alter“ sowie am Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE) des Zentrums für Qualität in der Pflege, Berlin. Diese weisen eine Ordinalskalierung mit Mehrfachauswahl sowie eine Likertskalierung mit Einfachauswahl aus.^{28,29}

Erstellt wurden die Fragebögen durch ein Expert*innengremium aus LSBTIQ*-nahen Pflegewissenschaftler*innen und Pflegefachkräften. Ein Pretest, zusätzlich durch den Fachbeirat der Bundesfachstelle Pflege und Altern für LSBTIQ* und Menschen mit HIV, diente der Qualitätssicherung und führte zu sprachlichen Vereinfachungen und zur Vereinheitlichung der Selbstbezeichnung.

Von 8.896 Aufrufen des Befragungslinks begannen 406 Personen den Fragebogen, 183 schlossen ihn regulär ab. In die Auswertung gingen **45 gültige Fälle** ein — 25 aus Gruppe A und 20 aus Gruppe P. Beide Gruppen nahmen unabhängig voneinander teil. Zwischen den Datensätzen besteht kein Zusammenhang. 40 Personen füllten den Bogen vollständig aus. Fünf brachen vorzeitig ab, erreichten aber jeweils einen Bearbeitungsstand von rund 70 Prozent bei wenigen fehlenden und unplausiblen Antworten und wurden deshalb als hinreichend vollständig einbezogen. Weil nicht alle Befragten jede Frage beantwortet haben, wechselt die Bezugsgröße von Frage zu Frage. Sie ist deshalb überall mit angegeben.

Die Daten der als gültig einbezogenen Fälle wurden nach den Vorgaben der deskriptiven Statistik ausgewertet. Auf Inferenzstatistik und Signifikanztests wurde wegen der kleinen Fallzahl verzichtet. Berichtet werden Häufigkeiten, Prozentanteile, Mittelwert und Standardabweichung. Wo die Fragebögen der Gruppen A und P vergleichbare Items enthalten, werden beide Gruppen gegenübergestellt. Prozentangaben stehen durchgehend gemeinsam mit der absoluten Fallzahl.

28 De Groot, M., Martens, D., Mohr, S., Struck, P. & Vogt, F., 2020.

29 Gerlach, Szillat, 2017



Was die Zahlen leisten — und was nicht

Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe ohne systematisches Auswahlverfahren. Rückschlüsse auf alle LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV mit Pflegebezug in Deutschland sind nicht möglich. Die Online-Erhebung und die gezielte Bewerbung über Dachverbände begünstigen Selbstselektion. Die Teilnehmenden sind deshalb voraussichtlich überdurchschnittlich gut in Community-Strukturen eingebunden. Personen mit geringerer Anbindung oder ohne Internetzugang sind unterrepräsentiert. Bei diesen Fallzahlen entspricht eine einzelne Person schnell mehreren Prozentpunkten — alle Befunde sind als Tendenzen zu lesen.

Auch die Position der Projektbeteiligten gehört dazu: Quantitative Sozialforschung ist nie voraussetzungslos. Fragestellungen, Schwerpunkte und Interpretation sind von der fachlichen und persönlichen Perspektive der Beteiligten geprägt. Gerade bei Forschung zu marginalisierten Gruppen kann Nähe zum Gegenstand den Feldzugang erleichtern und zugleich blinde Flecken begünstigen.

3. Die Ergebnisse

Elf Frageblöcke, zwei Perspektiven — und ein wiederkehrendes Muster: Wo spezifische, communitynahe Strukturen fehlen, tragen private Netzwerke die Last.

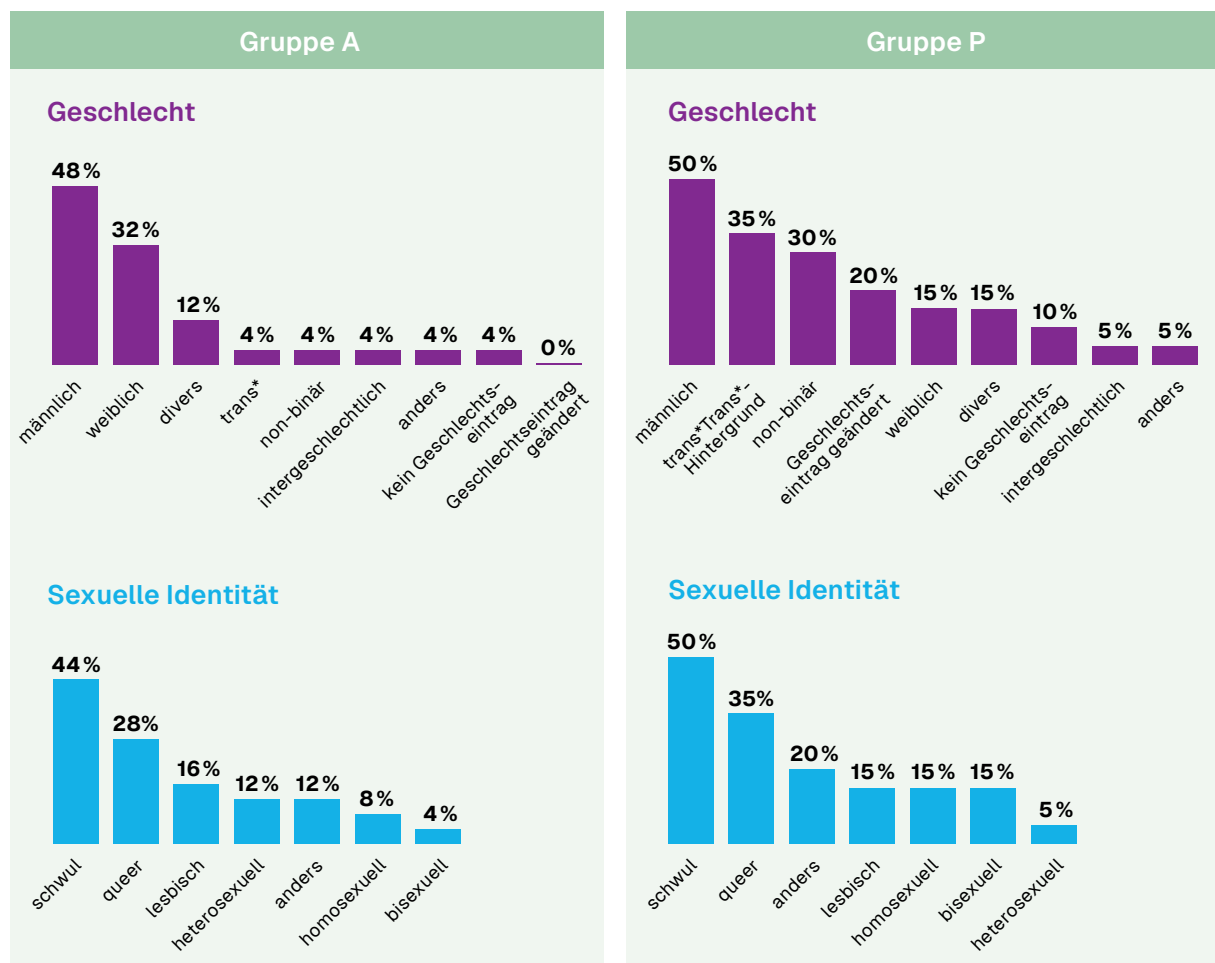
3.1 Wer geantwortet hat

Das Alter der Befragten liegt in Gruppe A im Mittel bei 57,6 Jahren (Median 61, Spanne 18 bis 89 Jahre), in Gruppe P bei 53,5 Jahren (Median 55, Spanne 28 bis 73 Jahre). Da die

Verteilung in beiden Gruppen schief ist, bildet der Median die typische Ausprägung besser ab als der Mittelwert. Die Stichprobe deckt damit ein breites Altersspektrum ab, von jungen Erwachsenen bis ins hohe Alter, mit einem Schwerpunkt in der zweiten Lebenshälfte.

Bei der Selbstdefinition des Geschlechts nennen die Befragten in Gruppe A am häufigsten „männlich“ (48 %, n = 12) und „weiblich“ (32 %, n=8). Weitere Nennungen entfallen mit niedrigen Fallzahlen auf „divers“, „intergeschlechtlich“,

Block 1: Soziodemografie



Grafik 1: „Queer“ ist in beiden Gruppen die zweithäufigste Selbstbezeichnung — die Stichprobe der Pflegebedürftigen ist geschlechtlich besonders vielfältig. Mehrfachnennungen möglich.

„non-binär“, „trans*“ und „kein Geschlechtseintrag“. In Gruppe P ist ebenfalls „männlich“ am häufigsten (50 %, n = 10), daneben stehen „trans*/Trans*-Hintergrund“ (35 %, n = 7) und „non-binär“ (30 %, n = 6). Mehrfachnennungen waren möglich: Pflegebedürftige wählten im Durchschnitt fast zwei Begriffe, pflegende An- und Zugehörige etwas mehr als einen.

Bei der sexuellen Identität steht in beiden Gruppen „schwul“ vorn (A: 44 %, n = 11; P: 50 %, n = 10), gefolgt von „queer“ (A: 28 %, n = 7; P: 35 %, n = 7). Dass „queer“ in beiden Gruppen die zweithäufigste Kategorie ist — deutlich vor spezifischeren Bezeichnungen wie „lesbisch“, „bisexuell“ oder „homosexuell“ — deutet darauf hin, dass der Begriff zunehmend als übergreifende Selbstbezeichnung für die Zugehörigkeit zur Community genutzt wird, unabhängig von der konkreten Orientierung im engeren Sinn.³⁰

Nicht HIV-positiv zu sein geben 76 % (n = 19) in Gruppe A und 85 % (n = 17) in Gruppe P an. Einen

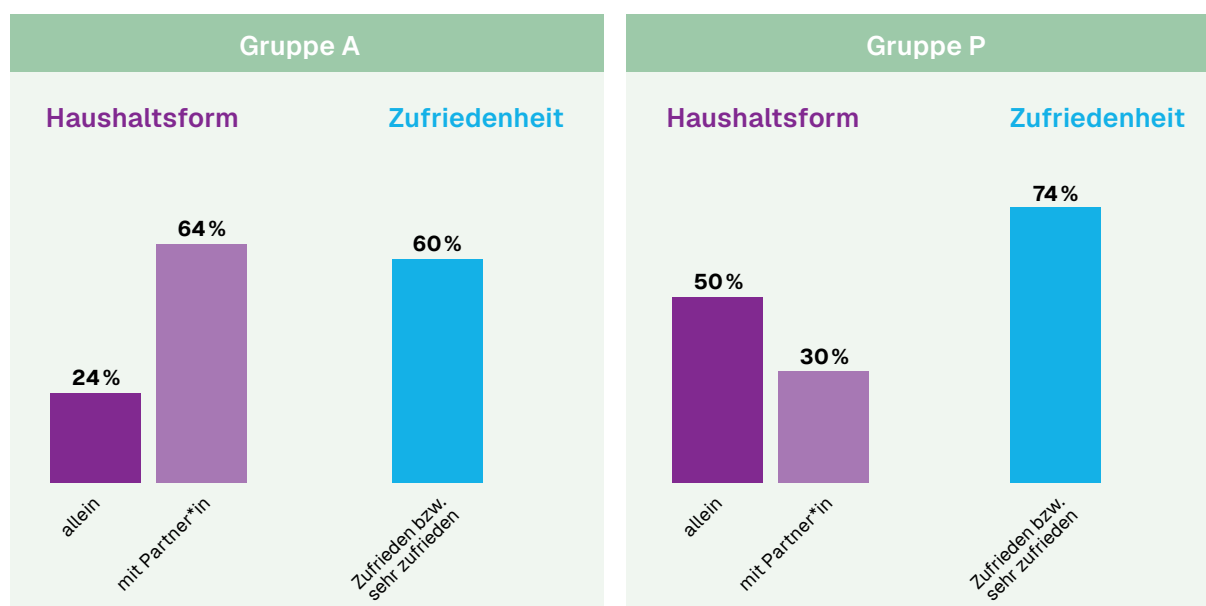
positiven Status nennen 16 % (n = 4) der pflegenden An- und Zugehörigen und 10 % (n = 2) der Pflegebedürftigen.

3.2 Wohnsituation

Die Befragten verteilen sich auf nahezu alle Bundesländer. In Gruppe A liegt der Schwerpunkt in Nordrhein-Westfalen (36 %, n = 9), in Gruppe P in Berlin (25 %, n = 5). Wegen der geringen Fallzahlen pro Bundesland lässt sich daraus keine belastbare regionale Tendenz ableiten. Die Stichprobe bildet aber eine bundesweite Streuung ab.

Pflegende An- und Zugehörige leben mehrheitlich mit Partner*in oder mehreren Partner*innen (64 %, n = 16), seltener allein (24 %, n = 6). Bei den Pflegebedürftigen ist es umgekehrt: Sie wohnen am häufigsten allein (50 %, n = 10), seltener mit Partner*in (30 %, n = 6). Das passt zu dem Befund, dass informelle Pflege häufig innerhalb bestehender Haushaltsgemeinschaften

Block 2: Wohnsituation



Grafik 2: 10 von 20 pflegebedürftigen Befragten leben allein — und sind mit der eigenen Wohnsituation dennoch zufriedener als die Pflegenden.

30 Dies entspricht der Funktion von „queer“ als positiv umgedeutetem Sammelbegriff; vgl. Woltersdorff, 2017; Wagenknecht, 2007.

stattfindet — ob die Pflegenden in dieser Stichprobe tatsächlich mit der von ihnen gepflegten Person zusammenleben, lässt sich aus den Daten allerdings nicht direkt ablesen.

Fasst man „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ zusammen, sind 60 % der pflegenden An- und Zugehörigen (n = 15 von 25) und 74 % der Pflegebedürftigen (n = 14 von 19) mit ihrer Wohnsituation zufrieden. Umgekehrt geben 40 % (n = 10) beziehungsweise 26 % (n = 5) an, weniger oder nicht zufrieden zu sein. Pflegebedürftige berichten hier also tendenziell die höhere Zufriedenheit. Das lässt sich vorsichtig mit dem Stellenwert der eigenen Häuslichkeit als geschütztem Identitätsraum in Verbindung bringen.³¹ Ob die Befragten ambulant zu Hause oder stationär versorgt werden, geht aus den Daten nicht hervor.

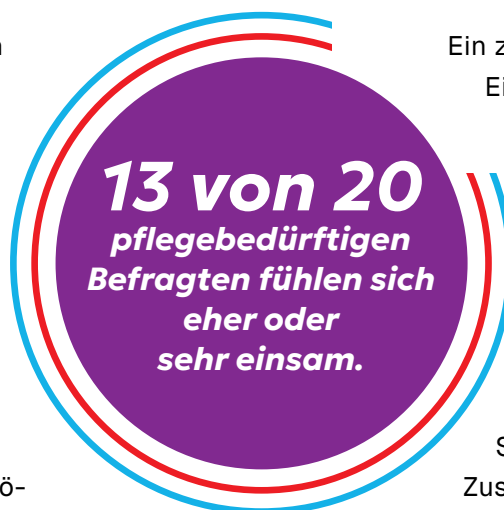
3.3 Soziale Netzwerke und Hilfestrukturen

Auf die Frage, von welchen sozialen Kontakten sie Unterstützung erhalten, nennen Pflegebedürftige am häufigsten „enge Freund*innen“ (50 %, n=10) vor „Freund*innenkreis/Bekannte“ (40 %, n = 8) und „Herkunftsfamilie“ (ebenfalls 40 %, n = 8). Bei den pflegenden An- und Zugehörigen zeigt sich dasselbe Muster: „enge Freund*innen“ liegt mit 52 % (n = 13) vorn, noch vor der „Herkunftsfamilie“ (44 %, n = 11). Dass enge Freund*innen in beiden Gruppen häufiger genannt werden als die Herkunftsfamilie, entspricht dem Konzept der Wahlverwandschaft.³²

Den Kontakt zu diesen Menschen halten beide Gruppen zu jeweils über 80 % per Telefon und über das Internet. Auffällig ist die Nutzung spezifischer LSBTIQ*-Angebote: Pflegenden An- und Zugehörige greifen deutlich häufiger darauf zurück (44 %, n = 11) als Pflegebedürftige (26 %, n = 5). Bei den Pflegenden besteht also ein eigenständiger Bedarf an communityspezifischen Kontaktformen, der über Telefon und Internet hinausgeht.

Einsamkeit trotz verlässlicher Menschen

In beiden Gruppen gibt die Mehrheit an, sich auf andere verlassen zu können (A: 71%; P: 75 %) und im Alltag überwiegend Freude zu empfinden (A: 71%; P: 80 %). Deutlich schwächer fällt die Zustimmung dazu aus, trotz erhöhter Anforderungen beziehungsweise Beeinträchtigungen eigene Interessen wie Hobbys oder Sport zu verfolgen (A: 42 %; P: 47 %).



Ein zentraler Befund betrifft das Einsamkeitserleben. Auf die Aussage „Ich fühle mich einsam“ antworten pflegende An- und Zugehörige im Mittel mit 2,33 (SD = 1,20, n = 24), Pflegebedürftige mit 2,35 (SD = 1,04, n = 20) auf einer vierstufigen Skala, wobei 1 die höchste Zustimmung ausdrückt. Beide Mittelwerte liegen fast gleichauf.

Dahinter stehen aber zwei sehr unterschiedliche Antwortmuster. In Gruppe A ist die Antwort gespalten: 9 von 24 Personen stimmen voll zu, 5 von 24 gar nicht. In Gruppe P fallen die Antworten gleichmäßiger aus und liegen überwiegend im mittleren

³¹ Für viele ältere LSBTIQ*-Personen ist die eigene Häuslichkeit nicht nur der bevorzugte Pflegeort, sondern der einzige Raum, in dem die eigene Identität ohne Anpassungsdruck gelebt werden kann; vgl. Eggert et al., 2024; BMFSFJ, 2025.

³² Schwulenberatung Berlin, 2024; de Vries & Zindel, 2025.

Bereich. Zählt man die beiden zustimmenden Antworten zusammen, fühlen sich 13 von 20 pflegebedürftigen Befragten (65 %) eher oder sehr einsam und 12 von 24 pflegenden An- und Zugehörigen (50 %).

Bemerkenswert ist der Kontrast: Obwohl die deutliche Mehrheit angibt, verlässliche Bezugspersonen zu haben, berichtet fast zwei Drittel der Pflegebedürftigen und die Hälfte der pflegenden An- und Zugehörigen ein eher hohes Einsamkeitserleben. Ein bestehendes soziales Netzwerk schützt in dieser Stichprobe also nicht automatisch vor Einsamkeit. Das fügt sich in den Befund ein, wonach das Einsamkeitserleben älterer LSBTIQ*-Personen trotz bestehender Wahlverwandtschaftsstrukturen erhöht ist und dass diese Netzwerke mit zunehmender Pflegebedürftigkeit zusätzlich unter Druck geraten.³³

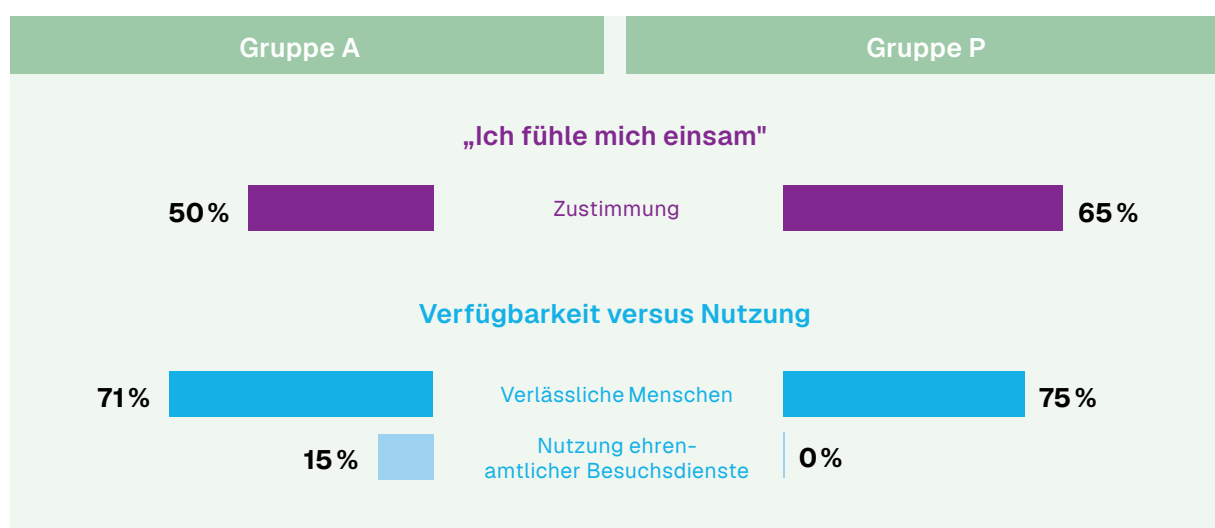
Zwei Arten von Lücken

Bei den ehrenamtlichen Besuchsdiensten wird schon die Verfügbarkeit als gering einge-

schätzt. Die tatsächliche Nutzung fällt noch geringer aus: Nur 15 % der pflegenden An- und Zugehörigen und 0 % der Pflegebedürftigen stimmen einer nennenswerten Inanspruchnahme zu. Das spricht für eine strukturelle Versorgungslücke, nicht für mangelndes Interesse — pflegende An- und Zugehörige nutzen communityspezifische Angebote überdurchschnittlich häufig, sobald diese verfügbar sind.

Anders liegt der Fall bei Pflege- und Unterstützungsdiensten sowie Tagespflege: 90 % der Pflegebedürftigen geben an, dass ein solches Angebot in ihrer Nähe verfügbar ist, tatsächlich genutzt wird es aber nur von 47 %. Hier fehlt nicht das Angebot, sondern es wird trotz Verfügbarkeit nicht in Anspruch genommen — ein möglicher Hinweis auf Zugangs- oder Vertrauensbarrieren. Betrachtet man die Nutzung aller Hilfeformen zusammen, fällt auf, dass Pflegebedürftige besonders häufig Unterstützung durch Freund*innen, und Nachbar*innen erhalten (74%). Bei den pflegenden An- und Zugehörigen sind es nur 48 %. Wo spezifische Strukturen fehlen oder nicht genutzt werden, tragen

Block 3: Soziale Netzwerke



Grafik 3: Ein Netzwerk zu haben schützt nicht vor Einsamkeit. Und Angebote in der Nähe zu haben heißt nicht, sie auch zu nutzen.

³³ de Vries & Zindel, 2025.

private Netzwerke die Unterstützung — mit den entsprechenden Grenzen ihrer Belastbarkeit. Ob diese Freund*innen im konkreten Pflegefall auch die Hauptlast tragen, ist eine andere Frage (siehe Kapitel 3.5).

3.4 Community-Zugehörigkeit

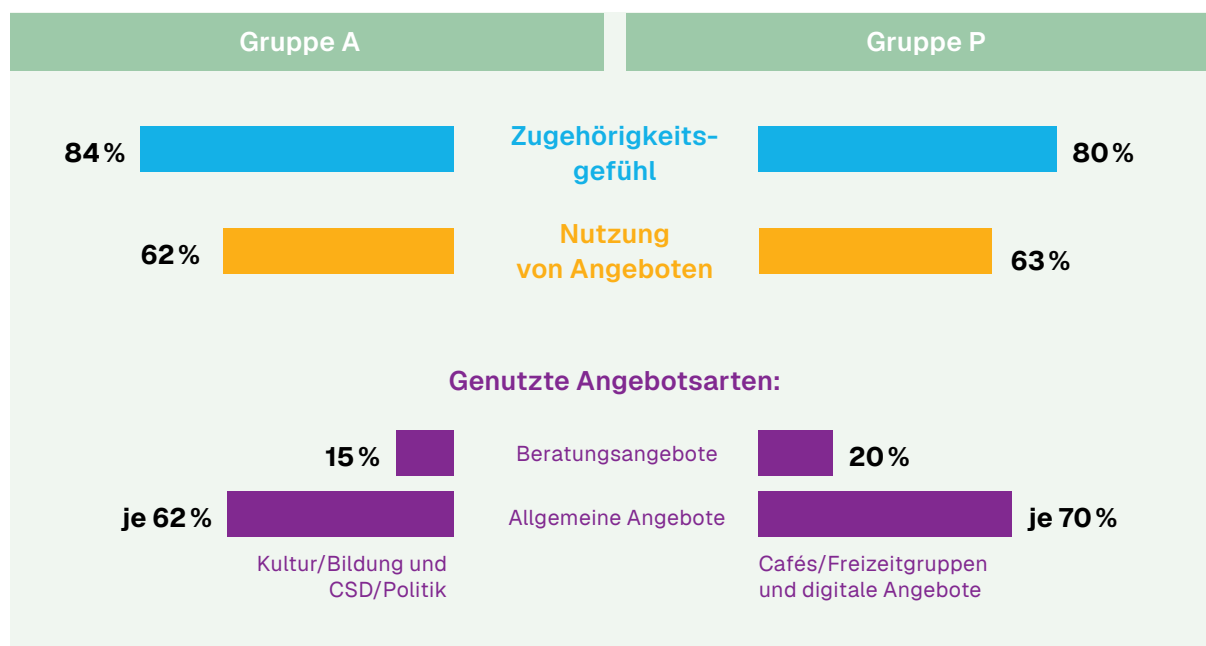
Die deutliche Mehrheit fühlt sich einer oder mehreren LSBTIQ*-Communities zugehörig: 84 % der pflegenden An- und Zugehörigen und 80 % der Pflegebedürftigen stimmen dem eher oder voll zu. Von dieser Gruppe nutzt eine ähnlich deutliche Mehrheit auch tatsächlich die Angebote dieser Communities (A: 62 %, n = 13 von 21; P: 63 %, n = 10 von 16). Zugehörigkeitsgefühl und aktive Nutzung fallen hier also nicht auseinander.

Welche Angebote genutzt werden, unterscheidet sich nach Lebenssituation. In Gruppe A liegen Kultur- und Bildungsangebote sowie CSDs und politische Veranstaltungen vorn

(je 62 %, n = 8 von 13), in Gruppe P Szeneorte wie Cafés, Freizeitgruppen und Stammtische sowie digitale Angebote (je 70 %, n = 7 von 10). Beratungsangebote gehören dagegen in beiden Gruppen zu den am seltensten genutzten Kategorien (A: 15 %, n = 2; P: 20 %, n = 2). Da Beratung anders als andere Kategorien eine grundversorgungsnahe Funktion erfüllt, ist dieser niedrige Wert eindrücklich — und reiht sich in das Muster einer strukturellen Lücke bei spezifischen, professionell getragenen Angeboten ein.³⁴

Bei den Gründen für seltene oder fehlende Nutzung ist die Basis mit 8 (A) beziehungsweise 7 (P) Personen klein. In Gruppe P werden gesundheitliche Gründe, „schwer erreichbar/zu weit weg“ und „vorrangig private Kontakte“ gleich häufig genannt (je n = 3 von 7). In Gruppe A liegen vier Kategorien gleichauf bei n = 3 von 8: „es gibt keine Angebote“, „schwer erreichbar/zu weit weg“, „vorrangig private Kontakte“ und „sonstige Gründe“. Der auffälligste Unterschied

Block 4: Community



Grafik 4: Die LSBTIQ*-Communities werden von den Befragten aktiv genutzt — ausgerechnet Beratung aber am seltensten.

³⁴ Zum Zusammenhang von struktureller Verfügbarkeit und individueller Selbsthilfekompetenz vgl. Schaeffer et al., 2021; Brunnett, 2020.

betrifft die gesundheitlichen Gründe, die in Gruppe P deutlich häufiger genannt werden (n = 3 von 7 gegenüber n = 1 von 8). Bei diesen Fallzahlen verschiebt bereits eine einzelne Antwort das Bild erheblich.

3.5 Die Pflegesituation

Der Pflegebedarf ist bei einem Großteil der Befragten intensiv. In beiden Gruppen wird „(nahezu) täglich“ am häufigsten genannt (A: 48 %, n = 12; P: 60 %, n = 12), gefolgt von „teilweise/phasenweise“ (A: 36 %, n = 9; P: 20 %, n = 4). Es handelt sich in dieser Stichprobe also überwiegend nicht um punktuelle, sondern um dauerhafte Pflegesituationen.

Pflegende An- und Zugehörige wenden im Mittel 24,9 Stunden pro Woche auf (Median 22, Spanne 2 bis 70 Stunden, n = 24). Bei Pflegebedürftigen liegt der Mittelwert mit 25,2 Stunden ähnlich hoch, der Median fällt mit 7,5 Stunden jedoch deutlich niedriger aus (Spanne 1,5 bis 168 Stunden, n = 20). Das weite Auseinanderliegen von Mittelwert und Median deutet auf wenige Personen mit außergewöhnlich hohem Bedarf hin, die fast durchgehende Versorgung benötigen. Der Median bildet daher besser ab, wie die Mehrheit ihren Bedarf einschätzt.

Bei den Beeinträchtigungen stehen in beiden Gruppen körperliche Mobilität und Beweglichkeit (A: 80 %, n = 20; P: 95 %, n = 19) sowie die Psyche (A und P je 60 %, n = 15 bzw. 12) im Vordergrund. Beeinträchtigungen der medizinischen Versorgung nennen Pflegebedürftige bei

sich selbst häufiger (60 %, n = 12) als Pflegende bei der von ihnen gepflegten Person (44 %, n = 11). Deutlich auseinander gehen die Gruppen bei der Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte: Pflegende nennen diese Beeinträchtigung bei der gepflegten Person deutlich häufiger (76 %, n = 19) als Pflegebedürftige bei sich selbst (35 %, n = 7). Das könnte auf einen Unterschied zwischen Fremd- und Selbstwahrnehmung hindeuten, lässt sich aus den Daten aber nicht abschließend klären.

Bei den Erkrankungen mit einer Dauer von mehr als sechs Monaten führen psychische Erkrankungen wie Depression, Ängste oder Süchte in beiden Gruppen die Liste an (A: 56 %, n = 14; P: 65 %, n = 13). Das fügt sich in das Bild konsistent erhöhter Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei LSBTIQ*-Personen ein.³⁵ Unter den körperlichen Erkrankungen sind muskuloskelettale Beschwerden (A: 28 %, n = 7; P: 40 %, n = 8)

und neurologische Erkrankungen wie Demenz, Parkinson oder Multiple Sklerose (A: 36 %, n = 9; P: 30 %, n = 6) am häufigsten vertreten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen in geringerem Ausmaß (A: 28 %, n = 7; P: 15 %, n = 3). Auffällig ist, dass Diabetes in Gruppe P deutlich häufiger genannt wird als in Gruppe A (40 %, n = 8 gegenüber 4 %, n = 1) — bei diesen Fallzahlen vorsichtig zu lesen.



Ein Fünftel ohne Pflegegrad

Pflegegrad 2 und Pflegegrad 3 liegen in beiden Gruppen gleichauf an der Spitze (A: je 24 %, n = 6; P: je 25 %, n = 5).³⁶ Auffällig ist der Anteil ohne Pflegegrad: 20 % der pflegenden An- und

³⁵ de Vries & Zindel, 2025; Pöge et al., 2020.

³⁶ Zur gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit und zur Ermittlung des Pflegegrades über sechs begutachtete Lebensbereiche vgl. § 14 und § 15 SGB XI; Bundesministerium für Gesundheit, 2026.

Zugehörigen geben an, dass die von ihnen gepflegte Person keinen Pflegegrad hat (n = 5), ebenso 20 % der Pflegebedürftigen bei sich selbst (n = 4). Ein Fünftel der Befragten hat also trotz des überwiegend intensiven Unterstützungsbedarfs formal keinen Pflegegrad — ein Hinweis auf eine Diskrepanz zwischen tatsächlichem Bedarf und dessen formaler Anerkennung.

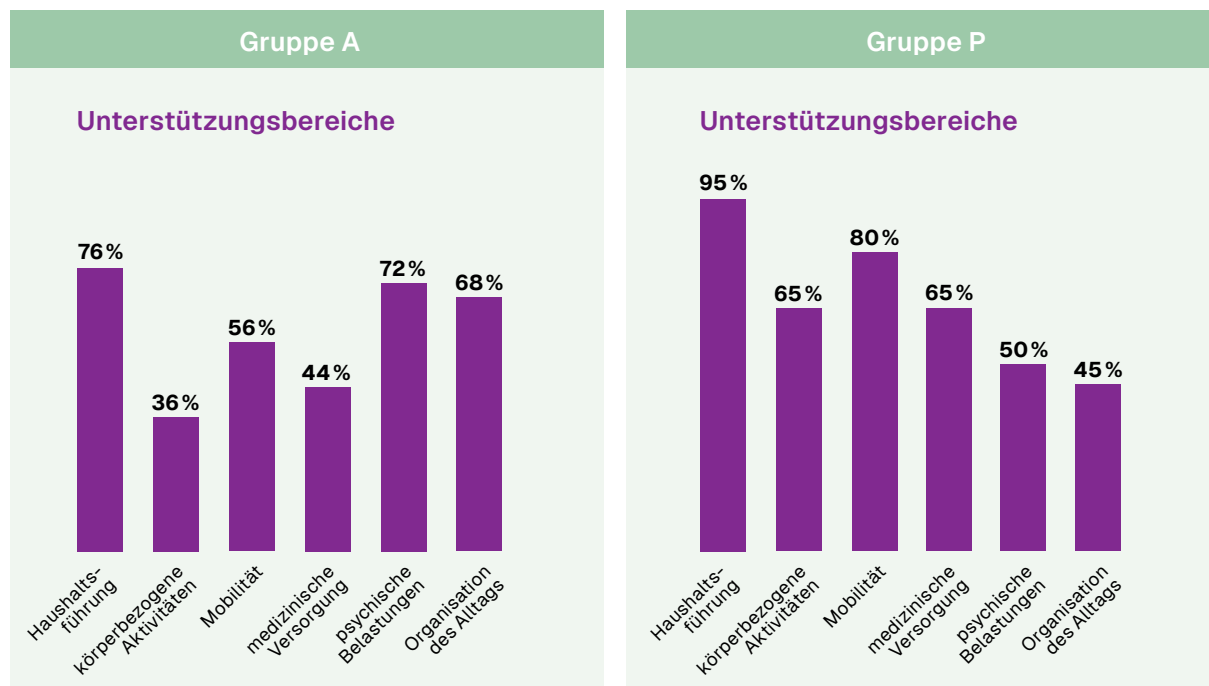
Wer was leistet

Bei den konkreten Unterstützungsbereichen liegt die Haushaltsführung in beiden Gruppen an der Spitze (A: 76 %, n = 19; P: 95 %, n = 19). Darüber hinaus zeigt sich ein klares Muster: Pflegebedürftige berichten häufiger Bedarf bei körperbezogenen Aktivitäten wie Waschen (65 %, n = 13 gegenüber 36 %, n = 9), bei der Mobilität (80 %, n = 16 gegenüber 56 %, n = 14) und bei der medizinischen Versorgung (65 %, n = 13 gegenüber 44 %, n = 11). Pflegend

An- und Zugehörige berichten umgekehrt häufiger, bei psychischen Belastungen zu unterstützen (72 %, n = 18 gegenüber 50 %, n = 10) sowie bei der Organisation des Alltags, etwa Formalitäten und Schriftverkehr (68 %, n = 17 gegenüber 45 %, n = 9). Ein bedeutender Anteil der von An- und Zugehörigen erbrachten Arbeit liegt also im emotionalen und organisatorischen Bereich — Aufgaben, die gegenüber körperlicher und medizinischer Unterstützung häufig übersehen werden.³⁷

Bei der Frage nach der primären Pflegeperson zeigt sich bei Pflegebedürftigen ein Schwerpunkt auf professionellen und partnerschaftlichen Strukturen: Am häufigsten wird der ambulante Pflegedienst genannt (30 %, n = 6), gefolgt von Partner*in(nen) (25 %, n = 5). Freund*innen und Verwandte/Familie spielen als primäre Pflegeperson dagegen nur eine untergeordnete Rolle (je 5 %, n = 1). Bei den pflegenden An- und Zugehörigen gibt mit 44 % (n = 11) die größte Gruppe an,

Block 5: Pflegesituation



Grafik 5: Pflegenden An- und Zugehörige leisten vor allem das, was nicht sichtbar ist: emotionale und organisatorische Unterstützung.

37 Zur oft wenig beachteten Gesamtbelastung informell Pflegenden vgl. Eggert et al., 2024; BMFSFJ, 2025.

die Pflege überwiegend selbst zu leisten. Beim Zugang zu professionellen Strukturen zeigt sich bei pflegenden An- und Zugehörigen ein Schwerpunkt auf der gemeinsamen Recherche mit der gepflegten Person (38 %, n = 3), gefolgt von der Nutzung einer LSBTIQ*-Organisation wie einer Beratungsstelle oder Aidshilfe (25 %, n = 2). Pflegebedürftige selbst nennen am häufigsten die eigene Recherche (63 %, n = 5). Mit acht Personen je Gruppe ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren.

3.6 Was in der Pflege wichtig ist

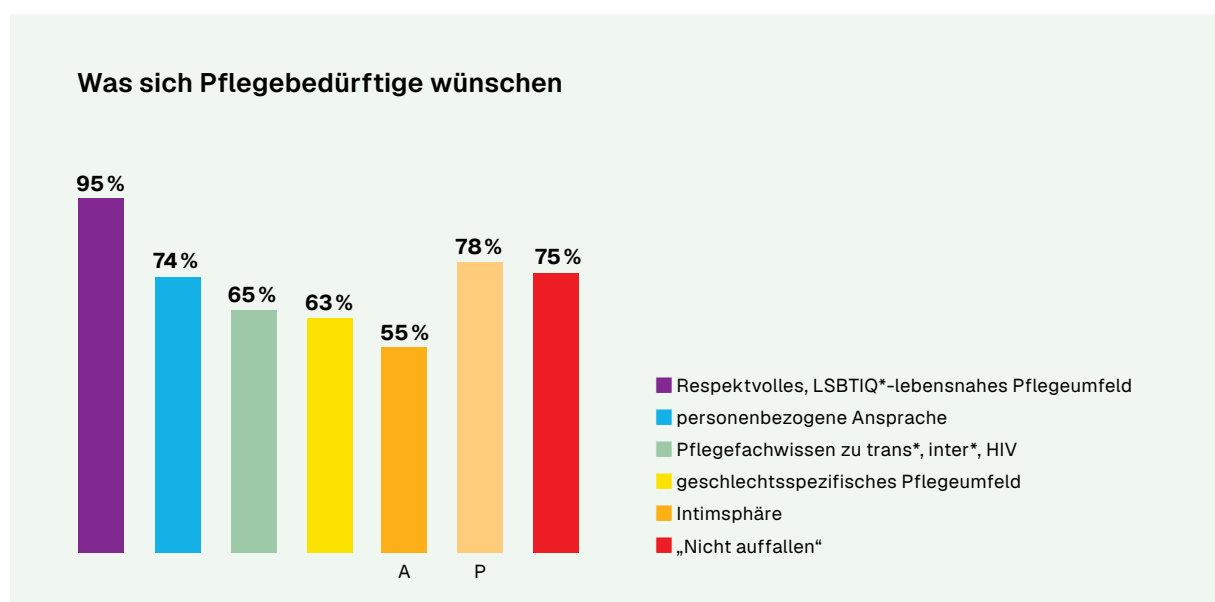
Bei den Items zum Pflegeumfeld und Pflegewissen zeigt sich für die Pflegebedürftigen eine klare Rangfolge. Am wichtigsten ist ihnen ein respektvolles und LSBTIQ*-lebensnahes Pflegeumfeld (95 %, n = 19 von 20), gefolgt von einer personenbezogenen Ansprache bezüglich der geschlechtlichen beziehungsweise sexuellen Identität (74 %, n = 14 von

19), fundiertem Pflegefachwissen zu trans*, inter*- und HIV-spezifischen Bedürfnissen (65 %, n = 13 von 20) und einem geschlechtsspezifischen Pflegeumfeld (63 %, n = 12 von 19). Bei den pflegenden An- und Zugehörigen ist die Rangfolge ähnlich, mit einer Ausnahme: Das geschlechtsspezifische Pflegeumfeld wird hier deutlich seltener genannt (44 %) und uneinheitlicher bewertet.

Diese vier Bedürfnisse lassen sich unmittelbar auf die Grundlagen diversitätssensibler Pflege beziehen. Das an erster Stelle stehende respektvolle und lebensnahe Umfeld entspricht der Strategie der aktiven Sichtbarmachung von Offenheit³⁸. Der Wunsch nach fundiertem Fachwissen entspricht der Wissens Ebene queersensibler Pflegekompetenz.³⁹

Bei der Intim- und Privatsphäre ist die Zustimmung bei Pflegebedürftigen nahezu einstimmig hoch (78 %, n = 14 von 18 in der höchsten Kategorie, kaum Nennungen in

Block 6: Spezifische Bedürfnisse



Grafik 6: Gewünscht wird ein Umfeld, in dem die eigene Identität selbstverständlich ist — nicht eines, in dem sie verborgen bleiben muss.

³⁸ Acosta & Lottmann, 2025.

³⁹ Lottmann, 2020; Weiß, 2020.

den unteren Kategorien), während sie bei pflegenden An- und Zugehörigen geringer und breiter gestreut ausfällt (55 %, n = 12 von 22). Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Teilnahme an Community-Angeboten. Die wenigste Zustimmung erhält in beiden Gruppen der Wunsch, im Pflegealltag nicht als LSBTIQ* aufzufallen, um negative Reaktionen zu vermeiden. Für die deutliche Mehrheit spielt das Verbergen also keine wesentliche Rolle mehr. Dennoch gibt in beiden Gruppen etwa jede vierte Person an, dass ihr das eher oder voll wichtig ist — eine kleine, aber nicht zu vernachlässigende Gruppe, für die Unsichtbarkeit weiterhin eine Schutzstrategie darstellt. Ein offenes, anerkennendes Pflegesetting kann dazu beitragen, diese verinnerlichten Ängste zu reduzieren.⁴⁰

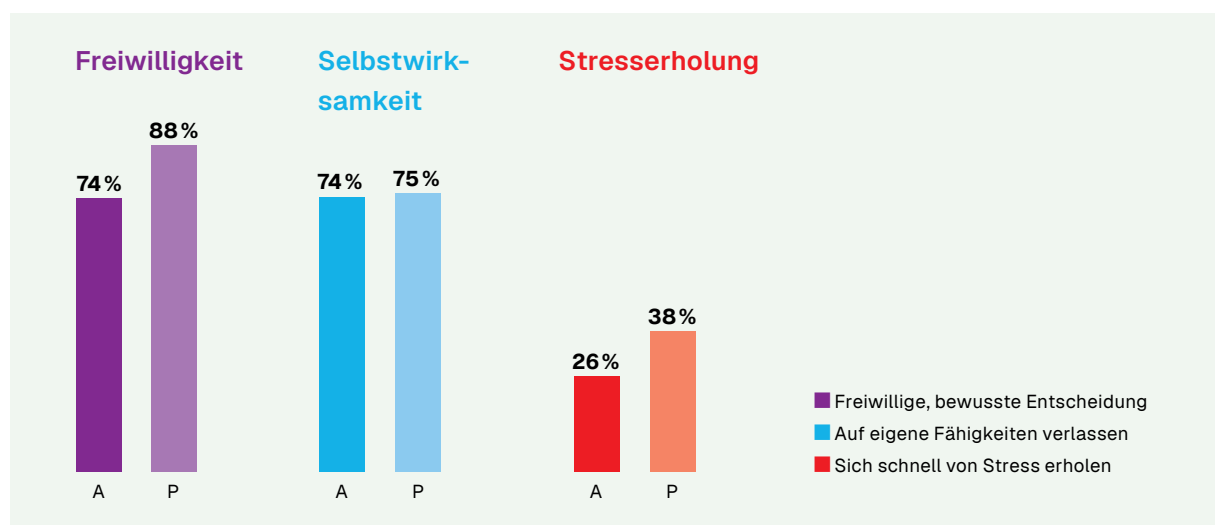
3.7 Resilienz

Bei der eigenen Bewältigungskompetenz zeigt sich in zwei Bereichen eine deutliche Mehrheitszustimmung. Die Entscheidung zur Pflege beziehungsweise zur Inanspruchnahme von Unterstützung wird von der großen Mehrheit als

freiwillig und bewusst erlebt (A: 74 %, n = 17 von 23; P: 88 %, n = 14 von 16). Ähnlich hoch fällt die Zustimmung dazu aus, sich in schwierigen Situationen auf die eigenen Fähigkeiten verlassen zu können (A: 74 %, n = 17 von 23; P: 75 %, n = 12 von 16). Dieser zweite Befund verweist auf Selbstwirksamkeit — die Überzeugung, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können, ist mitentscheidend dafür, ob eine pflegende Person aktiv Entlastung sucht.⁴¹

Dem steht ein deutlich schwächerer Bereich gegenüber: Nur 26 % der pflegenden An- und Zugehörigen (n = 6 von 23) und 38 % der Pflegebedürftigen (n = 6 von 16) stimmen der Aussage zu, sich schnell von Stress zu erholen. Die überwiegende Mehrheit erlebt die eigene Stressbewältigung also als herausfordernd. Stresserholung gehört zum emotionsorientierten Coping, also zur Regulation der eigenen Gefühlsreaktion, wenn sich eine belastende Situation nicht unmittelbar verändern lässt.⁴² Während Entscheidungsautonomie und Selbstwirksamkeit mehrheitlich positiv erlebt werden, ist gerade diese emotionsregulierende Bewältigungsform in der Stichprobe wenig ausgeprägt.

Block 7: Resilienz



Grafik 7: Die Befragten trauen sich viel zu — aber die Erholung vom Stress gelingt kaum jemandem.

⁴⁰ Gerlach & Schupp, 2017.

⁴¹ Bandura, 1997.

⁴² Lazarus & Folkman, 1984.

Bei den Items zum Verhältnis zur gepflegten beziehungsweise pflegenden Person zeigt sich ein moderates, uneinheitliches Zustimmungsniveau, ohne dass ein Item eine klare Mehrheitsmeinung erreicht (Zustimmungswerte zwischen 44 % und 69 % je nach Item und Gruppe). Weder bei der Bewältigung körperlich anstrengender Unterstützung noch beim Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen, der Häufigkeit von Konflikten, der Vereinbarkeit mit dem übrigen Alltag oder der eigenen Gesundheitsfürsorge zeichnet sich ein eindeutiges Bild ab. Diese Belastungen lassen sich als sekundäre Stressoren verstehen, die von der Pflegetätigkeit auf andere Lebensbereiche ausstrahlen⁴³ — offenbar von Person zu Person sehr unterschiedlich stark.

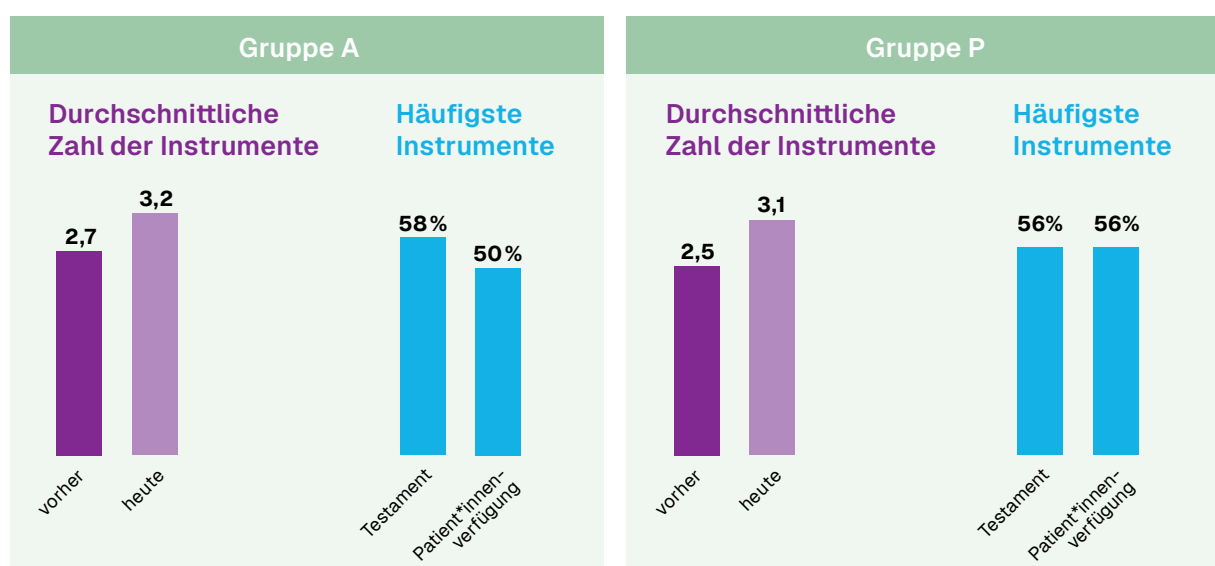
3.8 Selbsthilfekompetenz und Vorsorge

Bei der aktuellen Vorsorge zeigt sich in beiden Gruppen eine insgesamt hohe Absicherung. Am häufigsten genannt werden Testament (A: 58 %; P: 56 %) und Patient*innenverfügung (A: 50 %;

P: 56 %). Nur 13 % geben in beiden Gruppen an, aktuell keinerlei Vorsorgemaßnahmen getroffen zu haben. Ob dahinter eine bewusste Entscheidung steht oder fehlende Informationen über die Instrumente und deren Zugang, lässt sich aus den Daten nicht erkennen. Naheliegender erscheint ein Zusammenhang mit der bereits beschriebenen strukturellen Lücke bei Beratungsangeboten: Wenn communitynahe Beratungsstellen kaum genutzt werden oder schwer zugänglich sind, fehlt möglicherweise auch eine niedrigschwellige Anlaufstelle, die über Vorsorgevollmacht, Patient*innenverfügung oder Betreuungsverfügung informiert. Diese Erklärung ist als Vermutung zu verstehen, da der Fragebogen die Gründe nicht erhoben hat.

Der Vergleich mit der Situation vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit beziehungsweise vor Beginn der Pflegetätigkeit zeigt in beiden Gruppen eine spürbare Zunahme der getroffenen Vorsorgemaßnahmen. Pflegende An- und Zugehörige haben heute im Durchschnitt 3,2 Vorsorgemaßnahmen getroffen, vor Beginn ihrer Pflegetätigkeit waren es 2,7. Bei den Pflegebedürftigen steigt der Durchschnitt

Block 8: Vorsorge



Grafik 8: Vorgesorgt wird überwiegend erst, wenn die Pflegesituation bereits eingetreten ist.

43 Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990.

von 2,5 auf 3,1. Besonders deutlich zeigt sich die Entwicklung beim Anteil ohne jegliche Vorsorge: Bei den Pflegebedürftigen sinkt er von 31% (n = 5) vor der eigenen Pflegebedürftigkeit auf aktuell 13% (n = 2). Ein relevanter Teil der Befragten setzt sich also erst im Zuge der eigenen Pflege- oder Unterstützungssituation aktiv mit rechtlicher und persönlicher Vorsorge auseinander, statt bereits im Vorfeld vorzusorgen.

3.9 Communitynahe Angebote

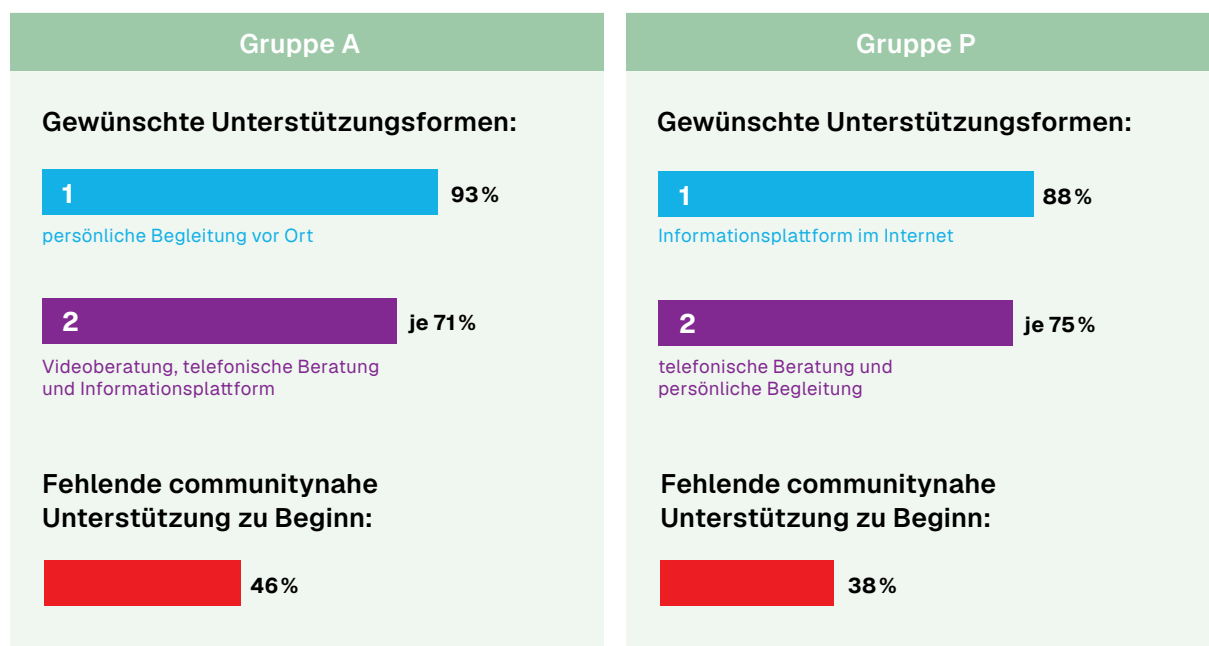
Zu Beginn der eigenen Pflegetätigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit ist „Das hat mir gefehlt“ in beiden Gruppen die am häufigsten genannte Antwort (A: 46%, n = 11 von 24; P: 38%, n = 6 von 16). Bemerkenswert ist besonders der hohe Wert bei den pflegenden An- und Zugehörigen. Dass auch sie zu Beginn ihrer Pflegetätigkeit eine fehlende communitynahe Begleitung erleben, zeigt: Diese Gruppe braucht

ein eigenständiges Angebot — nicht nur ein Angebot für die von ihr gepflegte Person.

Bei den Gründen ist die Basis mit 14 (A) beziehungsweise 8 (P) Personen klein. Bei pflegenden An- und Zugehörigen steht an erster Stelle der Wunsch zu erfahren, welche Angebote in der Nähe LSBTIQ*-sensibel sind (57%, n = 8). Gleichauf folgen der Eindruck, überfordert oder ratlos gewesen zu sein, sowie das Wissen um schlechte Erfahrungen anderer LSBTIQ*-Personen oder Menschen mit HIV an anderer Stelle (je 50%, n = 7). Letzteres verweist auf antizipierte Diskriminierung: Die bloße Erwartung von Diskriminierung beeinflusst das eigene Verhalten bereits im Vorfeld, unabhängig von eigenen negativen Erfahrungen.⁴⁴

Bei Pflegebedürftigen liegen zwei Gründe gleichauf an der Spitze (je 75%, n = 6): der Bedarf an Unterstützung bei der Organisation des Alltags, etwa Fahrdiensten

Block 9: Communitynahe Angebote



Grafik 9: Pflegende wünschen sich vor allem jemanden, der vorbeikommt. Pflegebedürftige zuerst eine gute Informationsplattform.

44 Meyer, 2003; Frost & Meyer, 2023; Komlenac, 2020.

oder Einkäufen, sowie das Wissen um LSBTIQ*-sensible Angebote in der Nähe. Auf Platz drei folgen bei dieser sehr kleinen Basis ebenfalls gleichauf der Bedarf an Informationen zu spezifischen Unterstützungsangeboten und Unterstützung bei Begleitungen zu Behörden oder Arztbesuchen (je 50 %, n = 4).

Bei den bevorzugten Formen ehrenamtlicher, communitynaher Unterstützung liegt in Gruppe A die persönliche Begleitung vor Ort mit deutlichem Abstand vorn (93 %, n = 13 von 14). Auf dem zweiten Platz folgen drei nahezu gleich bewertete Formen: digitale Videoberatung, telefonische Beratung und eine ausführliche Informationsplattform im Internet (je 71 %).

In Gruppe P führt dagegen die Informationsplattform im Internet mit 88 % (n = 7 von 8) vor telefonischer Beratung und persönlicher Begleitung vor Ort mit jeweils 75 %. Dass Pflegebedürftige digitale, niedrigschwellige Informationsangebote tendenziell höher bewerten, könnte mit eingeschränkter Mobilität und den damit verbundenen Zugangsbarrieren zusammenhängen.

3.10 Akzeptanz und Diskriminierung

Auf die Frage, wie sie sich in den letzten fünf Jahren als Teil der LSBTIQ*-Community durch ihr Umfeld überwiegend behandelt fühlen, zeigen sich zwei unterschiedlich ausgeprägte Pole. In Gruppe A dominiert der positive Pol klar: „akzeptiert“ (50 %), „geduldet“ (46 %) und „respektiert“ (42 %) führen. In Gruppe P liegen

„respektiert“ und „akzeptiert“ mit je 56 % zwar ebenfalls vorn, an dritter Stelle folgt jedoch bereits „ausgegrenzt“ mit 44 % — fast gleichauf mit den positiven Kategorien. Dieser Befund wirft die Frage auf, wie LSBTIQ*-Communities mit ihren pflegebedürftigen Mitgliedern umgehen.

Bei den erlebten Ausgrenzungs- und Diskriminierungsmerkmalen im alltäglichen Umfeld dominiert bei Pflegebedürftigen „Behinderung/chronische Erkrankung“ (75 %, n = 12), gefolgt von einem Gleichstand bei 50 % für geschlechtliche Identität, Aussehen, zu hohes Alter und sexuelle Identität. Bei pflegenden An- und Zugehörigen führt die sexuelle Identität (54 %) vor „zu hohes Alter“ (33 %).



Das Nebeneinander mehrerer Merkmale bei den Pflegebedürftigen deutet auf intersektionale Vulnerabilität hin. Die NRW-Studie „LSBTIQ* inklusiv“ zeigt bereits, dass 85 % der befragten LSBTIQ*-Personen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen Diskriminierungserfahrungen berichten.⁴⁵ Der anhaltend hohe Stellenwert der sexuellen Identität als Diskriminierungsmerkmal in beiden Gruppen spiegelt die seit 2022 deutlich gestiegenen polizeilichen Fallzahlen queerfeindlicher Straftaten wider.⁴⁶

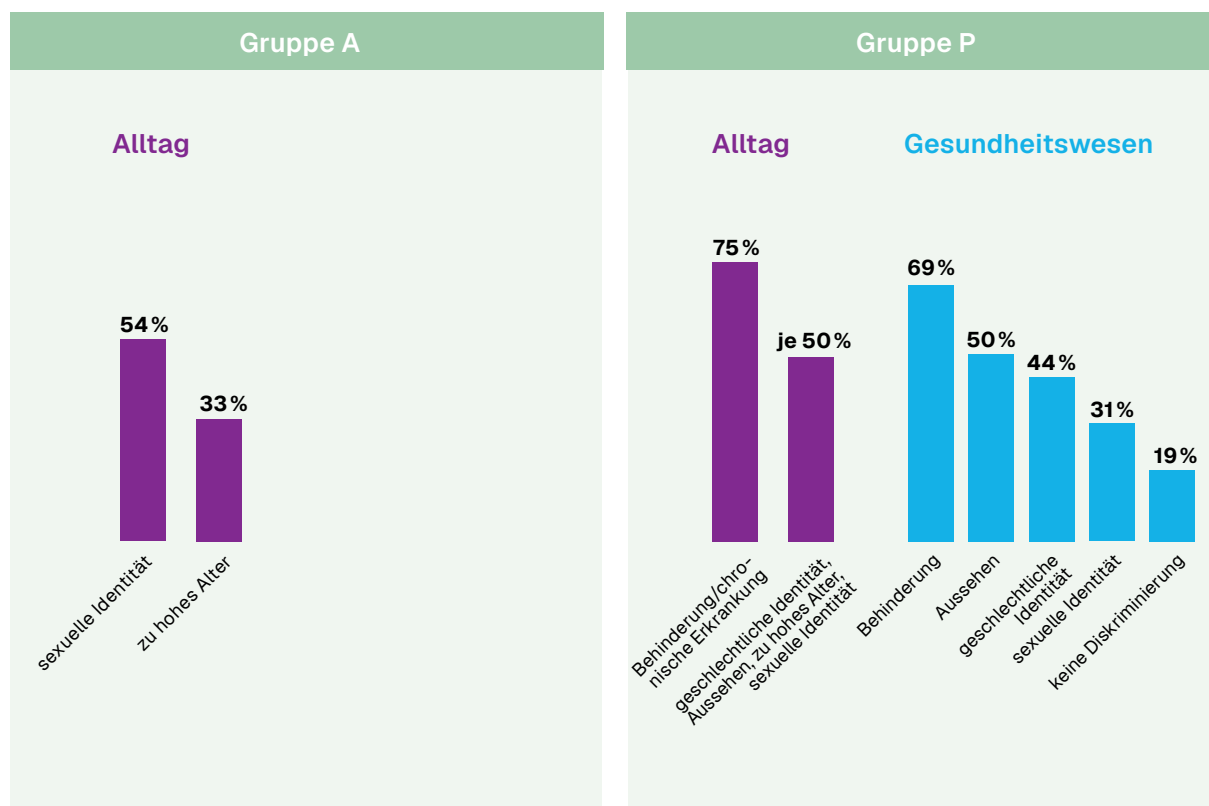
Auch im Gesundheitswesen dominiert bei Pflegebedürftigen „Behinderung/chronische Erkrankung“ (69 %, n = 11), gefolgt von Aussehen (50 %), geschlechtlicher Identität (44 %) und sexueller Identität (31 %). Innerhalb der eigenen, konkreten Pflegebeziehung verschiebt sich das Bild jedoch deutlich:

⁴⁵ De Groot, M., Martens, D., Mohr, S., Struck, P. & Vogt, F., 2020.

⁴⁶ Bundeskriminalamt, 2026.

Hier führt die geschlechtliche Identität mit 38 %, und mit ebenfalls 38 % berichtet ein deutlich größerer Anteil gar keine Diskriminierung — gegenüber 19 % bezogen auf das Gesundheitswesen allgemein. Pflegebedürftige erleben die eigene Pflegebeziehung also als spürbar sicherer als den Kontakt mit dem Gesundheitssystem im weiteren Sinne. Das entspricht dem Befund der NRW-Studie, in der ein Viertel der ambulant oder stationär betreuten Befragten von Diskriminierung durch Pflegekräfte berichtete.⁴⁷

Block 10: Diskriminierung



Grafik 10: Je näher die Beziehung, desto sicherer das Erleben: In der eigenen Pflegebeziehung berichtet doppelt so oft niemand von Diskriminierung wie im Gesundheitswesen insgesamt.

47 De Groot, M., Martens, D., Mohr, S., Struck, P. & Vogt, F., 2020.

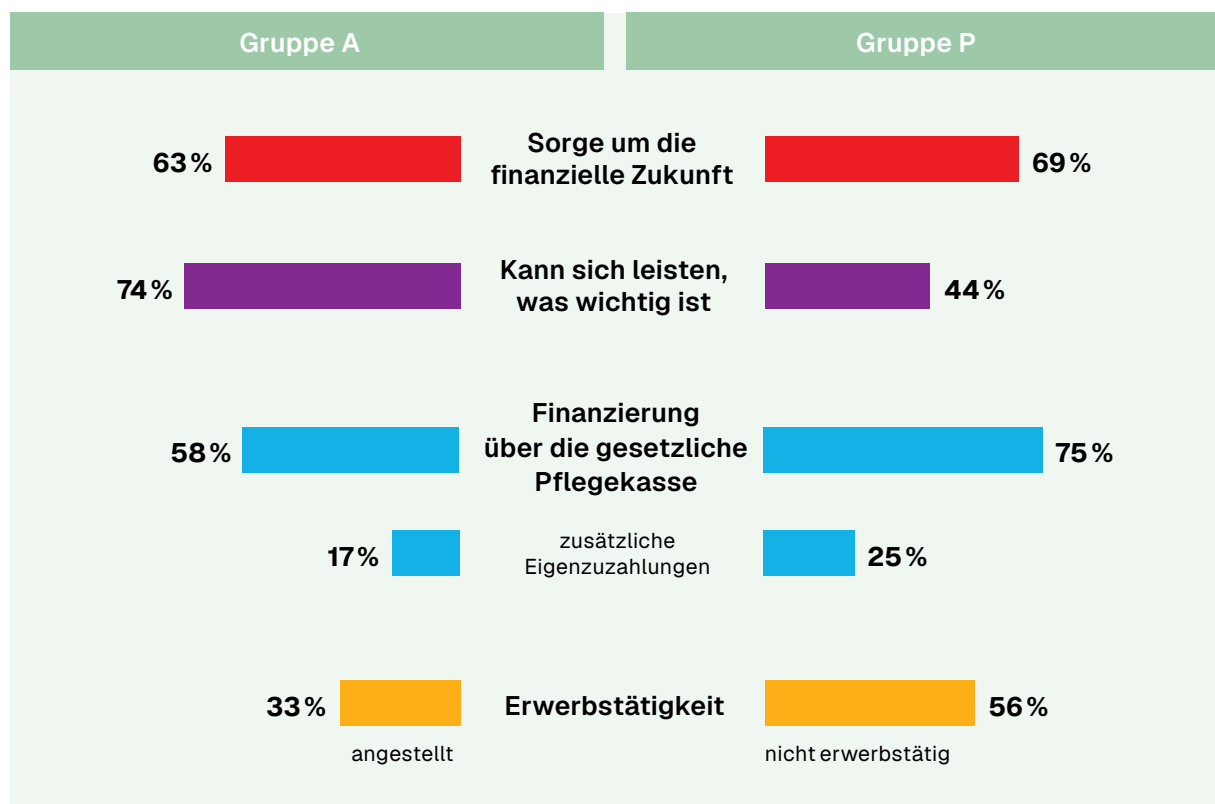
3.11 Berufliche und finanzielle Situation

Bei der Erwerbstätigkeit zeigt sich ein deutlicher Unterschied: Pflegende An- und Zugehörige sind mehrheitlich erwerbstätig, am häufigsten angestellt (33 %, n = 8 von 24), während Pflegebedürftige mehrheitlich nicht erwerbstätig sind (56 %, n = 9 von 16). Die Pflegekosten werden in beiden Gruppen überwiegend über die gesetzliche Pflegekasse finanziert (A: 58 %; P: 75 %). Zusätzliche Eigenzuzahlungen geben 17 % (A) beziehungsweise 25 % (P) an.

Bemerkenswert ist die Konstellation bei den finanziellen Sorgen. Die Unsicherheit bezüglich der eigenen finanziellen Zukunft ist in beiden Gruppen ähnlich stark ausgeprägt

und weit verbreitet (A: 63 %, n = 15 von 24; P: 69 %, n = 11 von 16). Deutlich auseinander geht dagegen die tatsächlich erlebte finanzielle Handlungsfähigkeit: 74 % der pflegenden An- und Zugehörigen (n = 17 von 23) stimmen zu, sich das leisten zu können, was ihnen wichtig ist, bei den Pflegebedürftigen sind es nur 44 % (n = 7 von 16). Die Sorge um die Zukunft ist also vergleichbar hoch, die aktuelle Handlungsfähigkeit im Alltag schätzen Pflegebedürftige jedoch spürbar geringer ein. Da die politische Debatte insgesamt in Richtung höherer Eigenanteile tendiert, könnte sich die finanzielle Handlungsfähigkeit dieser Gruppe eher weiter verringern als verbessern.⁴⁸

Block 11: Finanzen



Grafik 11: Die Sorge teilen beide Gruppen. Der finanzielle Spielraum im Alltag ist bei Pflegebedürftigen deutlich kleiner.

48 Bundesministerium für Gesundheit, 2026.



4. Was daraus folgt

Sechs Aspekte ziehen sich durch die Ergebnisse. Zusammengefasst zeigen sie, wo Unterstützung heute ankommt — und wo nicht.

4.1 Wahlverwandtschaft und professionelle Pflege ergänzen einander

In beiden Gruppen werden enge Freund*innen häufiger als unterstützend genannt als die Herkunftsfamilie. Dieses Muster kehrt sich um, sobald der Blick von der allgemeinen sozialen Unterstützung auf die konkrete Pflegesituation wechselt: Bei der primären Pflegeperson spielen Freund*innenn und Familie mit jeweils nur 5 % eine randständige Rolle, während ambulante Dienste und die eigene Partner*innenschaft zusammen mehr als die Hälfte stellen.

Das heißt nicht, dass Wahlfamilien in konkreten Pflegesituationen bedeutungslos werden — ihre Funktion verschiebt sich. Pflegende An- und Zugehörige unterstützen deutlich häufiger bei psychischen Belastungen (Gruppe A: 72 %, Gruppe P: 50 %) und bei der Organisation des Alltags (Gruppe A: 68 %, Gruppe P: 45 %). Wahlverwandtschaft und professionelle Pflege übernehmen also unterschiedliche, einander ergänzende Aufgaben. Für professionelle Dienste bedeutet das: die organisatorische und emotionale Leistung der Wahlfamilie anerkennen, sie aktiv in die Versorgungsplanung einbeziehen — und die psychischen Belastungen der Pflegenden selbst wahrnehmen.

4.2 Pflegende An- und Zugehörige sind eine eigenständige Zielgruppe

Nahezu jede zweite pflegende Person gibt an, dass ihr zu Beginn ein communitynahes Angebot gefehlt hat — ein Wert, der ähnlich hoch liegt wie bei den Pflegebedürftigen selbst. Das widerspricht der verbreiteten Annahme, communitynahe Unterstützung sei in erster Linie für die pflegebedürftige Person relevant.

Der eigenständige Bedarf betrifft Struktur und Inhalt gleichermaßen. Pflegende An- und Zugehörige übernehmen einen maßgeblichen Anteil der psychischen und organisatorischen Unterstützung — eine Aufgabe, die selbst erhebliche psychische Ressourcen bindet. Wer in erheblichem Umfang emotional und organisatorisch für andere sorgt, braucht dafür eigenen Rückhalt. Angebote, die sich nur auf die Entlastung der pflegebedürftigen Person konzentrieren, reichen nicht aus. Als bevorzugte Form nennt diese Gruppe klar die aufsuchende, persönliche Begleitung.

4.3 Gemeinsame Orte müssen erreichbar bleiben

Die deutliche Mehrheit fühlt sich einer oder mehreren Communities zugehörig und nutzt entsprechende Angebote aktiv. Die bevorzugten Formate unterscheiden sich jedoch nach Lebenssituation: Pflegende nennen am häufigsten Kultur- und Bildungsangebote sowie CSDs und politische Veranstaltungen, Pflegebedürftige eher niedrigschwellige, ortsnahe oder digitale Formate wie Cafés, Freizeitgruppen, Stammtische oder digitale Angebote. Kultur- und Sozialangebote sollten

deshalb nicht nur inhaltlich vielfältig sein, sondern auch in unterschiedlichen, niedrigschwelligen und digitalen Formaten verfügbar, um mit fortschreitender Pflegebedürftigkeit nicht an Erreichbarkeit zu verlieren.

Zugehörigkeit bedeutet dabei nicht automatisch Inklusion. Fast jede zweite pflegebedürftige Person gibt an, sich in den letzten fünf Jahren als Teil der Community überwiegend ausgegrenzt gefühlt zu haben — nahezu ebenso häufig wie die positiven Rückmeldungen. Zusammen mit dem polarisierten Einsamkeitserleben heißt das: Wahlverwandtschaft und Community-Zugehörigkeit schützen nicht durchgängig vor Einsamkeit, sobald Alter, Behinderung oder chronische Erkrankung hinzutreten. Communities und ihre Trägerorganisationen sind aufgefordert, Veranstaltungsorte und Angebote gezielt auf Barrierefreiheit und die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Mitglieder zu prüfen — damit Teilhabe nicht genau dort endet, wo sie am dringendsten gebraucht wird.

4.4 Vulnerabilität ist intersektional

Drei von vier Pflegebedürftigen berichten von Ausgrenzung aufgrund von Behinderung oder chronischer Erkrankung. Gleichzeitig folgen geschlechtliche Identität, Aussehen, Alter und sexuelle Identität mit jeweils der Hälfte der Befragten nahezu gleichauf. Diskriminierungsformen addieren sich nicht einfach, sondern erzeugen gemeinsam eine eigenständige Erfahrung. Für Pflegebedürftige mit Behinderung oder chronischer Erkrankung heißt das: Ihre queere Identität lässt sich in der Praxis kaum unabhängig von Alter und gesundheitlicher Einschränkung betrachten. Die NRW-Studie weist für Menschen mit

Behinderungen oder chronischen Erkrankungen eine Diskriminierungsquote von 85 Prozent aus und bestätigt die besondere Schutzbedürftigkeit dieser Gruppe weit über die eigene, kleine Stichprobe hinaus.⁴⁹ Sensibilisierungsmaßnahmen sollten deshalb nicht bei einzelnen Merkmalen stehen bleiben, sondern deren Zusammenwirken explizit mitdenken — etwa durch Fortbildungsinhalte, die Diskriminierungserfahrungen konsequent intersektional behandeln.

4.5 Diskriminierung im Gesundheitswesen: ein wiederkehrendes Muster

Auf der allgemeinen Ebene des Gesundheitssystems dominieren Behinderung oder chronische Erkrankung deutlich vor Aussehen sowie geschlechtlicher und sexueller Identität. Innerhalb der eigenen Pflegebeziehung verschiebt sich das Bild: Deutlich mehr Befragte berichten hier, gar keine Diskriminierung erlebt zu haben. Die eigene Pflegebeziehung wird also als spürbar sicherer erlebt als der Kontakt mit dem Gesundheitssystem im weiteren Sinne — wobei die geschlechtliche Identität nicht vollständig an Relevanz verliert.

Dieses Muster deckt sich auffällig mit der deutlich größeren NRW-Studie, in der rund 25 % der ambulant oder stationär versorgten Befragten von Diskriminierung durch Pflegekräfte berichten, während im Gesundheitswesen insgesamt rund 40 % Diskriminierungserfahrungen angeben.⁵⁰ Dass sich dies über zwei unabhängige Stichproben wiederholt, spricht für einen strukturellen statt zufälligen Zusammenhang. Sensibilisierung darf sich daher nicht auf einzelne Mitarbeitende beschränken. Auf der Mitar-

49 De Groot, M., Martens, D., Mohr, S., Struck, P. & Vogt, F., 2020. Zum theoretischen Konzept vgl. Crenshaw, 1989; Walgenbach, 2012; Wedl, 2020.

50 De Groot, M., Martens, D., Mohr, S., Struck, P. & Vogt, F., 2020.

beitendenebene bieten diversitätssensibel gestaltete Anamnesebögen und die aktive Nachfrage nach der gewünschten Anrede bei der Erstaufnahme konkrete Ansatzpunkte.⁵¹ Auf Einrichtungsebene braucht es verbindliche Fortbildungspflichten und sichtbare Selbstverpflichtungen statt individuellen Engagements.⁵² Und auf der Makroebene entsprechende Vorgaben in Ausbildungscurricula sowie durch Berufskammern und Gesundheitsministerien, damit queersensible Kompetenz nicht Ausnahme, sondern Standard wird.

4.6 Vorsorge erfolgt reaktiv statt vorausschauend

Der Anteil der Pflegebedürftigen ohne jegliche Vorsorgemaßnahme sinkt von rund einem Drittel vor Eintritt der eigenen Pflegebedürftigkeit auf ein Achtel danach. In beiden Gruppen steigt die Zahl der getroffenen Instrumente erst im Zuge der eigenen Situation spürbar an. Das steht im Kontrast zur Strategie der vorausschauenden Pflegeplanung, bei der frühzeitige, offene Gespräche über Vollmachten, Patient*innenverfügungen und Bezugspersonen die Wahlfamilie rechtlich und praktisch einbinden, bevor Pflegebedürftigkeit akut wird.⁵³

Dass Vorsorge dennoch überwiegend reaktiv erfolgt, hängt mit der ungleich verteilten Verfügbarkeit von Beratungsangeboten zusammen — Beratung zählt zu den am seltensten genutzten Community-Angeboten überhaupt. Fehlt eine niedrigschwellige, communitynahe Anlaufstelle, die frühzeitig informiert, bleibt vorausschauende Planung die Ausnahme.

51 Grzybek, 2026 (Queermed-Leitfaden für Praktizierende).

52 Acosta & Lottmann, 2025.

53 Acosta & Lottmann, 2025.

5. Fazit und Handlungsempfehlungen

Der Bericht liefert für Deutschland erste Einblicke in die Pflege- und Versorgungssituation von LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV sowie ihrer pflegenden An- und Zugehörigen — ein Themenfeld, zu dem bislang kaum systematische Daten vorlagen. Die sechs herausgearbeiteten Aspekte zeigen ein konsistentes Bild: Bestehende Versorgungsstrukturen decken die Bedürfnisse beider Gruppen bislang nur zum Teil ab und müssten sich stärker auf die jeweils spezifischen Bedürfnisse einlassen — von der individuellen Begegnung in der Pflegebeziehung bis zu strukturellen und politischen Rahmenbedingungen.

Diese Befunde sind als Tendenzen innerhalb einer kleinen, nicht repräsentativen Stichprobe zu verstehen, nicht als verallgemeinerbare Aussagen. Sie können jedoch helfen, Fragestellungen für weiterführende Forschung zu präzisieren und Bereiche zu identifizieren, in denen queersensible Pflegepraxis ansetzen kann. Für einzelne Subgruppen — etwa trans*, inter* oder bisexuelle Personen sowie Menschen mit HIV — reichten die Fallzahlen für differenzierte quantitative Aussagen nicht aus. Mixed-Methods-Designs oder leitfadengestützte Interviews könnten hier ergänzend ansetzen.

Der aufgezeigte Handlungsbedarf trifft zugleich auf sich verschlechternde politische Rahmenbedingungen. Der 2022 beschlossene Aktionsplan „Queer leben“, das bislang einzige bundesweite Förderprogramm für queere Projekte, wurde von der amtierenden Bundesregierung mit Ablauf der vergangenen Legislaturperiode für beendet erklärt. Gerade die Handlungsfelder, die der Aktionsplan vorsah — Teilhabe, Sensibilisierung in Altenhilfe und Gesundheitswesen, Abbau von Versorgungshürden, Ausbau regionaler communitynaher Beratungsstrukturen —, decken sich unmittelbar mit den hier identifizierten Lücken. Der LSVD+ – Verband Queere Vielfalt widerspricht der Einordnung als abgeschlossenes Projekt: Der Aktionsplan habe eine langjährige Forderung der queeren Zivilgesellschaft eingelöst und die Queerpolitik wesentlich vorangebracht, seine Umsetzung müsse deshalb fortgesetzt werden.⁵⁴ Das Ende des Programms trifft somit ausgerechnet die Felder, in denen dieser Bericht konkreten Verbesserungsbedarf aufzeigt.

⁵⁴ LSVD+, 2026.

Empfehlungen

- Die organisatorische und emotionale Leistung von Wahlfamilien in der Pflegeplanung professioneller Dienste aktiv anerkennen und einbeziehen.
- Pflegende An- und Zugehörige als eigenständige Zielgruppe mit niedrighschwelligen, communitynahen Unterstützungsangeboten adressieren.
- Kultur- und Sozialangebote der LSBTIQ*-Communities barrierefrei und in unterschiedlichen, auch digitalen Formaten zugänglich halten.
- Sensibilisierungsmaßnahmen konsequent intersektional ausrichten, statt einzelne Diskriminierungsmerkmale isoliert zu behandeln.
- Queersensible Kompetenz auf Mitarbeitenden-, Einrichtungs- und Ausbildungsebene verbindlich statt freiwillig verankern.
- Niedrighschwellige, communitynahe Beratungsangebote zu rechtlicher und finanzieller Vorsorge ausbauen, um vorausschauende statt reaktive Planung zu ermöglichen.

Ob sich aus diesen Befunden praktische Verbesserungen ergeben, hängt nicht von der Datelage ab, sondern von der politischen und institutionellen Bereitschaft, queere Pflege- und Versorgungsbedarfe endlich ernst zu nehmen.

Wir danken den 45 Teilnehmenden dieser Befragung, pflegenden An- und Zugehörigen wie Pflegebedürftigen, die ihre teils sehr persönlichen Erfahrungen mit uns geteilt haben. Ohne ihre Offenheit wäre dieser erste Einblick nicht möglich gewesen.

Literaturverzeichnis

- Acosta, M. M., & Lottmann, R. (2025). Soziale Netzwerke und Pflege von älteren lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und inter* Personen: Scoping-Review zu wahlfamilialen Unterstützungsressourcen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 58(5), 383–389. <https://doi.org/10.1007/s00391-025-02452-2> Fn. 27, 40, 54, 55
- Almack, K., Yip, A., Seymour, J., Sargeant, A., Patterson, A., & Makita, M. (2015). *The last outing: Exploring end of life experiences and care needs in the lives of older LGBT people* (Final Report). University of Nottingham. Fn. 13
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman. Fn. 43
- Brunnett, R. (2020). Belange von inter* Menschen – Bedarfe in der medizinischen Regelversorgung. In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin* (S. 69–80). Edition Waldschlösschen. Fn. 36
- Bundesministerium des Innern & Bundeskriminalamt. (2026). *Bundesweite Fallzahlen 2025: Politisch motivierte Kriminalität* [Fact Sheet]. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/sicherheit/BMI26013-factsheet2025.pdf> Fn. 48
- Bundesministerium des Innern und für Heimat & Bundeskriminalamt. (2023). *Politisch motivierte Kriminalität im Jahr 2022: Bundesweite Fallzahlen* [Fact Sheet]. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/nachrichten/2023/05/pmk2022-factsheets.pdf> Fn. 6
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2025). *Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland* (Drucksache 20/14450). Deutscher Bundestag. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/254238/34b1dbd94f49f7bd1fd-818cb5756b1ac/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf> Fn. 1, 8, 29, 30, 33, 39
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026a, 13. März). *Pflegebedürftigkeit*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftig-was-nun/pflegebeduerftigkeit> Fn. 38
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026b). *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflege-neuordnungsgesetz – PNOG)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflege-neuordnungsgesetz-pnog> Fn. 50
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167. Fn. 25, 51
- de Vries, L., Fischer, M., Kasprowski, D., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., & Zindel, Z. (2020). LGBTQI*-Menschen am Arbeitsmarkt: hoch gebildet und oftmals diskriminiert. *DIW Wochenbericht*, 87(36), 651–660. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2020-36-1 Fn. 6

- de Vries, L., & Zindel, Z. (2025). *Lebenssituation, Gesundheit und soziale Teilhabe älterer LSBTQI*-Menschen in Deutschland: Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung*. Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.neunter-altersbericht.de/fileadmin/Redaktion/Expertisen_zum_Neunten_AB/Expertise_de_Vries_Zindel_Lebenssituation_aelterer_LSBTI_Personen_barrierefrei.pdf Fn. 9, 12, 14, 19, 21, 23, 34, 35, 37
- Eggert, S., Suhr, R., & Teubner, C. (2024). Wohnen mit Pflegebedürftigkeit: Ergebnisse zur Wohnsituation aus der ZQP-Befragung pflegender Angehöriger, Handlungsbedarf und Lösungsansätze. In A. Schwinger, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs & S. Behrendt (Hrsg.), *Pflege-Report 2024*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_16 Fn. 29, 33, 39
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2811/7746> Fn. 6
- Flores, A. R. (2021). *Social acceptance of LGBTI people in 175 countries and locations 1981 to 2020*. Williams Institute, UCLA School of Law. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Global-Acceptance-Index-LGBTI-Nov-2021.pdf> Fn. 4
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579> Fn. 15, 46
- Gerlach, H., & Schupp, M. (2017). *Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege* [Dissertation, Universität Bremen]. <https://d-nb.info/1149220007/34> Fn. 42
- Grzybek, S. (2026). *Sensibilisierter Umgang mit Patient*innen: Ein Leitfaden für Praktizierende* (2. Aufl.). Queermed Deutschland. Fn. 26, 53
- Hackbart, M., & Thies, B. (2020). Beziehungsgestaltung im professionellen Gesundheitssetting. In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin* (S. 113–123). Edition Waldschlösschen. Fn. 28
- Hackbart, M., & Tischoff, C. (2020). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Heteronormativität – eine einleitende Orientierung. In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin* (S. 13–25). Edition Waldschlösschen. Fn. 1
- Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., von der Lippe, H., & Vonneilich, N. (2020). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten – eine neue Perspektive für die Forschung. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung* (S. 1–30). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21659-7_1 Fn. 24
- Komlenac, N. (2020). Minoritätenstress als besondere Herausforderung für die Gesundheit queerer Personen. In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin* (S. 55–66). Edition Waldschlösschen. Fn. 16, 17, 46
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. Fn. 44

- Lottmann, R. (2020). „Wir pflegen jeden gleich?“ Ergebnisse einer Studie zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Altenhilfe. In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin* (S. 183–190). Edition Waldschlösschen. Fn. 28, 41
- LSVD+ – Verband Queere Vielfalt. (2026, 16. Januar). *Bundesregierung begreift Aktionsplan „Queer leben“ als abgeschlossen* [Pressemitteilung]. <https://www.lsvd.de/de/ct/16161-Bundesregierung-begreift-Aktionsplan-Queer-leben-als-abgeschlossen> Fn. 56
- De Groot, M., Martens, D., Mohr, S., Struck, P. & Vogt, F. (2020). *Studienergebnisse: Lebenswirklichkeiten und Problemlagen von LSBTIQ* mit unterschiedlichen Formen der Behinderung, chronischen Erkrankungen, psychischen und sonstigen Beeinträchtigungen* (Abschlussbericht). LAG Lesben in NRW e.V. <https://www.lsbtiq-inklusiv.nrw/files/lsbtiq/pdf/Gesamtauswertung%20NRW%20LSBTIQ%20inklusiv%202020.pdf> Fn. 31, 47, 49, 51, 52
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips, G., II, Truong, R., & Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/sgd0000265> Fn. 16
- Mendos, L. R., Botha, K., Carrano Lelis, R., López de la Peña, E., Savelev, I., & Tan, D. (2020). *State-sponsored homophobia 2020: Global legislation overview update*. ILGA World. Fn. 5
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674> Fn. 15, 18, 46
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132> Fn. 18
- Müller, B., & Ellwardt, L. (2020). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung* (S. 227–253). Springer VS. Fn. 23
- OECD. (2023). *The road to LGBTI+ inclusion in Germany*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/977b463a-en> Fn. 4, 5
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583> Fn. 45
- Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Gülkenring, 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> Fn. 3, 7, 37

- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., & Hurrelmann, K. (2021). Gesundheitskompetenz in Deutschland: Ergebnisse der zweiten deutschen Gesundheitsalphabetisierungsstudie (HLS-GER 2). *Bundesgesundheitsblatt*, 64(11), 1531–1540. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03466-y> Fn. 36
- Schock, A. (2024, 25. März). Ein durch und durch *heteronormatives System*. magazin.hiv. <https://magazin.hiv/magazin/ein-durch-und-durch-heteronormatives-system/> Fn. 10
- Schwulenberatung Berlin gGmbH. (2024). *Vielfalt in der Pflege: Ein Praxis-Leitfaden für stationäre und ambulante Dienste* (3. Aufl.). <https://www.schwulenberatung-berlin.de> Fn. 3, 11, 12, 14, 20, 22, 24, 34
- Soine, S. (2025). *Würdevolles Altern: Zur sozialen Lebenssituation älterer/alter Lesben* in Deutschland. Ergebnisse der bundesweiten Fragebogenerhebung in 2024*. Dachverband Lesben und Alter e.V. Fn. 21
- Spahn, A., & Hackbart, M. (2020). Die gesundheitliche Lage von queeren Personen – eine Bestandsaufnahme von Einflussfaktoren. In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin* (S. 81–90). Edition Waldschlösschen. Fn. 26
- Statistisches Bundesamt. (2023, 30. März). *Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten* (Pressemitteilung Nr. 124). https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html Fn. 8
- Wagenknecht, P. (2007). Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & K. Hackmann (Hrsg.), *Heteronormativität* (S. 17–34). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90274-6_2 Fn. 2, 32
- Walgenbach, K. (2012). *Intersektionalität – eine Einführung*. Portal Intersektionalität. <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/> Fn. 25, 51
- Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a queer planet. *Social Text*, (29), 3–17. Fn. 10
- Wedl, J. (2020). In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin*. Edition Waldschlösschen. Fn. 25, 51
- Weiß, I. C. (2020). Trans* in der Pflege. In M. Hackbart (Hrsg.), *Gesunde Vielfalt pflegen: Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin* (S. 169–176). Edition Waldschlösschen. Fn. 28, 41
- Woltersdorff, V. (2017). Heteronormativitätskritik: Ein Konzept zur kritischen Erforschung der Normalisierung von Geschlecht und Sexualität. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 1–9). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12500-4_33-1 Fn. 2, 32

Abbildungsverzeichnis

Grafik 1 Soziodemografie: Geschlecht und sexuelle Identität	14
Grafik 2 Wohnsituation: Haushaltsform und Zufriedenheit	15
Grafik 3 Soziale Netzwerke: Einsamkeit, Verfügbarkeit und Nutzung	17
Grafik 4 Community: Zugehörigkeitsgefühl und genutzte Angebote	18
Grafik 5 Pflegesituation: Unterstützungsbereiche im Vergleich	20
Grafik 6 Spezifische Bedürfnisse an das Pflegeumfeld	21
Grafik 7 Resilienz: Freiwilligkeit, Selbstwirksamkeit, Stresserholung	22
Grafik 8 Vorsorge: Instrumente vor und nach Eintritt der Pflegesituation	23
Grafik 9 Communitynahe Angebote: gewünschte Unterstützungsformen	24
Grafik 10 Diskriminierung: Alltag, Gesundheitswesen und Pflegebeziehung	26
Grafik 11 Berufliche und finanzielle Situation	27

Alle Grafiken:

Klinkebiel GmbH, Kommunikationsdesign, Köln, auf Grundlage der Erhebungsdaten.

Bildnachweise

- Titel:** istockphoto.com | FG Trade
S. 6: istockphoto.com | KatarzynaBialasiewicz
S. 11: istockphoto.com | Jacob Weckershausen
S. 13: istockphoto.com | Frazao Studio Latino
S. 28: istockphoto.com | Anchiy

