



U M F R A G E E R G E B N I S S E

Queeres Leben mit Pflege

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

Gesamtbericht im Auftrag der
Bundesfachstelle Pflege und Altern von LSBTIQ* und Menschen mit HIV

vorgelegt von
Theresa Heintz



PflegeVielfalt

Queer. Selbstbestimmt. Solidarisch.

Impressum

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 und Gestaltung

Markus Johannes, Bela Bernards

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

Gefördert durch den GKV-Spitzenverband

im Einvernehmen mit dem PKV-Verband gemäß § 45d SGB XI

Juli 2026

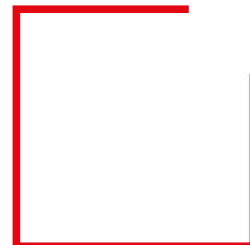
Bildnachweise

Titel: iStock-2258154299, FG Trade

S. 32: iStock-2214725018, Frazao Studio Latino

S. 47: iStock-1152681137, KatarzynaBialasiewicz

Vorwort



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. Die Befragung „Queeres Leben mit Pflege? Wir wollen es wissen!“ sollte eine erste Lücke schließen. Sie wurde vom 28. März bis 21. Juni 2026 von der Bundesfachstelle Pflege und Altern von LSBTIQ* und Menschen mit HIV in Trägerschaft der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) e. V. durchgeführt.

Erstmals wurden die Perspektiven zu pflegender LSBTIQ*-Personen und von HIV betroffener Menschen sowie ihrer pflegenden An- und Zugehörigen gemeinsam erhoben. Eine Expert*innengruppe aus Pflegewissenschaftler*innen und Pflegeexpert*innen begleitete das Projekt bei der Konzeption, der Erstellung der Frageitems und durch einen Pretest. Letzterer wurde ebenso durch den Fachbeirat der Bundesfachstelle bewertet. Ihnen allen gilt unser ausdrücklicher Dank!

Als Community-Organisation verfügt BISS über den Feldzugang und das Vertrauen, die für die Erreichung dieser Zielgruppen nötig sind. Durch die Versendung von Werbematerialien sowie gezielter Werbemaßnahmen auf unterschiedlichen Onlineportalen wurde eine bundesweite Verbreitung der Befragung sichergestellt.

Wir danken den Teilnehmenden dieser Befragung, pflegenden An- und Zugehörigen und Pflegebedürftigen, die ihre teils sehr persönlichen Erfahrungen mit uns geteilt haben. Ohne ihre Offenheit wäre dieser erste Einblick in die Pflege- und Versorgungssituation von LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV in Deutschland nicht möglich gewesen.

Ebenso danken wir dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband, die diese Erhebung ermöglicht haben.

Und vor allem danken wir Theresa Heintz für ihre großartige Begleitung und Auswertung der Ergebnisse mit einer detaillierten fachlichen Einbettung. Eine Kurzversion des Berichts kann in gedruckter Version bei der Bundesfachstelle Pflege und Altern bestellt werden.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und hoffen, dass unsere Ergebnisse zu weiteren Forschungen anregen.

Markus Johannes

Projektkoordinator

Bundesfachstelle Pflege und Altern von LSBTIQ* und Menschen mit HIV

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Forschungsrelevanz	4
1.1 Ausgangslage und gesellschaftliche Bedeutung	4
1.2 Forschungslücke und Projektbegründung	6
1.3 Begriffserklärung	6
2. Theoretische Grundlagen	8
2.1 Heteronormativität als Strukturproblem in der Gesundheitsversorgung	8
3. Gesundheitliche Ungleichheiten	10
3.1 Soziale Determinanten der Gesundheit	10
3.2 Minoritätenstressmodell	11
3.3 Psychische Gesundheit	12
3.4 Körperliche Gesundheit	13
3.5 Ältere LSBTIQ*-Personen und besondere Vulnerabilität	14
3.6 Intersektionale Perspektive	15
3.7 Soziale Netzwerke, Wahlverwandtschaft und Communityzugehörigkeit ...	16
4. Diskriminierungserleben	18
4.1 Strukturelle Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegewesen	18
5. Ansätze queersensiblen Pflegehandelns	19
5.1 Diversitätssensible Pflege	19
5.2 Schutzfaktoren und Ressourcen	20
5.3 Gesundheitskompetenz, Selbsthilfekompetenz und Empowerment	21
6. Spezifische Pflegedimensionen	23
6.1 Wohnen im Alter	23
6.2 Sexualität, Intimität und Körperlichkeit in der Pflege	23
7. Pflegende An- und Zugehörige	25
7.1 Informelle Pflege	25
7.2 Queere Pflegekonstellationen	25
7.3 Bewältigung und Coping Ressourcen	26

8. Methodik	27
8.1 Studiendesign und Erhebungsinstrument	27
8.2 Zielgruppe und Stichprobe	27
8.3 Auswertungsmethodik	28
8.4 Limitationen	28
9. Ergebnisse	30
9.1 Soziodemografische Merkmale	30
9.2 Wohnsituation	31
9.3 Soziale Netzwerke und Hilfsstrukturen	32
9.4 Community -Zugehörigkeit	34
9.5 Pflegesituation	35
9.6 Spezifische Bedürfnisse	38
9.7 Resilienz und Selbsthilfekompetenz	39
9.8 Communitynahe Angebote	41
9.9 Akzeptanz und Diskriminierung	42
9.10 Berufliche und finanzielle Situation	43
10. Diskussion und Handlungsempfehlungen	44
10.1 Wahlverwandschaft und professionelle Pflege	44
10.2 Pflegende An- und Zugehörige als eigenständige Zielgruppe	44
10.3 Relevanz gemeinsamer Orte der Teilhabe und Inklusion	45
10.4 Intersektionale Vulnerabilität bei zu Pflegenden	45
10.5 Diskriminierung im Gesundheitswesen	46
10.6 Rechtliche und finanzielle Vorsorge	46
11. Fazit und Ausblick	48
12. Literaturverzeichnis	50

1. Einleitung und Forschungsrelevanz



1.1 Ausgangslage und gesellschaftliche Bedeutung

Die rechtliche Gleichstellung und soziale Akzeptanz von LSBTIQ*-Menschen in Deutschland haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen (Flores, 2021; OECD, 2023). Die Einführung des erweiterten Diskriminierungsschutzes durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz im Jahr 2006, die Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare im Jahr 2017 sowie das im Jahr 2024 verabschiedete Selbstbestimmungsgesetz markieren bedeutende Meilensteine zur Verbesserung der Lebenswelt queerer Menschen in Deutschland (Mendos et al., 2020; OECD, 2023; BMFSFJ, o. D.).

Diese Entwicklungen sind Teil eines gesellschaftlichen Wandels, in dem queere Lebensrealitäten zunehmend sichtbar werden und rechtliche Anerkennung erfahren. Dennoch verweisen aktuelle Daten auf ein fortbestehendes Spannungsfeld: Trotz normativer Gleichstellung berichten LSBTIQ*-Personen nach wie vor über Diskriminierung in vielen Lebensbereichen und ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalttaten zu werden (de Vries et al., 2020; FRA, 2020; Bundesministerium des Innern und für Heimat & Bundeskriminalamt, 2023). Auch in Bezug auf die rechtliche Gleichstellung besteht weiterhin Handlungsbedarf (OECD, 2023). Im Gesundheits- und Pflegesetting lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten auf ein komplexes Zusammenspiel von

gesellschaftlicher Marginalisierung, heteronormativen Versorgungspraxen, fehlender fachlicher Sensibilität und institutioneller Unvorbereitetheit zurückführen (Spahn & Hackbart, 2020; Hackbart & Tischoff, 2020; Traister, 2025). Eine vergleichbare Situation betrifft Menschen, die mit HIV leben. Sie sind bis heute mit Stigmatisierung und strukturellen Barrieren im Versorgungssystem konfrontiert (Pöge et al., 2020). Gleichzeitig steigt der Pflegebedarf in der Bevölkerung kontinuierlich: Ende 2021 waren in Deutschland rund 5,0 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI.

Allein durch die fortschreitende Alterung der Bevölkerung wird diese Zahl bis 2035 auf etwa 5,6 Millionen (+14 %) und bis 2055 auf rund 6,8 Millionen (+37 %) anwachsen; bei gleichzeitig steigenden Pflegequoten sind bis 2055 sogar 7,6 Millionen Pflegebedürftige möglich (Statistisches Bundesamt, 2023; BMFSFJ, 2025). Bereits heute sind 55 Prozent aller Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter. Die Altersgruppe also, in der die von gesellschaftlicher Repression geprägten Kohorten queerer Menschen künftig zunehmend vertreten sein werden.

Wie groß die Gruppe der betroffenen LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV dabei ist, lässt sich nicht abschließend bestimmen, da unterschiedliche Erhebungsmethoden zu erheblich variierenden Schätzungen führen. Aktuelle internationale Befragungen zeigen, dass sich in Deutschland

mittlerweile 12 Prozent der Bevölkerung der LSBTIQ*-Community zuordnen, ein Anteil der über dem globalen Durchschnitt von 9 Prozent liegt (Ipsos, 2025). Bevölkerungsrepräsentative Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) schätzen den Anteil lesbischer, schwuler und bisexueller Menschen hingegen auf 1,9 Prozent (Kroh et al., 2017); die Differenz erklärt sich durch unterschiedliche Erhebungskontexte (Orientierung und Identität).

Legt man einen internationalen Schätzwert von 2,5 Prozent zugrunde, lebten in Deutschland rund 2,12 Millionen LSB-Personen, davon etwa 468.000 im Alter von 65 Jahren und älter und schätzungsweise 125.000 LSB-Pflegebedürftige (BMFSFJ, 2025). Besonders auffällig ist dabei der Generationenunterschied: Während sich nur 5 Prozent der Babyboomer-Generation als LSBTIQ* identifizieren, liegt dieser Anteil in der Generation Z bereits bei 14 Prozent (Ipsos, 2025). Dieser Unterschied spiegelt nicht eine geringere Häufigkeit queerer Identitäten in älteren Generationen wider, sondern das Ausmaß gesellschaftlicher Repression, unter der diese Menschen aufgewachsen sind (Gerlach & Schupp, 2018).

Diese demografische Entwicklung lässt zudem vermuten, dass queere Pflegerezipient*innen zukünftig noch stärker im Versorgungsbedarf sichtbar werden. Für das Verständnis der heutigen Pflegesituation älterer LSBTIQ*-Menschen ist der historische Kontext unerlässlich. Die Generation der heute über 60-Jährigen wuchs unter Bedingungen gesellschaftlicher Repression auf (Gerlach & Schupp, 2018): Homosexualität war in der Bundesrepublik bis 1969 umfassend strafbar (§ 175 StGB) und wurde erst 1994

endgültig aus dem Strafgesetzbuch gestrichen, Transgeschlechtlichkeit wurde erst 2019 von der WHO aus dem Katalog psychischer Erkrankungen gestrichen. Diese Änderung wurde erst im Jahr 2022 in Deutschland im ICD-10 berücksichtigt. Intergeschlechtliche Menschen wurden im Kindesalter medizinischen Normierungseingriffen unterzogen, in die sie altersbedingt nicht selbst einwilligen konnten. (Schwulenberatung Berlin, 2024; Intergeschlechtliche Menschen e. V., o. D.; Janett, 2022; Brunnert, 2020). Mit dem Auftreten von HIV/AIDS in den 1980er Jahren kamen massive gesellschaftliche Ächtung und ein tiefes institutionelles Misstrauen gegenüber dem Gesundheitswesen hinzu, das bis heute nachwirkt.

Diese erlebten Erfahrungen erklären, warum viele ältere LSBTIQ*-Personen ihre Identität in Pflegesituationen erneut verbergen. Neben den Pflegebedürftigen selbst bilden pflegende An- und Zugehörige eine eigenständige Rezipient*innengruppe. Queere Menschen leben seltener in Partnerschaften und häufiger ohne Kinder als die cis heterosexuelle Bevölkerung. Sie sind daher in besonderem Maße auf Wahlverwandtschaft/Wahlfamilie und Freundschafts-Netzwerke als primäre Pflegestrukturen angewiesen (de Vries & Zindel, 2025; BMFSFJ, 2025; Heidemann et al, 2025; Acosta & Lottmann, 2025).

Obwohl internationale Forschung vielfach auf die negativen Auswirkungen von Diskriminierung auf Gesundheit und finanzielle Situation von LSBTIQ*-Menschen hingewiesen hat (Meyer, 2003) und dies auch für Deutschland belegt ist (Kroh et al., 2017; Pöge et al., 2020; Kasprowski et al., 2021), existiert bislang keine bundesweite

systematische Erhebung, die gezielt die Pflege- und Versorgungssituation dieser Bevölkerungsgruppe erfasst. Insbesondere zu spezifischen Subgruppen wie geschlechtlichen Minderheiten, bisexuellen Menschen, älteren LSBTIQ*-Personen oder Menschen mit HIV in Pflegesituationen ist die Datenlage unzureichend (de Vries & Zindel, 2025). Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung im Rahmen des Neunten Altersberichts erstmals die Lebenssituation älterer LSBTIQ*-Menschen als eigenständigen Schwerpunkt aufgenommen (BMFSFJ, 2025). An diesen Erkenntnisstand anknüpfend führte die Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e. V. (BISS) eine bundesweite Befragung durch, die erstmals systematisch und differenziert die Perspektiven pflegebedürftiger LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV sowie ihrer pflegenden An- und Zugehörigen erfasst.

1.2 Forschungslücke und Projektbegründung

Trotz wachsender wissenschaftlicher Aufmerksamkeit für die Lebenssituation älterer LSBTIQ*-Menschen fehlt für Deutschland bislang eine systematische Erhebung, die die Pflege- und Versorgungssituation dieser Bevölkerungsgruppe gezielt erfasst. Vorhandene Datensätze weisen für die Subgruppen trans*, inter*, bisexuelle Personen sowie Menschen mit HIV insbesondere bei den älteren Altersgruppen zu geringe Fallzahlen für belastbare Aussagen auf (de Vries & Zindel, 2025).

Daher hat die Bundesinteressenvertretung

schwuler Senioren e. V. (BISS) eine bundesweite Befragung durchgeführt, die erstmals systematisch die Perspektiven pflegebedürftiger LSBTIQ*-Personen und von HIV betroffener Menschen sowie ihrer pflegenden An- und Zugehörigen erfasst. Als Community-Organisation mit langjährigen Netzwerken verfügt BISS über den notwendigen Feldzugang und das institutionelle Vertrauen, das für die Erreichung dieser Zielgruppen unerlässlich ist. Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse dieser Erhebung und leitet daraus Handlungsempfehlungen für eine queersensible Pflegepraxis ab.

1.3 Begriffserklärung

Das Akronym LSBTIQ* steht für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere Menschen. Das Asterisk (*) fungiert als Platzhalter für weitere nicht-binäre und geschlechtlich vielfältige Identitäten, die nicht explizit benannt sind, und verdeutlicht die Offenheit des Konzepts für die Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Lebensrealitäten (BMFSFJ, 2025; Hackbart & Tischoff, 2020). Der Begriff „queer“ nimmt dabei eine besondere Stellung ein.

Ursprünglich als Abwertung verwendet, wurde er von der Community positiv umgedeutet und dient heute als Sammelbegriff für alle Menschen, die sich nicht in heteronormativen Kategorien wiederfinden. Im wissenschaftlichen Kontext bezeichnet „queer“ zudem eine kritische Analyseperspektive, die normative Strukturen von Geschlecht und Sexualität dekonstruiert (Woltersdorff, 2017; Wagenknecht, 2007).

Für den vorliegenden Bericht sind vier Dimensionen voneinander zu unterscheiden, die unabhängig

voneinander variieren: das biologische Geschlecht (sex), die Geschlechtsidentität (gender identity), der Geschlechtsausdruck (gender expression) sowie die sexuelle und romantische Orientierung. Die Annahme einer zwangsläufigen Übereinstimmung dieser Dimensionen reproduziert heteronormative Vorstellungen, die der Realität menschlicher Vielfalt nicht gerecht werden (Hackbart & Tischoff, 2020). In der vorliegenden Beschreibung werden die Begriffe LSBTIQ* und queer synonym verwendet, um die Zielgruppen zu bezeichnen.

Menschen mit HIV bilden eine eigenständige Zielgruppe dieser Erhebung. Obwohl HIV keine Frage der sexuellen oder geschlechtlichen Identität ist, besteht eine historisch gewachsene Schnittmenge zur LSBTIQ*-Community. Im globalen Norden sind schwule Männer und Männer die Sex mit Männern haben, bis heute die am stärksten von HIV betroffene Gruppe (RKI, 2025). Auch innerhalb der LSBTIQ*-Community tragen vor allem schwule und trans* Personen das höchste Infektionsrisiko. Zugleich sind Menschen mit HIV eigenen Stigmatisierungserfahrungen und spezifischen Versorgungsbedarfen ausgesetzt, die sie im Pflegekontext besonders vulnerabel machen (Pöge et al., 2020; Schwulenberatung Berlin, 2024).

Pflegebedürftigkeit kann in jedem Lebensabschnitt auftreten. Laut gesetzlicher Definition sind Personen pflegebedürftig, wenn sie aufgrund gesundheitlich bedingter Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und in einem in § 15 SGB XI definierten Schweregrad bestehen.

Dabei stellt der zugrunde liegende Pflegebedürftigkeitsbegriff die individuelle Beeinträchtigung der Selbstständigkeit ins Zentrum – unabhängig davon, ob diese körperlich, geistig oder psychisch bedingt ist. Zur Feststellung des Pflegegrades werden sechs Lebensbereiche (Module) begutachtet, aus denen sich einer von fünf Pflegegraden ergibt (Bundesministerium für Gesundheit, 2026; SGB XI § 15).



2. Theoretische Grundlagen



2.1 Heteronormativität als Strukturproblem in der Gesundheitsversorgung

Pflege als Beziehungsprofession ist in besonderer Weise gefordert gesellschaftlichen Entwicklungen mit einer diversitätsreflektierten Haltung und einem diskriminierungssensiblen Selbstverständnis zu begegnen. Heteronormativität und die damit einhergehenden Geschlechterverhältnisse prägen die gesamte Gesellschaft. Queere Menschen kennen diese Realität, erleben sie jedoch als kontinuierliche Herausforderung, da ihre Lebensrealitäten in dieser Ordnung strukturell nicht repräsentiert werden (Hackbart & Tischoff, 2020). Um diese Strukturen analytisch fassbar zu machen, bedarf es eines theoretischen Rahmens, der über individuelle Diskriminierungserfahrungen hinausgeht und die systemische Ebene berücksichtigt.

Der Begriff der Heteronormativität geht maßgeblich auf den Queer-Theoretiker Michael Warner zurück, der ihn 1991 prägte. In seinem Aufsatz „Fear of a Queer Planet“ beschreibt er damit ein tief in den gesellschaftlichen Institutionen verankertes System, das Heterosexualität nicht als eine sexuelle Orientierung unter vielen begreift, sondern als unhinterfragte, vermeintlich natürliche Grundvoraussetzung und moralisch überlegene Norm des gesellschaftlichen Zusammenlebens etabliert. Diese normative Grundannahme wurde historisch systematisch in

medizinische Lehrbücher, Aus- und Weiterbildungscurricula sowie Versorgungspraxen eingeschrieben und über Jahrzehnte hinweg institutionell tradiert (vgl. Schock, 2024; Spahn, 2021).

Sie manifestiert sich bis heute in konkreten Strukturen des Gesundheitswesens: in Anamnesebögen, die ausschließlich binäre Geschlechtsoptionen vorsehen, in medizinischen Leitlinien, die cis-heterosexuelle Lebensweisen implizit voraussetzen, sowie in Kommunikationsroutinen und Ansprachen, die normative Partner*innenkonstellationen unhinterfragt zugrunde legen.

Als impliziter Standard medizinischen Handelns fungiert dabei nach wie vor der weiße, cis-geschlechtliche, heterosexuelle Mann, der als vermeintlich universeller "generalisierter Mensch" in Forschung, Lehre und Versorgungspraxis als unhinterfragter Referenzpunkt gesetzt wird und dabei die Lebensrealitäten aller anderen als Abweichung von dieser Norm konstruiert (Spahn, 2021; Tischoff, 2020).

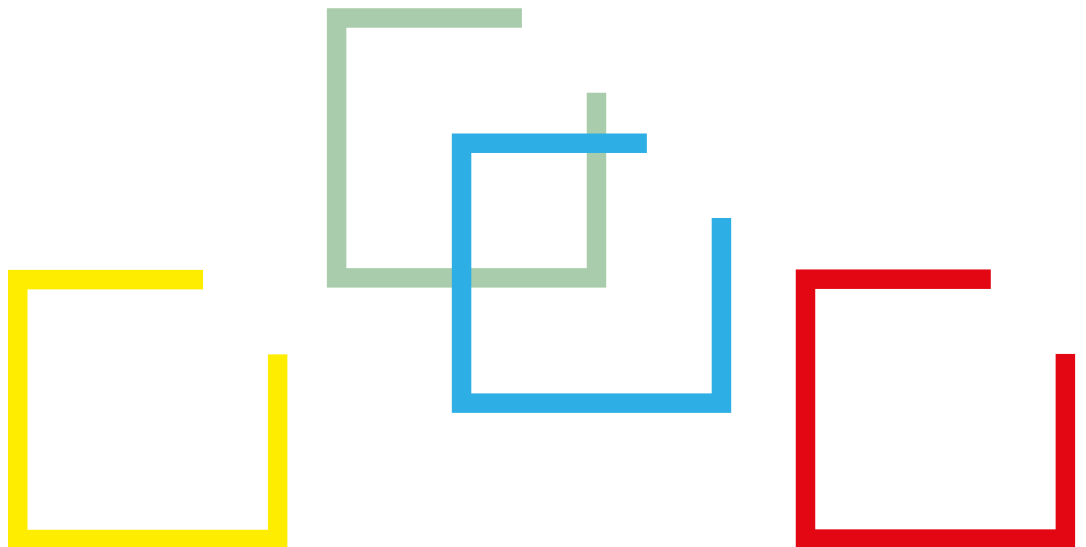
Diese strukturelle Unsichtbarkeit entfaltet in der Pflege eine besondere Brisanz, da Pflege einen hohen Grad an körperlicher Nähe, Intimität und biografischer Kenntnis erfordert, wie er in kaum einem anderen professionellen Umfeld erreicht wird. Heteronormative Routinen zeigen sich beispielsweise in der binären Zimmerbelegung stationärer Einrichtungen, in heteronormativ formulierten Anamnese-

und Biografiebögen, welche queere Lebensrealitäten unsichtbar machen, sowie in der Nicht-Anerkennung der Wahlfamilie als primäre Bezugsstruktur. Partner*innen werden nicht als primäre Bezugspersonen identifiziert, relevantes Wissen fließt nicht in die Pflegeanamnese ein und individuelle Bedarfe bleiben infolgedessen unerfasst (Schwulenberatung Berlin, 2024).

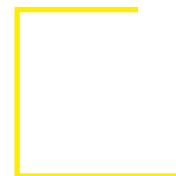
Die Folgen dieser strukturellen Unsichtbarkeit sind erheblich für die Versorgungsqualität. LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV berichten von einem tief verankerten Misstrauen gegenüber Pflegeeinrichtungen. Dieses Misstrauen äußert sich in der Befürchtung, bei Bekanntwerden ihrer Identität Diskriminierung, Ablehnung, unangebrachte Neugierde oder eine qualitativ schlechtere Versorgung zu erfahren (Schwulenberatung Berlin, 2024; de Vries & Zindel, 2025). Dieses Misstrauen führt dazu, dass viele ihre sexuelle oder geschlechtliche Identität in Pflegesituationen aktiv verbergen.

Dieses Phänomen wird als „Last Outing“ bezeichnet (Almack et al., 2015). Die Identitätsverschleierung belastet nicht nur die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen, Pflegenden und dem Behandlungsteam, sondern hat auch direkte Auswirkungen auf die Behandlungsqualität: Spezifische gesundheitliche Bedarfe, psychosoziale Belastungen und biografisch relevante Kontexte bleiben der Pflege verborgen.

Im Extremfall führt das Misstrauen gegenüber heteronormativen Versorgungsstrukturen dazu, dass professionelle Pflege gänzlich gemieden oder so lange wie möglich hinausgezögert wird (ebd.). Heteronormativität ist somit kein Randphänomen der Pflege, sondern ein strukturelles Problem mit konkreten Folgen für die Beziehungs-, Behandlungs- und Versorgungsqualität und damit letztlich für die Gesundheit betroffener Menschen.



3. Gesundheitliche Ungleichheiten



3.1 Soziale Determinanten der Gesundheit

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebene Heteronormativität als Strukturproblem der Gesundheitsversorgung ist keine isolierte Erscheinung, sondern eingebettet in ein komplexes Gefüge sozialer Bedingungen, die Gesundheit und Krankheit maßgeblich beeinflussen. Dabei gilt als Ausgangspunkt: Gesundheitliche Ungleichheiten bei LSBTIQ*-Personen sind nicht als individuelle Defizite zu verstehen, sondern als direkte Konsequenz gesellschaftlicher Strukturen und sozialer Determinanten (Traister, 2025; Spahn & Hackbart, 2020; Pöge et al., 2020).

Das Determinantenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) bietet hierfür eine zentrale theoretische Grundlage. Es beschreibt Gesundheit als Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Einflussebenen, die von gesellschaftlichen Makrostrukturen bis hin zu individuellen Faktoren reichen.

Für LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV lassen sich auf jeder dieser Ebenen spezifische Benachteiligungen nachweisen: Auf der gesellschaftlichen Makroebene wirken rechtliche Rahmenbedingungen und das Ausmaß gesellschaftlicher Akzeptanz unmittelbar auf Gesundheitschancen, fehlender Diskriminierungsschutz, gesellschaftliche Stigmatisierung und heteronormative Normen schaffen strukturelle Ungleichheit. Auf der Ebene der Lebens-

und Arbeitsbedingungen schlägt sich diese Makrostruktur in konkreten Lebensrealitäten nieder: Diskriminierung am Arbeitsplatz führt zu unterbrochenen Erwerbsbiografien und erhöhtem Armutsrisiko, was wiederum den Zugang zu Wohnraum und Gesundheitsleistung einschränkt. Auf der Ebene sozialer und kommunaler Netzwerke entscheidet das Vorhandensein tragfähiger Unterstützungsstrukturen maßgeblich über Bewältigungsressourcen; queere Menschen, die von ihren Herkunftsfamilien abgelehnt wurden, sind dabei häufig auf Wahlverwandtschaft und Community-Strukturen angewiesen, deren Tragfähigkeit im Alter und bei einem Pflegebedarf an Grenzen stoßen kann.

Auf der Ebene individueller Lebensstile schließlich zeigen sich die Folgen dauerhafter struktureller Belastung in konkreten Verhaltensanpassungen: LSBTIQ*-Personen nehmen Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsdienstleistungen seltener in Anspruch, suchen bei Beschwerden später professionelle Hilfe und verschleiern ihre Identität gegenüber Behandelnden, nicht aus mangelndem Gesundheitsbewusstsein, sondern als rationale Schutzreaktion auf antizipierte Diskriminierung (Trenkel, 2024; Komlenac, 2020; Pöge et al., 2020).

Diese strukturellen Benachteiligungen wirken nicht isoliert, sondern verstärken sich gegenseitig in einem sich selbst reproduzierenden Ungleichheitskreislauf:

Gesellschaftliche Marginalisierung erzeugt erhöhte Belastung, die Bewältigungsressourcen erschöpfen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren und so zu schlechteren Gesundheitsergebnissen führen, die wiederum soziale Benachteiligungen weiter verfestigen (Trenkel, 2024).

Für pflegebedürftige LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV ist dieser Kreislauf besonders relevant, da ein Pflegebedarf selbst eine vulnerabilitätssteigernde Bedingung darstellt: Anhängigkeit von Dritten und reduzierte Handlungsspielräume nehmen Betroffenen die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wer an ihrer Versorgung beteiligt ist, wie sie angesprochen werden und welche Informationen über sie weitergegeben werden. Kontrollverluste, die für Menschen mit lebenslangen Diskriminierungserfahrungen besonders belastend sind und den Druck auf bereits erschöpfte Bewältigungsressourcen weiter erhöhen (Trenkel, 2024; Komlenac, 2020).

Einer einseitig defizitorientierten Betrachtung setzt das Salutogenese Modell von Antonovsky (1997) eine wichtige ressourcenorientierte Perspektive entgegen. Zentral ist dabei das Kohärenzgefühl; das Erleben der eigenen Lebenswelt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam. Für LSBTIQ*-Personen können Widerstandsressourcen auf individueller Ebene: wie ein stabiles Identitätsgefühl und aktives Coping, ebenso wie auf sozialer Ebene: Unterstützung durch Wahlfamilie und Community-Einbindung entscheidende Schutzfaktoren darstellen (Komlenac, 2020).

3.2 Minoritätenstressmodell

Die in Kapitel 3.1 dargestellten sozialen Determinanten beschreiben die strukturellen Bedingungen, unter denen gesundheitliche Ungleichheiten bei LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV entstehen können. Sie erklären jedoch noch nicht, über welche konkreten Mechanismen gesellschaftliche Marginalisierung in individuelle Gesundheitsbeeinträchtigungen übersetzt wird. Das Minoritätenstressmodell nach Meyer (2003) schließt diese Erklärungslücke.

Das Modell basiert auf der zentralen Annahme, dass gesundheitliche Ungleichheiten bei sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten durch eine erhöhte Exposition gegenüber spezifischen sozialen Stressoren entstehen, die unmittelbar aus ihrer stigmatisierten gesellschaftlichen Position resultieren (Frost & Meyer, 2023). Minoritätenstress unterscheidet sich dabei grundlegend von allgemeinem Stress: Während allgemeine Stressoren wie Arbeitsplatzverlust oder familiäre Konflikte alle Menschen betreffen können, entsteht Minoritätenstress spezifisch durch gesellschaftliche Ablehnung und Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität und ist damit strukturell bedingt, nicht individuell verschuldet (Meyer, 2003; Komlenac, 2020).

Das Modell unterscheidet zwei grundlegende Kategorien von Stressoren. Distale Stressoren umfassen externe Ereignisse und Bedingungen, die von der Umwelt ausgehen: diskriminierende Gesetze und Politiken, akute Lebensereignisse wie Viktimisierung durch Gewalt oder Arbeitsplatzverlust aufgrund

sexueller Orientierung, chronische Stressoren wie Armut sowie alltägliche Diskriminierungserfahrungen und Mikroaggressionen. Mikroaggressionen bezeichnen dabei bewusste oder unbewusste Verhaltensweisen und Aussagen, die die Abwertung nicht-heteronormativer Identitäten ausdrücken (Komlenac, 2020; McConnell et al., 2018). Diese häufig subtile Form der Diskriminierung ist besonders belastend, weil sie alltäglich auftritt, oft schwer zu benennen oder zu adressieren ist und im Pflegekontext durch die strukturellen Machtasymmetrie zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden eine besondere Qualität erhält.

Proximale Stressoren entstehen hingegen durch interne Verarbeitungsprozesse, in denen LSBTIQ*-Personen lernen, sich aufgrund ihrer Identität selbst abzulehnen. Sie umfassen drei zentrale Dimensionen, nämlich internalisierte Stigmatisierung als Verinnerlichung gesellschaftlich geteilter negativer Vorstellungen über die eigene Identität, Ablehnungserwartungen als ständige Antizipation von Diskriminierung und Zurückweisung sowie Identitätsverschleierung als aktives Verbergen der eigenen sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität (Frost & Meyer, 2023; Komlenac, 2020).

Das Verbergen der Identität stellt dabei einen besonders komplexen Stressor dar. Einerseits kann es protektiv vor distalen Stressoren wirken, andererseits limitiert es den Zugang zu sozialer Unterstützung, verhindert Anerkennung und Akzeptanz der selbstbestimmten Persönlichkeit und wird dadurch selbst zur Quelle chronischen Stresses. Genau diese Dynamik erklärt das in Kapitel 2.1 beschriebene Last-

Outing-Phänomen: Das Verbergen der Identität in Pflegesituationen ist keine freie Entscheidung, sondern Ausdruck eines lebenslang eingeübten Schutzmechanismus. In der Pflege ist dies mit erheblichen Kosten für die Beziehungs- und Versorgungsqualität verbunden.

Die kumulative Wirkung distaler und proximaler Stressoren entfalten sich auch auf körperlicher Ebene. Wiederkehrende Stressreaktionen führen zu physiologischen Veränderungen: Immunantworten werden gesenkt, was die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten und Krebserkrankungen erhöht; eine kontinuierlich erhöhte Kortisol Konzentration begünstigt Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Komlenac, 2020). Für ältere LSBTIQ*-Personen, die diese Stressoren über Jahrzehnte akkumuliert haben, ist die körperliche Belastung damit nicht nur gegenwärtig, sondern Ergebnis einer lebenslangen Stresserfahrung.

Das Minoritätenstressmodell wurde in seiner ursprünglichen Fassung als Erklärungsmodell für gesundheitliche Belastungen konzipiert worden. Meyer (2015) hat es in einer wesentlichen theoretischen Erweiterung um eine Resilienz Perspektive ergänzt. Die Erfahrung als Angehörige einer gesellschaftlichen Minderheit erzeugt demnach nicht nur spezifische Stressoren, sondern kann gleichzeitig spezifische Widerstandsressourcen hervorbringen. Identitätsstärke, politisches Bewusstsein und die Erfahrung, Diskriminierung wiederholt überwunden zu haben, entsteht aus der Minderheitenerfahrung selbst und wirken protektiv gegenüber weiteren Belastungen.

3.3 Psychische Gesundheit

Für Deutschland belegen SOEP-Analysen, dass bei 18,5 % der Befragten LSBTIQ*-Personen ab 50 Jahren jemals eine depressive Erkrankung diagnostiziert wurde; gegenüber 10,1 % bei gleichaltrigen, heterosexuellen Personen. Auch Burnout-Diagnosen treten bei älteren LSBTIQ*-Personen mit 7,4 % signifikant häufiger auf, als bei heterosexuellen Peers mit 4,3 % (de Vries & Zindel, 2025). Besonders ausgeprägt ist die Belastung bei geschlechtlichen Minderheiten: bei älteren Personen, die eine geschlechtlichen Minderheit angehören, wurden mit 58,7 % häufiger eine Depression diagnostiziert wie bei cis-geschlechtlichen Männern der LSBTIQ*-Community mit 35,8 Prozent und cis-geschlechtlichen Frauen mit 31,8 Prozent (ebd.).

Diese Befunde stehen im Einklang mit internationalen Daten: für homo- und bisexuelle Männer zeigt eine Metaanalyse ein etwa dreifach erhöhtes Risiko für schwere Depressionen in den letzten zwölf Monaten sowie ein 5-6 fach, erhöhtes Lebenszeit-Suizidversuchsrisiko im Vergleich zu heterosexuellen Männern (BMFSFJ, 2025). Für lesbische Frauen zeigen Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum ebenfalls ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko (Pöge et al., 2020).

Über diese exemplarischen und messbaren Krankheitsbilder hinaus sind weitere psychische Belastungsdimensionen zu berücksichtigen. Das Coming-out, verstanden als lebenslanger Prozess der Entscheidung über Sichtbarkeit und Schutz in jedem neuen sozialen Kontext, stellt für viele LSBTIQ*-Personen eine wiederkehrende psychische Belastung

dar. Für ältere Generationen, die unter gesellschaftlicher Repression aufgewachsen sind, ist dieser Prozess häufig unabgeschlossen oder wurde niemals vollständig vollzogen, mit Folgen für das Identitätskohärenzgefühl und psychisches Wohlbefinden (Hackbart & Tischoff, 2020). Eng damit verbunden ist die Erfahrung familiärer Zurückweisung. Die Ablehnung durch die Herkunftsfamilie aufgrund der sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität gilt als einer der stärksten Prädiktoren für schlechte psychische Gesundheit, erhöhte Suizidraten und soziale Isolation bei LSBTIQ*-Personen (Pöge et al., 2020).

Viele ältere LSBTIQ*-Personen haben im Lauf ihres Lebens traumatische Erfahrungen durch staatliche Repression, Pathologisierung und Zwangsbehandlungen sowie durch die gesellschaftliche Ächtung während der AIDS-Krise erlebt. Diese Traumatisierungen sind nicht abgeschlossen, sondern bleiben psychisch wirksam und können insbesondere durch die Abhängigkeitssituationen in der Pflege reaktiviert werden (Schwulenberatung Berlin, 2024). Als Reaktion auf diesen akkumulierten Belastungen zeigt die Forschung erhöhte Raten an Substanzkonsum, der als stressbedingte Bewältigungsstrategie verstanden werden muss und häufig mit sozialem Rückzug und zunehmender Isolation einhergeht. Dies kann psychische Belastungen langfristig weiter verstärken anstatt diese zu lindern (Pöge et al., 2020; BMFSFJ, 2025).

Stigma und Diskriminierung gelten als die wichtigsten Determinanten der psychischen Gesundheit bei LSBTIQ*-Personen. Sowohl in ihrer externen Form

als Viktimisierung und Diskriminierung als auch in ihrer internalisierten Form als Scham und Identitätsverschleierung. Beide Formen verstärken chronischen Stress, begünstigen depressive Erkrankungen und können Betroffene von potenziell gesundheitsfördernden sozialen Netzwerken abschneiden (BMFSFJ, 2025). Umgekehrt zeigen Studien, dass das psychische Wohlbefinden von LSBTIQ*-Personen deutlich besser ist, wenn sie ihre Identität diskriminierungsfrei leben können und auf tragfähige soziale Unterstützung zurückgreifen können (Pöge et al., 2020). Ein Befund, der die Bedeutung queersensiblen Pflegehandelns unmittelbar unterstreicht.

3.4 Körperliche Gesundheit

Die körperliche Gesundheit von LSBTIQ*-Personen ist weniger systematisch erforscht als die psychische Gesundheit. Es zeigen sich jedoch konsistente Muster gesundheitlicher Ungleichheit, die sich auf Minoritätenstress zurückführen lassen.

SOEP-Analysen für LSBTIQ*-Personen ab 50 Jahren zeigen signifikant höhere Prävalenzen bei Asthma (12,2 % vs. 7,5 %) und Herzkrankheiten (23,0 % vs. 17,1 %), also gerade bei Erkrankungen, bei denen chronischer Stress die Symptome verstärkt (de Vries & Zindel, 2025; Kasproski et al., 2021). Seltener diagnostizierte Krebserkrankungen (5,7 % vs. 10,1 %) deuten dabei eher auf eine Unterdiagnose durch seltenere Vorsorgeinanspruchnahme lesbischer Frauen als auf ein geringeres Risiko hin (Pöge et al., 2020; Spahn & Hackbart, 2020).

Eine bundesweite, nicht repräsentative Befragung des Dachverbandes Lesben und Altern e. V. (n = 519) bestätigt

dieses Bild für ältere lesbische Frauen. Körperliche Einschränkungen nehmen mit dem Alter deutlich zu und gehen mit Unsicherheiten im Gesundheitssystem einher, die aus der Angst vor einem erneuten Coming-out resultieren (Soine, 2025). Die Belastung variiert dabei deutlich je nach Subgruppe.

Für schwule Männer und MSM ist das erhöhte Risiko für HIV und sexuell übertragbare Infektionen gut belegt (85 % der Syphilis-Meldungen im Jahr 2018 mit bekanntem Übertragungsrisiko, Pöge et al., 2020). Menschen mit HIV sind zudem von Komorbiditäten betroffen, die durch die Langzeittherapie verursacht werden, wie beispielsweise Osteoporose oder Herz-Nieren-Erkrankungen (Schwulenberatung Berlin, 2024).

Für trans* und inter* Personen sind es vor allem die körperlichen Langzeitfolgen medizinischer Transition beziehungsweise nicht eingewilligter Normierungspraktiken, die eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (BMFSFJ, 2025).

Auch queerfeindliche Gewalt wirkt sich unmittelbar auf die körperliche Gesundheit aus: Die polizeilich erfassten queerfeindlichen Straftaten sind von 1.188 Fällen (2022) auf 2.377 Fälle (2025) gestiegen (Bundeskriminalamt, 2026), bei einem erheblichen Dunkelfeld, da 87 Prozent der Betroffenen körperliche oder sexuelle Übergriffe nicht anzeigen (FRA, 2020).

3.5 Ältere LSBTIQ*-Personen und besondere Vulnerabilität

Ältere LSBTIQ*-Personen stellen keine homogene Gruppe dar, deren Vulnerabilität sich schlicht aus der Addition von Alter und queerer Identität ergibt. Ihre Lebenssituation ist vielmehr

durch spezifische Kohortenerfahrungen geprägt, die in dieser Form für keine andere Bevölkerungsgruppe gelten. In der Forschung wird zwischen verschiedenen Generationen unterschieden: der sogenannten Pre-Stonewall-Generation (70 Jahre und älter), die unter den Bedingungen strafrechtlicher Verfolgung, psychiatrischer Pathologisierung und gesellschaftlicher Ächtung aufgewachsen ist, der Gay Liberation Era (55 bis 69 Jahre), die die Anfänge der queeren Emanzipationsbewegung erlebt hat, sowie der Gay Rights Era (31 bis 54 Jahre), die rechtliche Fortschritte als Realität kennt.

Zwischen diesen Generationen bestehen erhebliche Unterschiede im Umgang mit der eigenen sexuellen Orientierung, in Kompensationsstrategien und in familiären Einstellungen (Lottmann, 2020). Für die im Rahmen dieser Erhebung primär relevanten Altersgruppen ab 60 Jahren bedeutet dies, dass ihre Identitätsentwicklung in einem gesellschaftlichen Klima stattfand, in dem Offenheit mit erheblichem persönlichem Risiko verbunden war.

Aus dieser Erfahrung resultiert eine Anhäufung von Diskriminierungserfahrungen über die gesamte Lebenszeit, die sich von den in den Kapiteln 3.3.1 und 3.3.2 dargestellten allgemeinen Befunden zur Gesundheit von LSBTIQ*-Personen qualitativ unterscheidet. Während jüngere LSBTIQ*-Personen häufiger Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität erfahren, sind ältere LSBTIQ*-Personen zunehmend auch von Altersdiskriminierung betroffen; einer zusätzlichen Diskriminierungsdimension, die sich mit der queeren Identität verschränkt und spezifische Belastungsmuster erzeugt (de Vries & Zindel, 2025).

Besonders ausgeprägt zeigt sich die

Vulnerabilität älterer LSBTIQ*-Personen im Bereich sozialer Einbindung. SOEP-Analysen belegen, dass ältere LSBTIQ*-Menschen statistisch signifikant häufiger angeben, das Gefühl zu haben, außen vor und sozial isoliert zu sein, als ältere cis-heterosexuelle Menschen (de Vries & Zindel, 2025).

Da ältere LSBTIQ*-Personen seltener in Partnerschaften leben, häufiger allein und seltener mit Kindern zusammen als cis-heterosexuelle Gleichaltrige, fehlt ihnen im Alter häufig jenes familiäre Auffangnetz, das in der Mehrheitsgesellschaft als selbstverständliche

Unterstützungsstruktur gilt. Besuch erhalten ältere LSBTIQ*-Personen daher signifikant häufiger von Freund*innen Nachbar*innen und oder Peers aus der Community als von Familienangehörigen; persönliche Gedanken und Gefühle teilen sie vorrangig mit Freund*innen und Bekannten (ebd.).

Diese Verschiebung hin zu nichtfamiliären Netzwerken ist nicht Ausdruck von Defizit, sondern Resultat einer aktiven Gemeinschaftsbildung, die im Kontext familiärer Ablehnung und gesellschaftlicher Ausgrenzung entstanden ist. Gleichwohl erhöht sie die Vulnerabilität im Alter, da informelle Netzwerke mit zunehmendem Pflegebedarf an Tragfähigkeit verlieren können oder diese selbst einen Pflegebedarf entwickeln.

3.6 Intersektionale Perspektive

Das Konzept der Intersektionalität wurde von der Rechtswissenschaftlerin Kimberlé Crenshaw (1989) entwickelt, um die spezifischen Diskriminierungserfahrungen Schwarzer Frauen zu beschreiben, die weder durch eine ausschließliche

Fokussierung auf Geschlecht noch auf Race angemessen erfasst werden konnten. Intersektionalität beschreibt dabei nicht die bloße Addition verschiedener Benachteiligungen, sondern die Entstehung neuer, spezifischer Erfahrungen an den Schnittstellen verschiedener Identitätskategorien, die in ihrer Wechselwirkung qualitativ andere Ungleichheiten produzieren als jede Dimension für sich (Crenshaw, 1989; Wedl, 2020; Walgenbach, 2012). Identitätskategorien wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter, sozioökonomische Klasse, Race, Migrationshintergrund oder Behinderung wirken dabei nicht isoliert, sondern in komplexen Wechselbeziehungen, die spezifische gesellschaftliche Positionierungen und Vulnerabilitäten erzeugen.

Für die Analyse der Lebens- und Pflegesituation von LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV ist die intersektionale Perspektive aus mehreren Gründen unverzichtbar. Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Befunde zu gesundheitlichen Ungleichheiten gelten nicht für alle Mitglieder der LSBTIQ*-Community gleichermaßen, sondern variieren erheblich in Abhängigkeit von weiteren Identitäts- und Positionierungsdimensionen.

Für den vorliegenden Bericht sind dabei insbesondere folgende Überschneidungen relevant: LSBTIQ*-Personen of Color erleben an der Schnittstelle von Queerfeindlichkeit und Rassismus spezifische Diskriminierungsformen, die in Versorgungskontexten häufig unsichtbar bleiben. Trans* Personen mit Migrationsgeschichte sind mit einer dreifachen Marginalisierung

konfrontiert, die den Zugang zu adäquater medizinischer und pflegerischer Versorgung erheblich erschwert. Menschen, die mit HIV leben, erfahren an der Schnittstelle von HIV-Stigmatisierung und queerer Identität ein spezifisches Doppelstigma, das weder durch allgemeine LSBTIQ*-sensible Versorgungsansätze noch durch HIV-spezifische Angebote allein angemessen adressiert werden kann (Pöge et al., 2020).

Die sozioökonomische Dimension stellt eine weitere, häufig vernachlässigte intersektionale Kategorie dar. Diskriminierung am Arbeitsplatz, unterbrochene Erwerbsbiografien und ein erhöhtes Armutsrisiko kennzeichnen die finanzielle Lebenssituation vieler LSBTIQ*-Personen (de Vries et al., 2020; Kasprowski et al., 2021). Im Pflegekontext wirkt sich sozioökonomische Benachteiligung unmittelbar auf den Zugang zu Versorgungsleistungen aus: Private Zuzahlungen für oder spezialisierte Versorgungsangebote sind für finanziell vulnerable Personen kaum leistbar, sodass die Wahlmöglichkeiten gerade jener LSBTIQ*-Personen am stärksten eingeschränkt sind, die aufgrund weiterer Benachteiligungen besonderer Unterstützung bedürfen.

Für die Versorgungspraxis ergibt sich daraus eine zentrale Konsequenz: Eine queersensible Pflege, die ausschließlich auf die Dimension sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität fokussiert, läuft Gefahr, die Heterogenität der Zielgruppe zu verkennen und spezifische Bedarfe mehrfach marginalisierter Personen zu übergehen. Bedarfsgerechte Versorgung setzt voraus, Mehrfachzugehörigkeiten systematisch zu erfassen und in die Versorgung einzubeziehen.

3.7 Soziale Netzwerke, Wahlverwandtschaft und Communityzugehörigkeit

Soziale Beziehungen gelten in der Gesundheitsforschung als eigenständige Determinante von Gesundheit und Wohlbefinden. Unter sozialer Unterstützung wird die qualitative Dimension sozialer Beziehungen verstanden, die sich in emotionaler Unterstützung wie zum Beispiel durch Gespräche, Zuneigung, Bestätigung zeigen kann. Eine weitere Form beschreibt die instrumentelle Unterstützung, welche sich durch praktische Hilfe und materielle Ressourcen zeigt.

Die informationelle Unterstützung greift durch Wissen und Ressourcenzugang. Dabei ist zu betonen, dass nicht allein die tatsächlich erhaltene Unterstützung gesundheitsrelevant ist, sondern bereits das Gefühl, im Bedarfsfall auf Unterstützung zurückgreifen zu können, nachweislich stressprotektiv wirkt (Vonneilich, 2020).

Soziales Kapital bezeichnet eine Ressource, die erst durch soziale Interaktion entsteht und nicht individuell hergestellt werden kann. Es lassen sich zwei Formen unterscheiden: Bonding Social Capital beschreibt die engen, vertrauensbasierten Beziehungen innerhalb einer Gruppe, die vor allem emotionale und instrumentelle Unterstützung bereitstellen. Bridging Social Capital bezeichnet hingegen schwächere Bindungen über Gruppengrenzen hinweg, die den Zugang zu neuen Informationen und Ressourcen ermöglichen (ebd.).

Soziale Netzwerke beschreiben schließlich die Gesamtstruktur der Beziehungsgeflechte, in die Individuen

eingebettet sind. Größe, Dichte, Zusammensetzung und die eigene Position innerhalb des Netzwerks wirken dabei als eigenständige Gesundheitsdeterminanten (ebd.).

Für LSBTIQ*-Personen sind Struktur und Qualität sozialer Netzwerke durch spezifische Bedingungen geprägt, die sich grundlegend von denen cis-heterosexueller Bevölkerungsgruppen unterscheiden. An die Stelle der Herkunftsfamilie tritt bei vielen LSBTIQ*-Personen die sogenannte Wahlverwandtschaft.

Darunter werden selbst gewählte Netzwerke aus Freund*innen, Ex-Partner*innen und anderen nahestehenden Personen verstanden, die auf gegenseitige Zuneigung, Solidarität und geteilter Erfahrung beruhen und familienähnliche Funktionen übernehmen (Schwulenberatung Berlin, 2024).

Wahlverwandtschaft entstand historisch als Reaktion auf familiäre Ablehnung und gesellschaftliche Ausgrenzung. Sie ist für viele ältere LSBTIQ*-Personen das wichtigste und zuweilen einzige primäre Unterstützungssystem. SOEP-Daten belegen, dass ältere LSBTIQ*-Personen Besuch signifikant häufiger von Freund*innen und Nachbar*innen erhalten als von Familienangehörigen und persönliche Gedanken und Gefühle vorrangig mit Freund*innen teilen (de Vries & Zindel, 2025).

Für lesbische Frauen in Deutschland bestätigt die Fragebogenerhebung des Dachverbands Lesben und Alter e.V. dieses Muster: Freundschaftsbeziehungen bilden die zentrale Stütze im Alltag, während familiäre Strukturen nur nachrangig eine Rolle spielen (Soine, 2025). Trotz ihrer zentralen Bedeutung

ist Wahlverwandtschaft rechtlich nicht abgesichert. In institutionellen Versorgungskontexten werden Mitglieder der Wahlfamilie häufig nicht als primäre Bezugspersonen anerkannt, erhalten keinen Zugang zu relevanten Informationen und werden nicht in Entscheidungsprozesse einbezogen (Schwulenberatung Berlin, 2024).

Trotz der Bedeutung von Wahlverwandtschaft und Community-Strukturen ist das Einsamkeitserleben älterer LSBTIQ*-Personen nachweislich erhöht. SOEP-Analysen zeigen, dass ältere LSBTIQ*-Personen statistisch signifikant häufiger angeben, das Gefühl zu haben, außen vor und sozial isoliert zu sein, als ältere cis-heterosexuelle Menschen (de Vries & Zindel, 2025).

Dieser Befund erklärt sich nicht durch fehlende Netzwerkorientierung. Queere Netzwerke sind strukturell kleiner, weniger rechtlich abgesichert und stärker auf Freiwilligkeit angewiesen als familiäre Strukturen. Das begrenzt ihre Tragfähigkeit im Alter (de Vries & Zindel, 2025; Müller & Ellwardt, 2020).

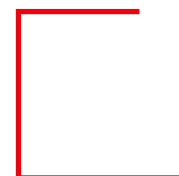
Hinzu kommt, dass Mitglieder von Wahlverwandtschaftsnetzwerken durch eigene Erkrankungen, eigenem Pflegebedarf oder Tod zunehmend ausscheiden, ohne dass institutionelle Strukturen diese Verluste auffangen. Community-Zugehörigkeit stellt über den individuellen Netzwerkaspekt hinaus einen eigenständigen Schutzfaktor für die Gesundheit älterer LSBTIQ*-Personen dar.

Die LSBTIQ*-Community fungiert nicht allein als Netzwerk im soziologischen Sinne. Sie bietet Identitätsbestätigung, soziale Anerkennung, geteiltes kulturelles Gedächtnis und politisches Selbstverständnis (Schwulenberatung Berlin, 2024). De Vries und Zindel (2025) belegen eine starke Community-Einbindung älterer LSBTIQ*-Personen. Community-Zugehörigkeit wirkt dabei gesundheitsprotektiv, weil sie das Gefühl von Zugehörigkeit und Anerkennung stärkt, Bewältigungsstrategien durch geteilte Erfahrungen ermöglicht und den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und Unterstützungsangeboten erleichtert (Klärner & von der Lippe, 2020).

Für ältere LSBTIQ*-Personen, die häufig ohne familiäre Einbindung leben, kommt dieser Schutzfunktion eine besondere Bedeutung zu.

Mit zunehmender Pflegebedarf geraten diese sozialen Strukturen jedoch unter Druck. Körperliche Einschränkungen und der Eintritt in stationäre Versorgungsstrukturen erschweren die Aufrechterhaltung von Wahlverwandtschaftsnetzwerken und Community-Kontakten erheblich. Queere Menschen in Pflegeeinrichtungen ohne LSBTIQ*-sensible Angebote verlieren oft die sozialen Strukturen, die ihre Gesundheit fördern (Gerlach & Schupp, 2017, S. 471-486).

4. Diskriminierungserleben

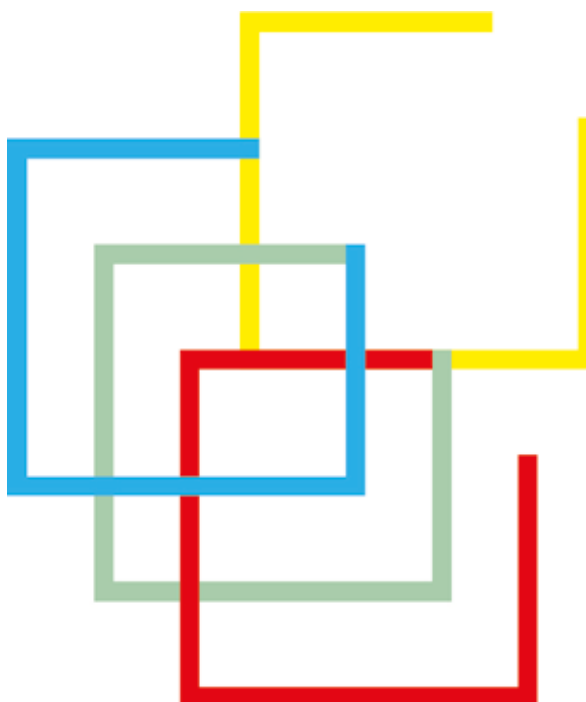


4.1 Strukturelle Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegewesen

Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV sind komplex und können nicht allein auf zwischenmenschliche Einzelereignisse zurückgeführt werden. Diskriminierung ist ein vielschichtiges Phänomen, das auf mehreren gesellschaftlichen Ebenen gleichzeitig und in Wechselwirkung wirkt.

Auf der individuellen Ebene stehen persönliche Erfahrungen direkter Ablehnung, Abwertung oder unangemessener Neugier. Diese Ebene wird in der öffentlichen Wahrnehmung am häufigsten mit Diskriminierung gleichgesetzt. Dabei sind individuelle Erfahrungen nicht Ursache, sondern Ausdruck umfassenderer struktureller Verhältnisse. Auf der institutionellen Ebene wirkt Diskriminierung durch Regeln, Routinen und Praktiken in

Organisationen. Sie ist häufig in scheinbar neutralen Strukturen verankert und führt zu ungleichem Zugang und systematischer Unsichtbarkeit bestimmter Gruppen. Auf der strukturellen Ebene manifestiert sich Diskriminierung in gesamtgesellschaftlichen Machtverhältnissen, die tief in Gesetzgebung, Ökonomie und sozialen Normen verankert sind. Die historisch-systemische Dimension schließlich durchzieht alle drei Ebenen. Sie verdeutlicht, dass Diskriminierung nicht nur gegenwärtig produziert wird, sondern historische Wurzeln hat, die institutionelle und kulturelle Normen bis heute formen (Krieger, 2001; 2014; Pöge et al., 2020; Gerlach & Schupp, 2017).



5. Ansätze queersensiblen Pflegehandelns



5.1 Diversitätssensible Pflege

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Diskriminierungserfahrungen und Versorgungsbarrieren machen deutlich, dass queersensibles Pflegehandeln keine Spezialleistung für eine randständige Gruppe ist, sondern eine Grundbedingung professioneller Pflegepraxis. Ausgangspunkt ist: LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV haben einerseits dieselben allgemeinen Gesundheitsanliegen wie die Mehrheitsgesellschaft, sind dabei aber spezifischen Vulnerabilitäten wie Diskriminierungserfahrungen und antizipierter Diskriminierung ausgesetzt.

Andererseits haben sie spezifische Bedarfe, die die Mehrheitsgesellschaft nicht hat. Darunter Bedarfe im Bereich der geschlechtsaffimierenden Versorgung, Hormonersatztherapien, der Langzeitbegleitung nach medizinischen Eingriffen sowie der HIV-spezifischen Versorgung und deren Komorbiditäten (Spahn & Hackbart, 2020). Queersensible Pflege muss beide Dimensionen erkennen und diese bedarfsgerecht adressieren. Sie ist dabei kein Zusatzangebot, sondern ein Qualitätsmerkmal das allen Pflegebedürftigen zugute kommt.

Eine Versorgung, die individuelle Biografien, Lebensformen und Identitäten systematisch berücksichtigt, verbessert Diagnostik, Compliance und Beziehungsqualität für alle Patient*innen (Grzybek, 2026). Für LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV kommt der professionellen Beziehungsgestaltung

eine besondere Bedeutung zu. Vor dem Hintergrund lebenslanger Erfahrungen mit Diskriminierung und Pathologisierung im Gesundheitswesen ist Vertrauen in Fachkräfte für diese Gruppe nicht selbstverständlich. Dieses Vertrauen muss aktiv aufgebaut werden (Hackbart & Thies, 2020). Eine einfühlsame, diskriminierungsfreie Haltung des Behandlungsteams wirkt dabei in mehreren Dimensionen gleichzeitig.

Sie verbessert die Behandlungserwartung und Mitarbeit der Pflegebedürftigen, ermöglicht eine sicherer Diagnostik durch Berücksichtigung biografischer Kontextfaktoren, fördert die Beachtung psychosozialer Belastungen und stärkt die Nachhaltigkeit der Versorgung (Grzybek, 2026). Dabei gilt ein zentrales Prinzip: Patient*innen sind Expert*innen ihrer eigenen Lebensrealität. Selbstdefinition und Selbstbezeichnung werden übernommen, heteronormative Annahmen in Kommunikation und Dokumentation werden vermieden und die Wahlfamilie wird als Bezugsstruktur anerkannt (ebd.).

Acosta und Lottmann (2025) identifizierten drei empirisch belegte Strategien, die eine gute Pflegequalität bei LSBTIQ*-Personen in der Langzeitpflege fördern. Eine erste Strategie ist das aktive Sichtbarmachen der nicht-konformen sexuellen oder geschlechtlichen Identität. Pflegeeinrichtungen, die durch sichtbare Zeichen ihrer Offenheit signalisieren, dass LSBTIQ*-Identitäten willkommen sind, ermöglichen Pflegebedürftigen

eine freiere Entscheidung über das eigene Coming-out und reduziert den Anpassungsdruck. Eine zweite Strategie betrifft das Stigmanagement in Einrichtungen der Langzeitpflege. Pflegepersonal muss in der Lage sein, Stigmatisierungsprozesse gegenüber LSBTIQ*-Personen zu erkennen und aktiv zu unterbinden, um ein sicheres Versorgungsklima herzustellen.

Die dritte Strategie ist die vorausschauende Versorgungsplanung. Frühzeitige, offene Gespräche über Wünsche, Vollmachten und Bezugspersonen ermöglichen es, die Wahlfamilie rechtlich und praktisch in die Versorgung einzubinden, bevor eine Pflegesituation akut wird (ebd). Biographiearbeit stellt in diesem Zusammenhang ein zentrales pflegerisches Instrument dar. Sie ermöglicht es, queere Lebensrealitäten sichtbar zu machen, individuelle Bedürfnisse und Ressourcen zu erfassen und die Versorgung auf spezifische Biografie der pflegebedürftigen Person abzustimmen.

Für ältere LSBTIQ*-Personen, die ihre Identität häufig über Jahrzehnte verborgen haben, erfordert die Biographiearbeit eine besondere Sensibilität. Fragestellungen sollten keine Heterosexualität implizieren, das Tempo der Öffnung liegt bei der pflegebedürftigen Person und Ergebnisse der Biographiearbeit fließen nur mit ausdrücklichem Einverständnis in das Pflegeteam ein (Schwulenberatung Berlin, 2024; Lottmann, 2020).

Gleichzeitig können Informationen aus der Wahlfamilie oder Community als ergänzende Wissensquelle für die Pflegeanamnese genutzt werden, wenn die pflegebedürftige Person das wünscht.

Queersensibles Pflegehandeln erfordert auf Seiten des Pflegepersonals spezifische Kompetenzen auf drei Ebenen. Auf der Wissensebene brauche es Kenntnisse über die historischen Repressionen, denen ältere LSBTIQ*-Personen ausgesetzt waren, über spezifische Gesundheitsbedarfe einzelner Subgruppen sowie über rechtliche Rahmenbedingungen wie Vollmachten und Betreuungsrecht (Lottmann, 2020; Weiß, 2020, Gerlach & Schupp, 2017).

Auf der Haltungsebene ist die Reflexion eigener heteronormativer Annahmen und Vorurteile unverzichtbar. Professionell Tätige in Gesundheitsberufen sollten sich bewusst darüber sein, dass ihre Pflegeempfänger*innen nicht zwangsläufig heterosexuell oder cis-geschlechtlich identifiziert sind, und eigene Mikroaggressionen kontinuierlich reflektieren (Hackbart & Thies, 2020).

5.2 Schutzfaktoren und Ressourcen

Ein zentraler Schutzfaktor ist die Möglichkeit, die eigene sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität offen leben zu können. LSBTIQ*-Personen, die ihre Identität nicht verbergen müssen, weisen konsistent bessere Werte in der psychologischen Gesundheit auf als Personen, die ihre Identität verschleiern (de Vries & Zindel, 2025).

Dieser Befund ist jedoch an eine entscheidende Bedingung geknüpft: Die protektive Wirkung offener Identität entfaltet sich nur dann, wenn das soziale und institutionelle Umfeld hinreichend sicher und diskriminierungsfrei ist. Fehlt diese Voraussetzung, wird das Outing selbst zum Stressor.

Für die Pflegepraxis bedeutet dies: Die Schaffung sicherer, queersensibler Versorgungsumgebungen ist nicht nur eine Frage der Würde, sondern eine direkte Gesundheitsintervention. Einrichtungen, die aktiv Offenheit signalisieren und Diskriminierung strukturell unterbinden, ermöglichen ihren Bewohner*innen und Klient*innen, ihre Identität ohne Schutzstrategie zu leben (Gerlach & Schupp, 2017).

Queersensible Versorgungsstrukturen wirken dabei als eigenständiger institutioneller Schutzfaktor. Einrichtungen, die queersensible Pflege systematisch implementieren, schaffen Bedingungen, unter denen Identitätsverschleierung seltener notwendig wird und Vertrauen in das Versorgungssystem entstehen kann. Das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt[®] bietet dabei einen strukturierten Rahmen, der Einrichtungen bei der Entwicklung queersensibler Strukturen unterstützt (Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt[®], 2026).

5.3 Gesundheitskompetenz, Selbsthilfekompetenz und Empowerment

Queersensible Pflege setzt auf zwei Ebenen an, die gleichwertig sind und sich gegenseitig bedingen. Auf der strukturellen Ebene liegt die Verantwortung bei Einrichtungen und Fachkräften, Bedarfe proaktiv zu erkennen, heteronormative Annahmen zu vermeiden und eine Versorgungsumgebung zu schaffen, in der queere Lebensrealitäten ohne Erklärungsdruck Platz haben. Queersensible Pflege ist damit keine Leistung, die von pflegebedürftigen

Personen eingefordert werden sollte, sondern eine professionelle Grundhaltung, die unabhängig davon wirksam sein muss, ob Bedarfe explizit geäußert werden oder nicht. Auf der individuellen Ebene kann Gesundheitskompetenz ergänzend unterstützen, eigene Bedarfe zu kennen, geeignete Angebote zu finden und sich in einer häufig heteronormativ geprägten Versorgungslandschaft zu orientieren. Gesundheitskompetenz beschreibt dabei die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und für die eigene Gesundheitserhaltung anzuwenden (Schaeffer et al., 2021).

Für LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV erfordert diese Kompetenz eine zusätzliche Dimension, nämlich die Fähigkeit, diskriminierungsfreie Angebote zu identifizieren und eigene Bedarfe in einem System zu kommunizieren, das diese nicht selbstverständlich berücksichtigt. Diese Anforderung stellt eine zusätzliche Belastung dar, die cis-heterosexuelle Pflegebedürftigen in dieser Form nicht abverlangt wird, und verdeutlicht, dass individuelle Gesundheitskompetenz die strukturelle Verantwortung der Versorgung nicht ersetzen kann.

Die Verfügbarkeit queersensibler Angebote ist zudem räumlich ungleich verteilt. Während städtische Ballungsräume über eine größere Dichte an spezialisierten Beratungsstellen, Community-Strukturen und queersensiblen Einrichtungen verfügen, sind ältere LSBTIQ*-Personen im ländlichen Raum häufig mit einer doppelten Isolation konfrontiert, nämlich geografisch durch die Entfernung zu entsprechenden

Angeboten und strukturell durch das Fehlen lokaler Versorgungsstrukturen welche queersensible Angebote als professionelles Grundverständnis mitberücksichtigen (de Vires & Zindel, 2025). Digitale Informations- und Beratungsangebote können diese Lücke partiell schließen, setzen jedoch digitale Kompetenzen und technische Infrastruktur voraus, die bei älteren Menschen nicht selbstverständlich sind. Je geringer die Verfügbarkeit queersensibler Strukturen im Umfeld, desto stärker rücken individuelle Kompetenzen und informelle Netzwerke als Ressource in den Vordergrund.

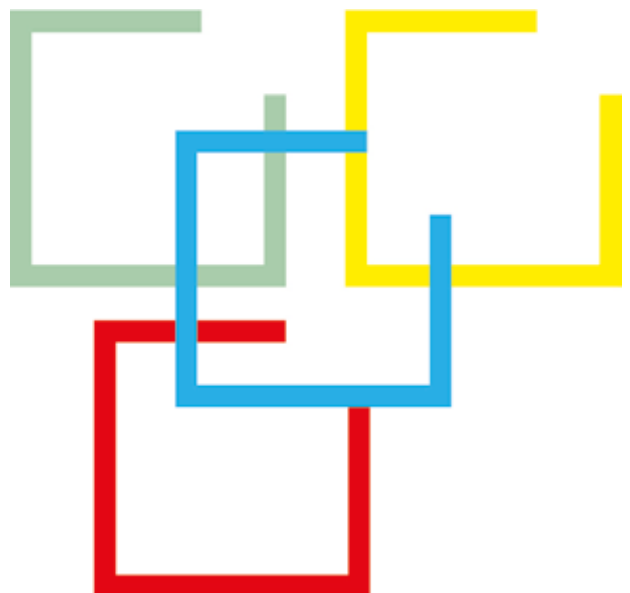
Empowerment bezeichnet sowohl individuelle als auch kollektive Prozesse der Stärkung von Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung. Auf individueller Ebene umfasst es die Fähigkeit, eigene Rechte zu kennen und einzufordern, Unterstützungsstrukturen aktiv aufzubauen und vorausschauend zu planen. Auf kollektiver Ebene zeigt sich Empowerment in der Selbstorganisation queerer Communities, die dort eigene Versorgungsstrukturen entwickeln, wo institutionelle Angebote fehlen oder inadäquat sind (Acosta & Lottmann, 2025).

Community-basierte Initiativen entstehen häufig als direkte Reaktion auf strukturelle Versorgungslücken und sind damit nicht nur Ausdruck von Eigeninitiative, sondern auch Indikator für den Handlungsbedarf in

der professionellen Versorgung.

Peer-Support stellt in diesem Zusammenhang eine spezifische Form kollektiver Ressource dar, die in queeren Versorgungskontexten besondere Bedeutung hat. Menschen mit eigener Erfahrung als LSBTIQ*-Person oder als Mensch mit HIV können für Gleichbetroffene eine Form der Unterstützung leisten, die professionelle Fachkräfte strukturell nicht ersetzen können. Sie verfügen über gelebtes Wissen über Diskriminierungserfahrungen, kennen lokale und digitale Anlaufstellen und können einschätzen, welche Versorgungsstrukturen tatsächlich diskriminierungsfrei/diskriminierungsarm sind.

Besonders im ländlichen Raum, wo professionelle queersensible Angebote fehlen, wirkt Peer-Support als Brücke zwischen individueller Isolation und kollektiver Handlungsfähigkeit. Gleichzeitig ist Peer-Support kein Ersatz für professionelle Versorgung, sondern eine Ergänzung, die genau dort an Bedeutung gewinnt, wo strukturelle Angebote nicht ausreichen.



6. Spezifische Pflegedimensionen



6.1 Wohnen im Alter

Die Wohnsituation stellt eine zentrale, in der Pflegeforschung zunehmend anerkannte Determinante von Gesundheit, Autonomie und Versorgungsqualität im Alter dar. Wie ältere pflegebedürftige Menschen wohnen, beeinflusst maßgeblich deren Lebenssituation und weiteren Lebensverlauf (Eggert et al., 2024). Das dominierende gesellschaftspolitische Bild ist dabei eindeutig: So lange wie möglich im eigenen Zuhause zu verbleiben entspricht dem erklärten Wunsch der überwältigenden Mehrheit älterer Menschen in Deutschland (BMFDFJ, 2025).

Für LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV ist die Wohnsituation im Alter mit einer zusätzlichen Dimension verbunden, die über allgemeine Fragen der Barrierefreiheit und Wohnqualität hinausgeht. Die eigene Häuslichkeit stellt für viele von ihnen nicht nur den bevorzugten Pflegeort dar, sondern auch den einzigen Raum, in dem die eigene Identität ohne Anpassungsdruck gelebt werden kann. Der Eintritt in stationäre Wohnformen bedeutet für ältere LSBTIQ*-Personen häufig den erneuten Verlust dieses geschützten Raums. Queerspezifische Wohn- und Pflegeangebote entstehen in Deutschland zunehmend als Reaktion auf diese strukturelle Lücke.

Gemeinschaftliche Wohnprojekte, queersensible Wohngemeinschaften und

LSBTIQ*-affirmative Pflegeeinrichtungen/ Pflegedienste bieten Versorgung und Gemeinschaft in einem. Ihre gesundheitsförderliche Wirkung liegt dabei nicht allein in der Wohnqualität, sondern in der Möglichkeit zur Identitätsoffenheit, zur Community-Einbindung und zur gegenseitigen Unterstützung innerhalb queerer Netzwerke.

6.2 Sexualität, Intimität und Körperlichkeit in der Pflege

Sexualität ist nach Verständnis der Weltgesundheitsorganisation ein zentraler Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne: „Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships“ und wird beeinflusst durch das Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer, ökonomischer, politischer, kultureller, rechtlicher, historischer, religiöser und spiritueller Faktoren (WHO, 2006, S. 5, eigene Übersetzung).

Sexuelle Gesundheit als Ausdruck dieser Ganzheitlichkeit meint einen Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität, der sich nicht auf das Fehlen von Krankheit oder Funktionsstörung reduzieren lässt. Sie setzt eine positive und respektvolle Haltung zur Sexualität voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu

machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt (ebd). Dieses Recht gilt unabhängig vom Alter und verliert mit dem Eintritt in den Pflegebedarf weder seine Gültigkeit noch seine Bedeutung für das individuelle Wohlbefinden. Gleichwohl bleibt Sexualität im Pflegekontext ein häufig tabuisiertes Thema (Burgmeier & Burgmeier, 2025).

Für LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV ist diese Tabuisierung mit einer zusätzlichen Hürde verbunden. Während heterosexuelle Pflegebedürftige Sexualität und Partnerschaft zumindest implizit als Teil ihrer Biographie einbringen können, ohne mit Sanktionen rechnen zu müssen, erfordert das Artikulieren queerer Sexualität im Pflegesetting eine explizite Offenbarung der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität. Die qualitative Untersuchung von Gerlach und Schupp (2017) belegt, dass lesbische und schwule Pflegebedürftige aktiv Strategien entwickeln, um ihr Sexualleben im Pflegesetting zu artikulieren, zu verbergen oder diese sich selbst abzusprechen. Welche Strategie gewählt wird, hängt maßgeblich davon ab, ob die Pflegeeinrichtung ein Klima der Offenheit signalisiert und ob das Pflegepersonal queere Lebensweisen kennt und anerkennt.

Wo Offenheit fehlt, wird Sexualität zum weiteren Bereich des Verbergens, mit negativen Folgen für das Wohlbefinden, Identitätskontinuität und die Qualität der pflegerischen Beziehung (ebd.) Ein spezifisches Bedürfnis, das in der pflegewissenschaftlichen Literatur für LSBTIQ*-Pflegebedürftige empirisch dokumentiert ist, betrifft die geschlechtsspezifische Körperpflege. Der Wunsch nach einer Pflegefachkraft

des eigenen Geschlechts ist ein häufig geäußertes Bedürfnis, das in der Regelversorgung häufig unerkannt bleibt. Gerlach und Schupp (2017) zeigen, dass dieser Wunsch von den Pflegebedürftigen entweder grundsätzlich offen artikuliert oder grundsätzlich verschwiegen wird; eine abgestufte, nur gegenüber einzelnen Personen geäußerte Kommunikation dieses Bedürfnisses berichten sie nicht, selbst bei Personen, die ihre Homosexualität ansonsten teils offen handhaben.

Für trans* und inter* Personen kommt hinzu, dass Körperpflege und Intimversorgung eine besondere Sensibilität im Umgang mit dem eignen Körper erfordern. Pflegefachkräfte benötigen Wissen über die Auswirkungen von Hormontherapien (z.B. Auswirkungen und Wechselwirkungen im Medikationsbereich) und den achtsamen Umgang mit individuellen Körpermerkmalen (z.B. das Bougieren der Neovagina) um eine fachlich kompetente Versorgung zu gewährleisten.

Das Recht auf eine geschlechtsspezifische Körperpflege ist dabei nicht als Sonderwunsch zu verstehen, sondern als Ausdruck des grundlegenden Anspruchs auf einem am Individuum orientierte Versorgung. Auch die Intim- und Privatsphäre gilt es als Pflegedimension zu berücksichtigen. Das Recht auf Privatheit im Rahmen von Pflegeleistungen umfasst nicht alleine den Schutz des Körpers, sondern auch den Schutz der eignen Lebensgeschichte, der Partnerschaft und der Identität.

7. Pflegende An- und Zugehörige



7.1 Informelle Pflege

In Deutschland wird der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen informell versorgt. Ende 2021 wurden 84 Prozent der Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung zuhause betreut, der Großteil davon ausschließlich durch Angehörige (BMFSFJ, 2025). Als informelle Pflege gilt dabei die unbezahlte Unterstützungs- und Versorgungsleistung durch nahestehende Personen, die außerhalb des professionellen, im SGB XI geregelten Versorgungssystems erbracht wird. Diese gesetzliche Abgrenzung von der professionellen, erwerbsmäßig erbrachten Pflege (§19 SGB XI) schließt neben Familienangehörigen auch weitere nahestehende Personen ein.

Nahestehende Personen erbringen diese Leistungen häufig ohne ausreichende institutionelle Unterstützung und bilden damit eine eigene Zielgruppe, deren Bedarfe in der Versorgungsforschung lange unterrepräsentiert waren (Eggert et al., 2024). Für LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV ist die informelle Pflegesituation dabei strukturell anders gelagert als in der Mehrheitsbevölkerung. Die Sachverständigenkommission des Neunten Altersberichts hält ausdrücklich fest, dass diese Bevölkerungsgruppe in der zweiten Lebenshälfte tendenziell stärker auf formale Leistungen der Altenhilfe und Pflege angewiesen sind als der gesellschaftliche Durchschnitt (BMFSFJ, 2025). Dieser Befund verändert die Perspektive auf pflegende Personen in queeren Konstellationen grundlegend.

Wer in queeren Lebenswelten pflegt, tut dies häufig außerhalb jener Strukturen, auf die die Mehrheitsgesellschaft zurückgreift, und übernimmt Aufgaben, für die häufig die rechtliche oder institutionelle Anerkennung ausbleibt. Die allgemeine Belastungssituation informell Pflegender ist empirisch gut belegt. Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zeigen, dass sich in den Jahren 2021 und 2022 insgesamt 70 Prozent der über 50-jährigen Pflegenden stark oder sehr stark belastend fühlen. Fast die Hälfte fühlte sich durch die Pflege körperlich überfordert und gesundheitlich beeinträchtigt, 42 Prozent schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter ein als den von Gleichaltrigen (BMFSFJ, 2025).

Soziale Einschränkungen betreffen dabei nahezu alle Lebensbereiche: 75 Prozent der Pflegenden berichten von eingeschränkten Freizeitaktivitäten und sozialem Rückzug (ebd.) Pflegende Angehörige tragen damit ein erhebliches eigenes Gesundheitsrisiko, das in der Versorgungsplanung selten ausreichend berücksichtigt wird. Für pflegende Personen in queeren Konstellationen verschärft sich diese Situation durch spezifische strukturelle und identitätsbezogene Faktoren, die im Folgenden dargestellt werden.

7.2 Queere Pflegekonstellationen

In queeren Lebenswelten übernehmen Aufgaben der Pflege häufig Personen, die in der Mehrheitsgesellschaft nicht als Angehörige gelten. Da ältere LSBTIQ*-

Personen seltener in Partnerschaften und häufiger ohne Kinder leben als cis-heterosexuelle Gleichaltrige, treten Mitglieder der Wahlfamilie: Freund*innen, Ex-Partner*innen und andere nahestehende Personen an die Stelle biologischer Familienstrukturen und übernehmen Pflege- und Unterstützungsleistungen, die in der Mehrheitsgesellschaft überwiegend durch Herkunftsfamilien erbracht werden (de Vries & Zindel, 2025; Acosta & Lottmann, 2025).

Diese Konstellation ist kein Zufall, sondern Ausdruck einer aktiven, über Jahrzehnte gewachsenen Gemeinschaftskultur. Sie bringt jedoch strukturelle Spannungen mit sich, da das Versorgungssystem auf biologische Familienstrukturen ausgerichtet ist und queere Pflegekonstellationen systematisch nicht abbildet. Mitglieder der Wahlfamilie haben häufig keinen gesetzlich gesicherten Anspruch auf Pflegegeld, Pflegezeit oder Familienpflegezeit, da diese Leistungen an anerkannte Angehörigenverhältnisse geknüpft sind, die Wahlfamilienmitglieder in der Regel nicht erfüllen. Wenn queere Pflegende nahestehende Personen in Institutionen der Altenhilfe begleiten, werden sie dort häufig nicht als Bezugspersonen anerkannt und erhalten keinen Zugang zu relevanten Informationen (Acosta & Lottmann, 2025).

7.3 Bewältigung und Coping Ressourcen

Wie stark sich die in Kapitel 7.1 und 7.2 beschriebenen Belastungen auf die pflegende Person auswirken, hängt von den ihr zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen ab. In der Coping-Forschung prägen vier Konzepte das Verständnis der Bewältigung durch

pflegende Angehörige. Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden zwischen problemorientiertem Coping, bei dem eine Situation aktiv verändert wird, und emotionsorientiertem Coping, bei dem die eigenen Gefühlsreaktionen reguliert werden. Pearlin, Mullan, Semple und Skaff (1990) übertragen diese Unterscheidung auf pflegende Angehörige und unterscheiden primäre Stressoren, die aus der Pflege Tätigkeit selbst resultieren, von sekundären Stressoren wie Rollenkonflikten oder Beeinträchtigungen des Selbstbildes. Die Selbstwirksamkeit nach Bandura (1997), also die Überzeugung der eigenen Bewältigungsfähigkeit, beeinflusst, ob aktiv Entlastung gesucht wird.

Folkman (1997) ergänzt schließlich das "meaning-focused Coping", die Sinnfindung in einer belastenden Situation, ein Konzept aus einer Studie mit Angehörigen von HIV-Patient*innen. Diese Modelle wurden jedoch überwiegend an heterosexuellen, cisgeschlechtlichen Stichproben entwickelt. Fredriksen-Goldsen, Shuman, Jen und Jung (2023) übertragen Pearlines Stressmodell in der bislang einzigen Studie zu diesem Thema auf 754 queere pflegende Angehörige in den USA. Höhere Belastung zeigte sich bei jüngeren Pflegenden, bei der Pflege von Partner*innen, bei umfangreicher körperlicher Pflege und bei langen Pflegezeiten, Faktoren, die sich mit Pearlines Modell decken. Entscheidend ist jedoch ein zusätzlicher Befund: Soziale Unterstützung und Einbindung in die queere Community reduzierten Belastung unabhängig von Selbstwirksamkeit oder positiver Umdeutung. Die Autor*innen werten dies als Hinweis darauf, dass Community-Zugehörigkeit für queere Pflegende eine eigenständige Schutzfunktion übernimmt.

8. Methodik

8.1 Studiendesign und Erhebungsinstrument

Der vorliegenden Untersuchung liegt eine quantitative Onlinebefragung im Querschnittsdesign zugrunde, die im Zeitraum vom 28. März bis zum 21. Juni 2026 über die Plattform SoSciSurvey durchgeführt wurde. Da sich das Projekt sowohl an pflegende An- und Zugehörige als auch an pflegebedürftige LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV richtet, wurden zwei parallele, strukturell identische Fragebogenversionen entwickelt: Gruppe A wurde aus der Perspektive „Ich unterstütze/pflege jemanden“ erstellt, Gruppe P aus der Perspektive „Ich werde unterstützt/gepflegt“. Beide gliedern sich in elf inhaltliche Themenblöcke, die sich an der Struktur der Theoriekapitel orientieren.

Diese reichen von soziodemografischen Merkmalen und der Wohnsituation über soziale Netzwerke und Community-Zugehörigkeit bis zur Pflegesituation, Resilienz, Diskriminierungserfahrungen sowie der finanziellen und beruflichen Situation. Der Fragebogen kombiniert Einfach- und Mehrfachauswahl-Items mit vierstufigen Ratingskalen.. Dabei orientieren sich einzelne Items an bestehenden Erhebungsinstrumenten, insbesondere an den Studien „NRW LSBTIQ* inklusiv“ (Martens et al., 2020) und „Schwule im Alter“ (Gerlach, Szillat, 2017) sowie an den 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. Vor der Haupterhebung wurde ein Pretest über die Pretestfunktion von SoSciSurvey durchgeführt. Die Rückmeldungen mehrerer Testpersonen führten zu sprachlichen Vereinfachungen, zur Vereinheitlichung der Selbstbezeichnung LSBTIQ* sowie zur Korrektur einzelner Antwortformate.

8.2 Zielgruppe und Stichprobe

Die Befragung richtete sich zum einen an pflegende An- und Zugehörige von LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV (Gruppe A) und zum anderen an die pflegebedürftigen bzw. unterstützungsbedürftigen Personen selbst (Gruppe P). Beide Gruppen konnten unabhängig voneinander teilnehmen, zwischen den A- und P-Datensätzen bestand kein Zusammenhang.

Von den 8.896 Aufrufen des Befragungslinks begannen 406 Personen den Fragebogen und 183 schlossen ihn regulär ab. In die Auswertung gingen letztlich 45 gültige Fälle ein, davon 25 aus Gruppe A und 20 aus Gruppe P.

Der deutliche Rückgang zwischen den Aufrufen des Befragungslinks, den begonnenen und den abgeschlossenen Fragebögen ist bei Onlinebefragungen dieser Länge nicht ungewöhnlich, er verweist aber zugleich auf mögliche Selbstselektionseffekte.

Der Feldverlauf zeigt eine ungleichmäßige Verteilung der Rückläufe über den Erhebungszeitraum mit einem deutlichen Anstieg in der ersten Erhebungswoche sowie wiederkehrenden kleineren Anstiegen im weiteren Verlauf. Diese Anstiege lassen sich auf gezielte Projektvorstellungen zurückführen, im Rahmen derer der Fragebogen aktiv bei Dachverbänden beworben wurde. Ab Anfang Juni flachte die Rücklaufkurve deutlich ab.

Von den 45 gültigen Fällen haben 40 den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Fünf Fragebögen wurden vorzeitig abgebrochen, aber dennoch als hinreichend vollständig in die Auswertung einbezogen. Die Begründung dafür wird in Abschnitt 8.4 im Zusammenhang mit den Limitationen der Studie dargestellt. Da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, erhebt die Stichprobe keinen Anspruch auf Repräsentativität. Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit aller LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV und Pflegebezug in Deutschland sind entsprechend nicht möglich.

8.3 Auswertungsmethodik

Für die vorliegende Studie wurde eine rein deskriptive Auswertung durchgeführt. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ($n = 45$) wurde auf Inferenzstatistik und Signifikanztests verzichtet. Die aus SoSciSurvey exportierten Rohdaten wurden zunächst in ein einheitliches, bereinigtes Format überführt und anschließend mit SPSS (Version 25) sowie Python (Version 3.14) ausgewertet. Es werden Häufigkeiten, Prozentanteile, der Mittelwert und die Standardabweichung berichtet. Wo die Fragebogenversionen A und P inhaltlich vergleichbare Items

enthalten, werden die Häufigkeiten beider Gruppen deskriptiv gegenübergestellt. Angesichts der geringen Fallzahlen werden Prozentangaben durchgehend gemeinsam mit der absoluten Fallzahl berichtet.

8.4 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse in Kapitel 9 müssen mehrere methodische Einschränkungen der vorliegenden Studie berücksichtigt werden. Zum einen ist die Stichprobe mit $n = 45$ klein, zum anderen handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe ohne systematisches Auswahlverfahren.

Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit aller LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV und Pflegebezug in Deutschland sind daher nicht möglich. Die Ergebnisse liefern Einblicke in Tendenzen innerhalb der befragten Gruppe, jedoch keine repräsentativen Aussagen. Die Online-Erhebung sowie die gezielte Bewerbung über Dachverbände begünstigen zudem Selbstselektionseffekte.

Die Teilnehmenden sind voraussichtlich überdurchschnittlich gut in bestehende Community-Strukturen eingebunden und mit den entsprechenden Themen bereits vertraut. Personen außerhalb dieser Netzwerke, etwa mit geringerer Anbindung an LSBTIQ*-Communities oder ohne Internetzugang, sind in der Stichprobe voraussichtlich unterrepräsentiert. Von den 45 gültigen Fällen wurden fünf Fragebögen vorzeitig abgebrochen (FINISHED = 0), aber dennoch in die Auswertung einbezogen.

Alle fünf erreichten einen Bearbeitungsstand von rund 70 Prozent, wiesen niedrige Werte für fehlende und

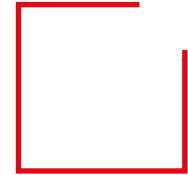
unplausible Antworten auf und wurden auf dieser Grundlage als hinreichend vollständig eingestuft. Diese Entscheidung vergrößert die nutzbare Stichprobe bei einer ohnehin kleinen Fallzahl.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist schließlich auch die Position der Projektbeteiligten mitzudenken. Quantitative Sozialforschung ist nie voraussetzungslos: Die Auswahl der Fragestellungen, die Schwerpunktsetzung innerhalb der Fragebogenblöcke sowie die Interpretation der Ergebnisse sind stets auch von der fachlichen und persönlichen Perspektive der Projektbeteiligten geprägt. Dies gilt in besonderem Maße für die Forschung zu marginalisierten Gruppen.

Nähe zum Forschungsgegenstand kann hier sowohl einen erleichterten Zugang zum Feld als auch ein erhöhtes Risiko blinder Flecken mit sich bringen. Diese Einschränkung wird an dieser Stelle transparent benannt.



9. Ergebnisse



9.1 Soziodemografische Merkmale

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 vermutlich 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 geben die Befragten in Gruppe A am häufigsten „männlich“ (48 %, n = 12) und „weiblich“ (32 %, n = 8) an. Weitere Nennungen entfallen auf „divers“, „intergeschlechtlich“, „non-binär“, „trans*“ sowie „kein Geschlechtseintrag“ mit jeweils niedrigen Fallzahlen. In Gruppe P ist ebenfalls „männlich“ am häufigsten genannt (50 %, n = 10). Daneben nennen die Befragten „trans*/Trans*-Hintergrund“ (35 %, n = 7) und „non-binär“ (30 %, n = 6). Bei dieser Frage konnten mehrere Antworten gleichzeitig angekreuzt werden. Pflegebedürftige wählten im Durchschnitt fast zwei Begriffe, pflegende An- und Zugehörige etwas mehr als einen.

Bei der Frage nach der sexuellen Identität nennen die Befragten sowohl in Gruppe A (44 %, n = 11) als auch in Gruppe P (50 %, n = 10) am häufigsten „schwul“, gefolgt von „queer“ (A: 28 %, n = 7; P: 35 %, n = 7). Auffällig ist, dass sich „queer“ in beiden

Gruppen als zweithäufigste Kategorie etabliert hat, deutlich vor spezifischeren Bezeichnungen wie „lesbisch“, „bisexuell“ oder „homosexuell“. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die befragte Stichprobe das Wort "queer" immer häufiger als übergreifende Selbstbezeichnung für die Zugehörigkeit zur Community nutzt, unabhängig von der konkreten sexuellen Orientierung im engeren Sinn. Dieser Befund entspricht der in Kapitel 1.3 beschriebenen Funktion von „queer“ als positiv umgedeuteter Sammelbegriff für alle Menschen, die sich nicht in heteronormativen Kategorien wiederfinden (Woltersdorff, 2017; Wagenknecht, 2007). Auch bei dieser Frage waren mehrere Antworten gleichzeitig möglich, im Schnitt wählten pflegende An- und Zugehörige etwas mehr als eine Bezeichnung, Pflegebedürftige eineinhalb bis zwei.

In Gruppe A geben 76 % (n = 19) und in Version P 85 % (n = 17) der Befragten an, nicht HIV-positiv zu sein. Einen positiven Status nennen 16 % (n = 4) der pflegenden An- und Zugehörigen und 10 % (n = 2) der Pflegebedürftigen

9.2 Wohnsituation

Die Befragten verteilen sich auf nahezu alle Bundesländer. Während der Schwerpunkt in Gruppe A in Nordrhein-Westfalen liegt (36 %, n = 9), liegt er in Gruppe P in Berlin (25 %, n = 5). Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen pro Bundesland lässt sich daraus keine

belastbare regionale Tendenz ableiten. Die Stichprobe bildet jedoch eine bundesweite Streuung der Teilnehmenden ab.

Pflegende An- und Zugehörige leben mehrheitlich "mit Partner*in/ mehreren Partner*innen" (64 %, n = 16), seltener "alleine" (24 %, n = 6). Bei den Pflegebedürftigen ist es umgekehrt: Sie wohnen am häufigsten "alleine" (50 %, n = 10), seltener "mit Partner*in/mehreren Partner*innen" (30 %, n = 6). Dieser Unterschied passt zu dem in Kapitel 7.1 beschriebenen Befund, dass informelle Pflege häufig innerhalb bestehender Haushaltsgemeinschaften stattfindet. Ob die pflegenden An- und Zugehörigen in der vorliegenden Stichprobe tatsächlich mit der von ihnen gepflegten Person zusammenleben, lässt sich aus den Daten allerdings nicht direkt ablesen.

Zur Zufriedenheit mit der Wohnsituation liegt der Basiswert bei den Pflegebedürftigen bei n = 19, da eine Person hierzu keine Angabe gemacht hat. Fasst man "sehr zufrieden" und "zufrieden" zusammen, sind 60 % der pflegenden An- und Zugehörigen (n = 15 von 25) und 73,7 % der Pflegebedürftigen (n = 14 von 19) mit ihrer Wohnsituation zufrieden. Umgekehrt geben 40 % der pflegenden An- und Zugehörigen (n = 10) und 26,3 % der Pflegebedürftigen (n = 5) an, weniger oder nicht zufrieden zu sein. Pflegebedürftige berichten in dieser Stichprobe damit tendenziell eine höhere Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation als pflegende An- und Zugehörige. Diese insgesamt hohe Zufriedenheit lässt sich vorsichtig mit dem in Kapitel 6.1 beschriebenen Stellenwert der eigenen Häuslichkeit als geschützter Identitätsraum in Verbindung bringen. Die Daten lassen jedoch keine Aussage darüber zu, ob die Befragten ambulant zu Hause oder stationär versorgt werden.

9.3 Soziale Netzwerke und Hilfsstrukturen

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) ebenfalls vorn, noch vor der "Herkunftsfamilie" (44 %, n = 11). Dass enge Freund*innen in beiden Gruppen häufiger als unterstützend genannt werden als die Herkunftsfamilie, passt zu dem in Kapitel 3.5 beschriebenen Konzept der Wahlverwandtschaft, wonach selbstgewählte, freundschaftliche Bindungen bei LSBTIQ*-Personen eine der Herkunftsfamilie vergleichbare oder sie übersteigende soziale Bedeutung erhalten.

Ob diese engen Freund*innen im konkreten Pflege- oder Unterstützungsfall auch tatsächlich eine tragende Rolle übernehmen, lässt sich daraus allerdings nicht ableiten, wie der Blick auf die tatsächliche Pflegeperson in 9.5 zeigt: Dort spielen sowohl Freund*innen als auch Familie bei der primären Pflege nur eine untergeordnete Rolle; im Vordergrund stehen professionelle Dienste und die eigene Partnerschaft.

Beim tatsächlichen Kontakthalten zu diesen Netzwerken dominieren in beiden Gruppen „Telefon“ und „Internetzugang“ mit jeweils über 80 % Nennungen. Auffällig ist die Nutzung „spezifischer LSBTIQ*-Angebote“: Pflegende An- und Zugehörige greifen deutlich häufiger darauf zurück (44 %, n = 11) als Pflegebedürftige (26,3 %, n = 5). Dies deutet darauf hin, dass bei den pflegenden An- und Zugehörigen ein eigenständiger Bedarf an

communityspezifischen Kontaktformen besteht, der über die allgemeine Nutzung von Telefon und Internet hinausgeht.

Innerhalb der zugehörigen Items zum allgemeinen Wohlbefinden zeigt sich, dass in beiden Gruppen die Mehrheit der Menschen angibt, dass sie sich auf andere verlassen können (A: 70,8 %; P: 75 %) und dass sie im Alltag überwiegend Freude empfinden (A: 70,8 %; P: 80 %). Deutlich schwächer fällt die Zustimmung dazu aus, trotz erhöhter Anforderungen bzw. Beeinträchtigungen eigene Interessen wie Hobbys oder Sport zu verfolgen (A: 41,7 %; P: 47,4 %).

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. Die Mittelwerte liegen damit fast gleichauf, verdecken jedoch ein unterschiedliches Antwortmuster. Bei den pflegenden An- und Zugehörigen zeigt sich eine zweigipflige Verteilung: 9 von 24 stimmen der Aussage voll zu, während 5 von 24 ihr gar nicht zustimmen, die Gruppe ist in dieser Frage also deutlich gespalten.

Bei den Pflegebedürftigen konzentrieren sich die Antworten stärker auf eine mittlere Zustimmung (9 von 20 Personen in der zweiten Kategorie). Fasst man die beiden Kategorien mit stärkerer Zustimmung zusammen, stimmen 65 % der Pflegebedürftigen (13 von 20 Personen) eher oder voll zu, gegenüber 50 % der pflegenden An- und Zugehörigen (12 von 24 Personen). Bei diesen Fallzahlen entspricht eine einzelne Person in der Gruppe der Pflegebedürftigen bereits 5 Prozentpunkten.

Bemerkenswert ist der Kontrast zum ersten Absatz dieses Abschnitts, denn obwohl die deutliche Mehrheit angibt, verlässliche Bezugspersonen zu haben, benennt 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. Sowohl die insgesamt erhöhte Zustimmung bei Pflegebedürftigen als auch die Polarisierung bei den pflegenden An- und Zugehörigen fügen sich in das in Kapitel 3.5 beschriebene Muster ein. Demnach ist das Einsamkeitserleben älterer LSBTIQ*-Personen trotz bestehender Wahlverwandtschaftsstrukturen nachweislich erhöht und gerät mit zunehmender Pflegebedarf unter Druck (de Vries & Zindel, 2025).

Bei den Hilfestrukturen zeigt sich eine weitere strukturelle Lücke bei den „Ehrenamtlichen Besuchsdiensten“: Schon die Verfügbarkeit wird von den Betroffenen selbst als gering eingeschätzt (A: M = 2,92, SD = 1,10, n = 24; P: M = 2,94, SD = 1,20, n = 17). Die tatsächliche Nutzung fällt noch geringer aus: Nur 15 % der pflegenden An- und Zugehörigen und 0 % der Pflegebedürftigen stimmen einer nennenswerten Inanspruchnahme zu. Dies spricht eher für eine strukturelle Versorgungslücke als für mangelndes Interesse. An anderer Stelle in diesem Kapitel zeigt sich nämlich, dass pflegende An- und Zugehörige community-spezifische Angebote überdurchschnittlich häufig nutzen, sobald diese verfügbar sind.

Eine andere Art von Lücke zeigt sich bei „Pflege-/Unterstützungsdiensten, Tagespflege“: 90 % der Pflegebedürftigen

geben an, dass ein solches Angebot in ihrer Nähe verfügbar ist; tatsächlich genutzt wird es aber nur von 47,1 %. Hier fehlt also nicht das Angebot selbst, sondern es wird trotz Verfügbarkeit nicht in Anspruch genommen. Das kann ein Hinweis auf mögliche Zugangs- oder Vertrauensbarrieren sein.

Wenn man die tatsächliche Nutzung aller Hilfeformen zusammen betrachtet, dann fällt auf, dass Pflegebedürftige besonders häufig Unterstützung durch Freund*innen, Familie und Nachbar*innen erhalten (74 %). Bei den pflegenden An- und Zugehörigen sind es nur 47,6 %. Bei „unterstützender Assistenz/Haushaltshilfe“ zeigt sich bei Pflegebedürftigen zudem eine gespaltene Verteilung: Ein Teil nutzt dieses Angebot intensiv, ein anderer Teil gar nicht. Dieses Gesamtmuster deckt sich mit dem in Kapitel 5.3 beschriebenen Zusammenhang, nach dem mit sinkender struktureller Verfügbarkeit queersensibler Angebote individuelle Kompetenzen und informelle Netzwerke stärker in den Vordergrund rücken. Wo spezifische Strukturen fehlen oder nicht genutzt werden, tragen private Netzwerke die Unterstützung, mit den entsprechenden Grenzen für deren Belastbarkeit.

9.4 Communityzugehörigkeit

Die deutliche Mehrheit der Befragten 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 wiederum nutzt eine ähnlich deutliche Mehrheit auch tatsächlich Angebote dieser Communities (A: 61,9 %, n = 13 von 21; P: 62,5 %, n = 10 von 16). Zugehörigkeitsgefühl und aktive Nutzung von Angeboten fallen in dieser

Stichprobe also nicht auseinander, die meisten, die sich zugehörig fühlen, sind auch aktiv eingebunden.

Bei der Frage, welche Community-Angebote genutzt werden, zeigt sich in Gruppe A ein Schwerpunkt bei „Kulturangebote, Bildungsangebote“ und „CSDs, politische Veranstaltungen“ (je 61,5 %, n = 8 von 13), in Gruppe P bei „Szeneorte wie Cafés, Freizeitgruppen, Stammtische“ und „digitale Angebote“ (je 70 %, n = 7 von 10). „Beratungsangebote“ gehören dagegen in beiden Gruppen zu den am seltensten genutzten Kategorien (A: 15,4 %, n = 2; P: 20 %, n = 2). Da Beratung im Unterschied zu anderen Kategorien eine grundversorgungsnahe Funktion erfüllt, ist dieser niedrige Wert eindrücklich und reiht sich in das bereits in 9.3 beschriebene Muster einer strukturellen Versorgungslücke bei spezifischen, professionell getragenen Angeboten ein (siehe Kapitel 5.3).

Bei den Gründen für die seltene oder fehlende Nutzung von Community-Angeboten ist die Basis mit 8 (A) beziehungsweise 7 (P) gering, hier werden vorrangig die absoluten Zahlen dargestellt. In Gruppen 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“ sowie „sonstige Gründe“. Der auffälligste Unterschied zwischen den Gruppen betrifft die gesundheitlichen Gründe, die in Gruppe P deutlich häufiger genannt werden als in Gruppe A (n = 3 von 7 gegenüber n = 1 von 8). Das lässt sich vorsichtig mit der in Kapitel 3.3.3 beschriebenen besonderen Vulnerabilität

älterer und pflegebedürftiger LSBTIQ*-Personen in Verbindung bringen, insbesondere mit eingeschränkter Mobilität und sozialer Teilhabe. Dass pflegende An- und Zugehörige hingegen das Fehlen passender Angebote als eigenständigen Grund nennen, reiht sich in das bereits mehrfach beobachtete Muster einer Angebotslücke für diese Gruppe ein. Bei diesen kleinen Fallzahlen verschiebt bereits eine einzelne Antwort das Bild erheblich, die Befunde sind entsprechend als vorsichtige Tendenz zu lesen.

9.5 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). Dass bei etwa der Hälfte der pflegenden An- und Zugehörigen und bei einer noch größeren Mehrheit der Pflegebedürftigen (nahezu) täglicher Unterstützungsbedarf besteht, verdeutlicht, dass es sich in dieser Stichprobe überwiegend nicht um punktuelle, sondern um dauerhafte Pflegesituationen handelt.

Ergänzend zur Häufigkeit lässt sich der zeitliche Umfang der Unterstützung beziffern. 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 pro Woche auf den ersten Blick ähnlich hoch, der Median fällt mit 7,5 Stunden pro Woche jedoch deutlich niedriger aus (Spanne 1,5 bis 168 Stunden, n = 20). Bei Gruppe P liegen Mittelwert und Median deutlich auseinander. Das deutet auf wenige Personen mit einem außergewöhnlich

hohen Bedarf hin. Diese benötigen eine fast durchgehende Versorgung rund um die Uhr, wodurch sich der Mittelwert nach oben verschiebt. Der Median spiegelt daher wider, wie die Mehrheit der Pflegebedürftigen ihren Bedarf tatsächlich einschätzt.

Bei den konkreten Beeinträchtigungen stehen in beiden Gruppen "körperliche Mobilität, Beweglichkeit" (A: 80 %, n = 20; P: 95 %, n = 19) und "der Psyche (seelisch)" (A: 60 %, n = 15; P: 60 %, n = 12) im Vordergrund. Die Beeinträchtigung „der medizinischen Versorgung“ werden von Pflegebedürftigen bei sich selbst häufiger genannt (60 %, n = 12) als von pflegenden An- und Zugehörigen bei der von ihnen gepflegten Person (44 %, n = 11). Deutlich auseinander gehen die beiden Gruppen bei „der Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte“. Pflegende An- und Zugehörige nennen diese Beeinträchtigung bei der von ihnen gepflegten Person deutlich häufiger (76 %, n = 19) als Pflegebedürftige bei sich selbst (35 %, n = 7). Diese Differenz könnte auf einen Unterschied in der Fremd- und Selbstwahrnehmung dieser Beeinträchtigung hindeuten, das lässt sich aus den vorliegenden Daten allerdings nicht abschließend ableiten.

Bei den Erkrankungen mit einer Dauer von mehr als sechs Monaten führen psychische/seelische Erkrankungen wie Depression, Ängste oder Süchte in beiden Gruppen die Liste an (A: 56 %, n = 14; P: 65 %, n = 13). Dieser Befund integriert sich in das in Kapitel 3.3.1 dargestellte Bild, demzufolge LSBTIQ*-Personen im Vergleich zur cis-heterosexuellen Bevölkerung konsistent erhöhte Prävalenzen psychischer Erkrankungen aufweisen, mit einer laut SOEP-Analysen mehr als doppelt so

hohen Rate diagnostizierter Depressionen bei LSBTIQ*-Personen ab 50 Jahren gegenüber gleichaltrigen heterosexuellen Personen.

Die vorliegenden Daten liefern hierzu einen deskriptiven Anhaltspunkt innerhalb der eigenen Stichprobe. Unter den körperlichen Erkrankungen sind muskuloskelettale Beschwerden wie Rheuma, Arthrose oder Osteoporose (A: 28 %, n = 7; P: 40 %, n = 8) sowie neurologische Erkrankungen wie Demenz, Parkinson oder Multiple Sklerose (A: 36 %, n = 9; P: 30 %, n = 6) am häufigsten vertreten. Auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vertreten, jedoch in geringerem Ausmaß (A: 28 %, n = 7; P: 15 %, n = 3). Auffällig ist zudem die häufigere Nennung von Diabetes in Gruppe P im Vergleich zu Gruppe A (40 %, n = 8 gegenüber 4 %, n = 1). Bei diesen Fallzahlen entspricht bereits eine einzelne Person mehreren Prozentpunkten, dieser Unterschied ist entsprechend vorsichtig zu lesen.

Bei der Einstufung in einen Pflegegrad liegen "Pflegegrad 2" und "Pflegegrad 3" in beiden Gruppen gleichauf an der Spitze (A: je 24 %, n = 6; P: je 25 %, n = 5). Auffällig ist der Anteil ohne Pflegegrad: 20 % der pflegenden An- und Zugehörigen geben an, dass die von ihnen gepflegte Person keinen Pflegegrad hat (n = 5), ebenso 20 % der Pflegebedürftigen bei sich selbst (n = 4). Es konnte festgestellt werden, dass ein Fünftel der Befragten trotz des in 9.5. beschriebenen, überwiegend intensiven Unterstützungsbedarfs formal keinen Pflegegrad hat. Dies deutet auf eine mögliche Diskrepanz zwischen tatsächlichem Bedarf und dessen formaler Anerkennung hin. Dieser Befund gewinnt vor dem Hintergrund

der aktuellen politischen Debatte an Relevanz: Im Juni 2026 wurde seitens des Bundesgesundheitsministeriums ein Referentenentwurf für ein Pflege neuordnungsgesetz vorgelegt, welcher unter anderem eine Anhebung der Einstufungsschwellen für die Pflegegrade 1 bis 3 vorsieht (Bundesministerium für Gesundheit, 2026).

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts steht ein Kabinettsbeschluss noch aus, wobei das geplante Inkrafttreten überwiegend der 1. Januar 2027 ist. Sollte diese Reform in ihrer bisherigen Form umgesetzt werden, könnte sich die hier beobachtete Lücke zwischen Pflegebedarf und formaler Anerkennung tendenziell weiter vergrößern.

Über die formale Einstufung hinaus zeigt sich auch bei den tatsächlich geleisteten Unterstützungsaufgaben ein differenziertes Bild. Bei den konkreten Unterstützungsbereichen liegt "Haushaltsführung, wie Reinigung, Einkaufen" in beiden Gruppen an der Spitze und wird am häufigsten genannt (A: 76 %, n = 19; P: 95 %, n = 19). Darüber hinaus zeigt sich ein Muster: Pflegebedürftige berichten häufiger Bedarf bei körperbezogenen Aktivitäten wie Waschen (65 %, n = 13 gegenüber 36 %, n = 9 bei pflegenden An- und Zugehörigen), bei der Mobilität (80 %, n = 16 gegenüber 56 %, n = 14) und bei der medizinischen Versorgung (65 %, n = 13 gegenüber 44 %, n = 11).

Pflegende An- und Zugehörige wiederum berichten 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). Diese

Muster weisen darauf hin, dass ein bedeutender Anteil der von pflegenden An- und Zugehörigen erbrachten Arbeit im emotionalen und organisatorischen Bereich liegt. Diese Aufgaben werden im Vergleich zu körperlicher und medizinischer Unterstützung häufig vernachlässigt. Das lässt sich mit der in Kapitel 7.1 beschriebenen erheblichen, oft wenig beachteten Gesamtbelastung informell Pflegender in Verbindung bringen.

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

Neben der alltäglichen, informell geleisteten Unterstützung stellt sich zudem die Frage, wie der Zugang zu professionellen Pflegestrukturen gefunden wird. In Bezug auf die Suche nach einem Pflegedienst bzw. einer Pflegeeinrichtung zeigt sich bei pflegenden An- und Zugehörigen ein Schwerpunkt auf der gemeinsamen Recherche mit der gepflegten Person (37,5 %, n = 3).

Es folgt die Nutzung einer LSBTIQ*-Organisation wie einer Beratungsstelle oder Aidshilfe (25 %, n = 2). Bei Pflegebedürftigen selbst wird dagegen am häufigsten eigene Recherche angegeben (62,5 %, n = 5). Aufgrund der geringen

Anzahl von acht Personen je Gruppe ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren.

9.6 Spezifische Bedürfnisse

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 bzw. sexuellen Identität“ (73,7 %, n = 14 von 19), fundiertem Pflegefachwissen bezüglich trans*, inter*- bzw. HIV-spezifischer Bedürfnisse (65 %, n = 13 von 20) und einem „geschlechtsspezifischen Pflegeumfeld“ (63,2 %, n = 12 von 19).

Bei pflegenden An- und Zugehörigen zeigt sich eine ähnliche Rangfolge mit einer Ausnahme: Das geschlechtsspezifische Pflegeumfeld wird hier deutlich weniger häufig genannt (43,5 %) und uneinheitlicher bewertet als von den Pflegebedürftigen selbst.

Diese vier Bedürfnisse lassen sich mit den in Kapitel 5.1 beschriebenen Grundlagen diversitätssensibler Pflege verknüpfen. Das an erster Stelle stehende respektvolle und lebensnahe Pflegeumfeld entspricht der von Acosta und Lottmann (2025) beschriebenen Strategie der aktiven Sichtbarmachung von Offenheit in der Einrichtung.

Der Wunsch nach fundiertem Fachwissen zu trans*- und inter*- sowie HIV-spezifischen Bedürfnissen deckt sich mit der dort beschriebenen Wissens Ebene queersensibler Pflegekompetenz (Lottmann, 2020; Weiß, 2020).

Bei der Intim- und Privatsphäre im Rahmen der Pflege ist die Zustimmung bei Pflegebedürftigen hoch (78 %, n = 14 von 18 in der höchsten Kategorie, kaum Nennungen in den unteren Kategorien), während sie bei pflegenden An- und Zugehörigen insgesamt geringer und breiter gestreut ausfällt (55 %, n = 12 von 22 in der höchsten Kategorie). Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Teilnahme an LSBTIQ*-Community-Angeboten, auch hier fällt die Zustimmung bei Pflegebedürftigen höher aus als bei pflegenden An- und Zugehörigen.

In beiden Gruppen erhält der Wunsch, im Pflegealltag nicht als LSBTIQ* aufzufallen, um negative Reaktionen zu vermeiden, die wenigste Zustimmung. Für die deutliche Mehrheit der Befragten spielt das Verbergen folglich keine wesentliche Rolle mehr. Dennoch geben in beiden Gruppen etwa jede vierte Person an, dass ihr das eher oder voll wichtig ist. Dies ist eine kleine, aber nicht zu vernachlässigende Gruppe, für die Unsichtbarkeit weiterhin eine Schutzstrategie darstellt. Dieser Befund knüpft an das in Kapitel 6.2 beschriebene Muster an, demzufolge pflegebedürftige lesbische und schwule Menschen aktiv Strategien entwickeln, um ihre sexuelle Identität im Pflegesetting zu verbergen. Ein offenes, anerkennendes Pflegesetting kann dazu beitragen, diese verinnerlichten Ängste zu reduzieren (Gerlach & Schupp, 2017).

9.7 Resilienz und Selbsthilfekompetenz

Bei der Frage nach der eigenen Bewältigungskompetenz zeigt sich in zwei Bereichen eine deutliche Mehrheitszustimmung. Die Entscheidung zur Pflege bzw. zur Inanspruchnahme

von Unterstützung wird von der großen Mehrheit als freiwillig und bewusst erlebt (A: 73,9 %, n = 17 von 23; P: 87,5 %, n = 14 von 16). Ähnlich hoch fällt die Zustimmung dazu aus, sich in schwierigen Situationen auf die eigenen Fähigkeiten verlassen zu können (A: 73,9 %, n = 17 von 23; P: 75 %, n = 12 von 16). Dieser zweite Befund lässt sich mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura verknüpfen. Wie es in Kapitel 7.3 im Kontext pflegender Angehöriger beschrieben wird, ist die Überzeugung, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können, mitentscheidend dafür, ob eine pflegende Person aktiv Entlastung sucht.

Demgegenüber steht ein deutlich schwächer ausgeprägter Bereich: Nur 26,1 % der pflegenden An- und Zugehörigen (n = 6 von 23) und 37,5 % der Pflegebedürftigen (n = 6 von 16) stimmen der Aussage zu, sich schnell von Stress zu erholen. Die überwiegende Mehrheit in beiden Gruppen erlebt die eigene Stressbewältigung demnach eher als herausfordernd.

Gemäß der in Kapitel 7.3 dargestellten Unterscheidung von Lazarus und Folkman (1984) lässt sich Stresserholung dem emotionsorientierten Coping zuordnen, also der Regulation der eigenen Gefühlsreaktion, wenn sich eine belastende Situation nicht unmittelbar verändern lässt. Während Entscheidungsautonomie und Selbstwirksamkeit mehrheitlich positiv erlebt werden, deutet der schwache Wert bei der Stresserholung darauf hin, dass gerade diese emotionsregulierende Bewältigungsform in der vorliegenden Stichprobe wenig ausgeprägt ist.

Insgesamt zeigt sich bei den Items zum Verhältnis zur gepflegten bzw. pflegenden Person ein moderates, uneinheitliches Zustimmungsniveau, ohne dass ein Item eine klare Mehrheitsmeinung erreicht (Zustimmungswerte zwischen 43,5 % und 68,8 % je nach Item und Gruppe). Ein eindeutiges Bild zeichnet sich 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 ab. Diese Items lassen sich als sekundäre Stressoren im Sinne von Pearlin et al. (1990) verstehen. Das sind Belastungen, die von der Pflege Tätigkeit auf andere Lebensbereiche wie Beziehung, Alltag und die eigene Gesundheit ausstrahlen. Das uneinheitliche Bild deutet darauf hin, dass diese Ausstrahlungseffekte von Person zu Person sehr unterschiedlich ausfallen.

Bei der aktuellen Vorsorge zeigt sich in beiden Gruppen eine insgesamt hohe Absicherung. Am häufigsten werden „Testament“ (A: 58,3 %; P: 56,2 %) und „Patient*innenverfügung“ (A: 50 %; P: 56,2 %) genannt. Nur 12,5 % der Befragten geben in beiden Gruppen an, aktuell keinerlei Vorsorgemaßnahmen getroffen zu haben. Aus den vorliegenden Daten lässt sich nicht erkennen, ob dahinter eine bewusste Entscheidung steht oder eher fehlende Informationen über die entsprechenden Instrumente und deren Zugang. Naheliegender erscheint ein Zusammenhang mit der bereits in den Abschnitten 9.3 und 9.4 beschriebenen strukturellen Lücke bei Beratungsangeboten (siehe auch Kapitel 5.3): Wenn spezifische, community-nahe Beratungsstellen kaum genutzt werden oder schwer

zugänglich sind, fehlt möglicherweise auch eine niedrigschwellige Anlaufstelle in der Nähe, die über Vorsorgevollmacht, Patient*innenverfügung oder Betreuungsverfügung informiert. Diese Erklärung ist an dieser Stelle als Vermutung zu verstehen, da der Fragebogen die Gründe für fehlende Vorsorge nicht erhoben hat.

Ein Vergleich des aktuellen Vorsorgebestands mit der Situation vor Eintritt der Pflegesituation bzw. vor Beginn der Pflege Tätigkeit zeigt in beiden Gruppen eine spürbare Zunahme der Absicherung. Im Mittel haben pflegende An- und Zugehörige aktuell 3,2 Vorsorgeinstrumente getroffen, gegenüber 2,7 vor Beginn ihrer Pflege Tätigkeit. Bei den Pflegebedürftigen selbst steigt der Durchschnitt von 2,5 auf 3,1 Instrumente. Besonders deutlich zeigt sich diese Entwicklung beim Anteil ohne jegliche Vorsorge: Bei den zu Pflegenden sinkt dieser Anteil von 31,2 % (n = 5) vor dem eigenen Pflegebedarf auf aktuell 12,5 % (n = 2).

Es scheint sich also ein relevanter Teil der Befragten in beiden Gruppen erst im Zuge der eigenen Pflege- beziehungsweise Unterstützungssituation aktiv mit rechtlicher und persönlicher Vorsorge auseinanderzusetzen, statt bereits im Vorfeld umfassend vorgesorgt zu haben. Das deckt sich mit der im vorangehenden Absatz vermuteten Beratungslücke. Wenn es keine leicht zugängliche Anlaufstelle gibt, die frühzeitig über Vorsorgeinstrumente informiert, könnte das erklären, warum die meisten Schritte in dieser Stichprobe erst reaktiv erfolgen, ausgelöst durch die eigene Pflegesituation, und seltener bereits im Vorfeld.

9.8 Communitynahe Angebote

Zu Beginn der eigenen Pflege Tätigkeit bzw. dem eigenen Pflegebedarf ist „Das hat mir gefehlt“ in beiden Gruppen die am häufigsten genannte Antwort (A: 45,8 %, n = 11 von 24; P: 37,5 %, n = 6 von 16). Bemerkenswert ist dabei besonders der hohe Wert bei den pflegenden An- und Zugehörigen. Die Tatsache, dass auch sie zu Beginn ihrer Pflege Tätigkeit eine fehlende communitynahe Begleitung erleben, zeigt, dass diese Gruppe ein eigenständiges, spezifisches Unterstützungsangebot benötigt und nicht nur ein Angebot für die von ihnen gepflegte Person. Dies reiht sich in das bereits mehrfach beschriebene Muster einer Verfügbarkeitslücke bei spezifischen, communitynahen Angeboten ein (siehe Kapitel 5.3).

Bei den Gründen für die fehlende communitynahe Unterstützung ist die Basis mit 14 (A) bzw. 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 (57,1 %, n = 8). Gleichauf stehen der Eindruck, sich überfordert oder ratlos gefühlt zu haben, sowie das Wissen um schlechte Erfahrungen anderer LSBTIQ*-Personen oder Menschen mit HIV an anderer Stelle (je 50 %, n = 7).

Letzteres lässt sich mit dem in Kapitel 3.2 beschriebenen Minoritätenstressmodell verknüpfen, konkret mit antizipierter Diskriminierung: Die Erwartung von Diskriminierung beeinflusst das eigene Verhalten bereits im Vorfeld, unabhängig von eigenen negativen Erfahrungen. Bei den Pflegebedürftigen liegen zwei Gründe mit jeweils 75 % (n = 6) gleichauf an der Spitze: der Bedarf an Unterstützung bei der Organisation des

Alltags, beispielsweise bei Fahrdiensten oder Einkäufen, sowie das Wissen um LSBTIQ*-sensible Angebote in der Nähe. Auf Platz drei folgen bei dieser sehr kleinen Basis von 8 Personen ebenfalls gleichauf der Bedarf an Informationen zu spezifischen Unterstützungsangeboten sowie Unterstützung bei Begleitungen zu Behörden oder Arztbesuchen (je 50 %, n = 4).

Bei den bevorzugten Formen der ehrenamtlichen, communitynahen Unterstützung liegt in Gruppe A die persönliche Begleitung vor Ort mit deutlichem Abstand vorn (92,9 %, n = 13 von 14). Auf dem zweiten Platz folgen drei nahezu gleich bewertete Formen: die digitale Videoberatung, die telefonische Beratung und die ausführliche Informationsplattform im Internet (je 71,4 %). In Gruppe P führt dagegen die Informationsplattform im Internet mit 87,5 % (n = 7 von 8) vor telefonischer Beratung und persönlicher Begleitung vor Ort mit jeweils 75 %. Die tendenziell höhere Bewertung digitaler, niedrigschwelliger Informationsangebote durch Pflegebedürftige im Vergleich zu pflegenden An- und Zugehörigen könnte mit der in Kapitel 3.3.3 beschriebenen eingeschränkten Mobilität und den damit verbundenen Zugangsbarrieren älterer und pflegebedürftiger LSBTIQ*-Personen zusammenhängen.

9.9 Akzeptanz und Diskriminierung

Bei der Frage, wie die Befragten sich in den letzten fünf Jahren als Teil der LSBTIQ*-Community durch ihr Umfeld überwiegend behandelt fühlen, zeigen sich zwei deutlich unterschiedlich ausgeprägte Pole. In Gruppe A dominiert der positive Pol klar: „akzeptiert“ (50

%), „geduldet“ (45,8 %) und „respektiert“ (41,7 %) führen. In Gruppe P liegen „respektiert“ und „akzeptiert“ mit je 56,2 % zwar ebenfalls vorn, an dritter Stelle folgt jedoch bereits „ausgegrenzt“ mit 43,8 %, fast gleichauf mit den positiven Kategorien. Dieser Befund ist nicht zu ignorieren und wirft die Frage auf, wie das Umfeld mit seinen pflegebedürftigen Mitgliedern umgehen. Ein möglicher Ansatzpunkt zeigt sich im folgenden Absatz. Dort treten Alter und Behinderung beziehungsweise chronische Erkrankung als zentrale Diskriminierungsmerkmale bei Pflegebedürftigen hervor. Diese Merkmale können auch innerhalb von LSBTIQ*-Communities selbst zu Ausgrenzung beitragen.

Bei den erlebten Ausgrenzungs- und Diskriminierungsmerkmalen im alltäglichen Umfeld dominiert bei Pflegebedürftigen „Behinderung/ chronische Erkrankung“ (75 %, n = 12), gefolgt von einem Vierfach-Tie bei 50 % („Geschlechtliche Identität“, „Aussehen/ äußeres Erscheinungsbild“, „Zu hohes Alter“, „Sexuelle Identität“). Bei pflegenden An- und Zugehörigen führt „Sexuelle Identität“ (54,2 %) vor „Zu hohes Alter“ (33,3 %). Das Nebeneinander mehrerer Merkmale bei den Pflegebedürftigen deutet auf eine intersektionale Vulnerabilität hin (siehe Kapitel 3.4). Bereits die NRW-Studie „LSBTIQ* inklusiv“ zeigt, dass 85 % der befragten LSBTIQ*-Personen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität oder Beeinträchtigung berichten (Martens et al., 2020). Der anhaltend hohe Stellenwert der sexuellen Identität als Diskriminierungsmerkmal in beiden

Gruppen spiegelt die seit 2022 deutlich gestiegenen polizeilichen Fallzahlen queerfeindlicher Straftaten wider (Bundeskriminalamt, 2026).

Auch im Gesundheitswesen dominiert bei Pflegebedürftigen „Behinderung/ chronische Erkrankung“ (68,8 %, n = 11), gefolgt von „Aussehen/äußeres Erscheinungsbild“ (50 %), „Geschlechtliche Identität“ (43,8 %) und „Sexuelle Identität“ (31,2 %). Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie im Alltag: Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung sind erneut am stärksten betroffen. Innerhalb der eigenen, konkreten Pflegebeziehung verschiebt sich das Bild jedoch deutlich: Hier führt „Geschlechtliche Identität“ mit 37,5 %, und mit ebenfalls 37,5 % berichtet ein deutlich größerer Anteil gar keine Diskriminierung gegenüber 18,8 % bezogen auf das Gesundheitswesen allgemein. Pflegebedürftige erleben die eigene Pflegebeziehung also als spürbar sicherer als den Kontakt mit dem Gesundheitssystem im weiteren Sinne. Dies ist vergleichbar mit dem Ergebnis der NRW-Studie, in der ein Viertel der ambulant oder stationär betreuten Befragten angab, von Diskriminierung durch Pflegekräfte betroffen gewesen zu sein (Martens et al., 2020).

9.10 Berufliche und finanzielle Situation

Bei der Erwerbstätigkeit zeigt sich ein deutlicher Unterschied: Pflegende An- und Zugehörige sind mehrheitlich erwerbstätig, am häufigsten angestellt (33,3 %, n = 8 von 24), während Pflegebedürftige mehrheitlich nicht erwerbstätig sind (56,2 %, n = 9 von 16). Die Pflegekosten werden in beiden Gruppen überwiegend über die gesetzliche Pflegekasse

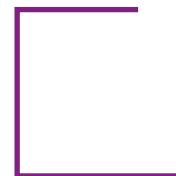
finanziert (A: 58,3 %, P: 75 %). Zusätzliche Eigenzuzahlungen geben 16,7 % (A) bzw. 25 % (P) an.

Eine weitere interessante Beobachtung zeigt sich bei den finanziellen Sorgen selbst: Die Unsicherheit bezüglich der eigenen finanziellen Zukunft ist in beiden Gruppen ähnlich stark ausgeprägt und weit verbreitet (A: 62,5 %, n = 15 von 24; P: 68,8 %, n = 11 von 16). Deutlich auseinander geht dagegen die tatsächlich erlebte finanzielle Handlungsfähigkeit: 73,9 % 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 43,8 % (n = 7 von 16).

Die Sorge um die Zukunft ist bei beiden Gruppen also vergleichbar hoch, die aktuelle finanzielle Handlungsfähigkeit im Alltag schätzen Pflegebedürftige jedoch spürbar geringer ein. Die derzeit diskutierte Pflegereform (siehe Kapitel 9.5) könnte diesen Befund zusätzlich verschärfen. Da die politische Debatte insgesamt in Richtung höherer Eigenanteile für Pflegebedürftige tendiert, könnte sich die finanzielle Handlungsfähigkeit dieser Gruppe eher weiter verringern als verbessern.

**Alle Zahlen mit Grafiken
und Diagrammen sowie
die beiden Fragebögen
stehen als PDF unter
[www.pflege-vielfalt.de/
umfrage2026](http://www.pflege-vielfalt.de/umfrage2026)
zur Verfügung.**

10. Diskussion und Handlungsempfehlungen



Die Ergebnisse aus Kapitel 9 zeigen sechs Aspekte, die jeweils einen Teilausschnitt der Lebens- und Pflegesituation von LSBTIQ*-Personen, Menschen mit HIV und ihren An- und Zugehörigen beleuchten. Zusammengenommen ergeben sie ein zusammenhängendes Bild davon, wo Unterstützung heute ankommt und wo sie unterrepräsentiert ist.

10.1 Wahlverwandtschaft und professionelle Pflege

Die Auswertung der sozialen Netzwerke in Kapitel 9.3 bestätigt für die vorliegende Stichprobe das in Kapitel 3.5 beschriebene Konzept der Wahlverwandtschaft.

In beiden Gruppen werden enge Freund:innen häufiger als unterstützend genannt als die Herkunftsfamilie. Dieses Muster kehrt sich jedoch um, sobald der Fokus von der allgemeinen sozialen Unterstützung auf die konkrete Pflegesituation gelegt wird. Bei der Frage nach der primären Pflegeperson (Kapitel 9.5) spielen Freund:innen und Familie mit jeweils nur 5 % eine randständige Rolle. Ambulante Pflegedienste und die eigene Partnerschaft stellen dagegen zusammen mehr als die Hälfte der primären Pflegepersonen.

Die Tatsache, dass die primäre Pflege überwiegend von ambulanten Diensten und Partner:innen übernommen wird, bedeutet nicht, dass Wahlfamilien in konkreten Pflegesituationen bedeutungslos werden. Vielmehr verschiebt sich ihre Funktion. So

unterstützen pflegende An- und Zugehörige deutlich häufiger bei psychischen Belastungen (72 % gegenüber 50 %, siehe Kapitel 9.5) sowie bei der Organisation des Alltags (68 % gegenüber 45 %). Wahlverwandtschaft und professionelle Pflege übernehmen somit unterschiedliche, einander ergänzende Aufgaben. Für professionelle Dienste bedeutet dies, die organisatorische und emotionale Leistung der Wahlfamilie anzuerkennen und sie aktiv in die Versorgungsplanung einzubeziehen. Ebenso wichtig ist es, entstehende psychische Belastungen bei den pflegenden An- und Zugehörigen selbst wahrzunehmen.

10.2 Pflegende An- und Zugehörige als eigenständige Zielgruppe

Wie Kapitel 9.8 zeigt, erleben nicht nur Pflegebedürftige, sondern auch pflegende An- und Zugehörige zu Beginn ihrer Pflegetätigkeit eine fehlende communitynahe Begleitung. Nahezu jede zweite Person aus dieser Gruppe gibt an, dass ihr ein solches Angebot gefehlt hat. Dieser Wert ist ähnlich hoch wie bei den Pflegebedürftigen selbst.

Dieser Befund widerspricht der verbreiteten Annahme, dass communitynahe Unterstützungsangebote in erster Linie für die pflegebedürftige Person relevant sind. Pflegende An- und Zugehörige benötigen demnach ein eigenständiges, auf sie zugeschnittenes Angebot.

Dieser eigenständige Bedarf betrifft sowohl die Angebotsstruktur als auch deren inhaltliche Ausrichtung. Pflegende An- und Zugehörige übernehmen einen maßgeblichen Anteil der psychischen und organisatorischen Unterstützung der von ihnen gepflegten Person (Kapitel 9.5), eine Aufgabe, die nach dem in Kapitel 7.1 beschriebenen Konzept der oft wenig beachteten Gesamtbelastung informell Pflegender selbst erhebliche psychische Ressourcen bindet.

Wer in erheblichem Umfang emotional und organisatorisch für andere sorgt, braucht dafür selbst Rückhalt. Angebote, die sich nur auf die Entlastung der pflegebedürftigen Person konzentrieren sind hier nicht ausreichend. Ergänzend sind niedrigschwellige, communitynahe Angebote emotionaler und organisatorischer Unterstützung erforderlich, die sich gezielt an pflegende Angehörige richten. In Kapitel 9.8 wird eine aufsuchende, persönliche Begleitung als von dieser Gruppe klar bevorzugte Unterstützungsform genannt.

10.3 Relevanz gemeinsamer Orte der Teilhabe und Inklusion

Neben einer professionellen Versorgung sind gemeinsame Orte der Teilhabe ein zentraler Faktor für das Wohlbefinden der Befragten. Die deutliche Mehrheit fühlt sich einer oder mehreren LSBTIQ*-Communities zugehörig und nutzt entsprechende Angebote aktiv (siehe Kapitel 9.4). Dabei unterscheiden sich die bevorzugten Formate je nach Lebenssituation.

So nennen pflegende An- und Zugehörige am häufigsten Kultur- und Bildungsangebote sowie CSDs und politische Veranstaltungen, während

Pflegebedürftige eher niedrigschwellige, ortsnahe oder digitale Formate bevorzugen, etwa Cafés, Freizeitgruppen, Stammtische oder digitale Angebote. Diese Verschiebung lässt sich mit der in Kapitel 3.3.3 beschriebenen eingeschränkten Mobilität älterer und pflegebedürftiger LSBTIQ*-Personen in Verbindung bringen. Kultur- und Sozialangebote sollten daher nicht nur inhaltlich vielfältig sein, sondern auch in unterschiedlichen, niedrigschwelligen und digitalen Formaten verfügbar, um mit fortschreitender Pflegebedarf nicht an Erreichbarkeit zu verlieren.

Zugehörigkeit zur Community bedeutet dabei jedoch nicht automatisch Inklusion. In Kapitel 9.9 gibt fast jede zweite pflegebedürftige Person an, sich in den letzten fünf Jahren als Teil der LSBTIQ*-Community überwiegend ausgegrenzt gefühlt zu haben; dieser Anteil fällt nahezu ebenso hoch aus wie die positiven Rückmeldungen. Dieser Befund lässt sich mit dem in Kapitel 9.3 beschriebenen, bei Pflegebedürftigen besonders polarisierten Einsamkeitserleben zusammendenken.

Demnach schützen Wahlverwandtschaft und Community-Zugehörigkeit nicht durchgängig vor Einsamkeit, sobald Alter, Behinderung oder chronische Erkrankung hinzutreten. LSBTIQ*-Communities und ihre Trägerorganisationen sind daher aufgefordert, ihre Veranstaltungsorte und Angebote gezielt auf Barrierefreiheit und die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Mitglieder hin zu überprüfen, damit Teilhabe nicht an genau der Stelle endet, an der sie am dringendsten benötigt wird.

10.4 Intersektionale Vulnerabilität bei zu Pflegenden

Die in Kapitel 9.9 erhobenen Diskriminierungsmerkmale zeigen bei Pflegebedürftigen ein Nebeneinander mehrerer sich überschneidender Kategorien. 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. Dieses gleichzeitige Wirken mehrerer Merkmale entspricht dem in Kapitel 3.4 beschriebenen Konzept der intersektionalen Vulnerabilität.

Demnach addieren sich Diskriminierungsformen nicht einfach, sondern erzeugen gemeinsam eine eigenständige Erfahrung, die über die Einzelmerkmale hinausgeht. Für Pflegebedürftige mit Behinderung oder chronischer Erkrankung bedeutet

dies, dass ihre queere Identität in der Praxis kaum unabhängig von Alter und gesundheitlicher Einschränkung betrachtet werden kann.

So zeigt bereits die NRW-Studie „LSBTIQ* inklusiv“ für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen eine Diskriminierungsquote von 85 Prozent (Martens et al., 2020). Dieser Wert bestätigt die besondere Schutzbedürftigkeit dieser Gruppe deutlich über die eigene, kleine Stichprobe hinaus. Sensibilisierungsmaßnahmen in Einrichtungen und Beratungsstellen sollten deshalb nicht bei einzelnen Merkmalen wie sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität stehen bleiben, sondern deren Zusammenwirken mit Alter und Beeinträchtigung explizit mitdenken. Dies könnte beispielsweise durch Fortbildungsinhalte erfolgen, die Diskriminierungserfahrungen konsequent aus einer intersektionalen Perspektive heraus behandeln.



10.5 Diskriminierung im Gesundheitswesen

Die in Kapitel 9.9 erhobenen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen ergeben ein ambivalentes Bild. Auf der allgemeinen Ebene des Gesundheitssystems dominieren Behinderung oder chronische Erkrankung als Diskriminierungsmerkmale bei Pflegebedürftigen weiterhin deutlich vor Aussehen sowie geschlechtlicher und sexueller Identität. Innerhalb der eigenen, konkreten Pflegebeziehung verschiebt sich dieses Bild jedoch spürbar.

Ein deutlich größerer Anteil der Befragten berichtet hier, dass sie gar keine Diskriminierung erlebt haben, verglichen mit der Erfahrung im Gesundheitswesen insgesamt. Die eigene Pflegebeziehung wird demnach als spürbar sicherer erlebt als der Kontakt mit dem Gesundheitssystem im weiteren Sinne. Dabei verliert die geschlechtliche Identität nicht vollständig an Relevanz.

Diese Erkenntnis deckt sich auffällig mit den Ergebnissen der deutlich größeren NRW-Studie. In dieser Studie berichten rund 25 % der ambulant oder stationär versorgten Befragten von Diskriminierung durch Pflegekräfte, während im Gesundheitswesen insgesamt rund 40 % der Befragten angeben, Diskriminierungserfahrungen gemacht zu haben (Martens et al., 2020).

Wie Gerlach und Schupp (2017) in dem Bedingungsgefüge zur „Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege“ als Ergebnis aufzeigen (was für TIN* auf der Makroebene übertragbar ist), bedarf es einer explizit erfahrbaren Anerkennung als zu pflegende LSBTIQ+ im Bereich der Pflegebeziehung, im Bereich der

formalrechtlichen Berücksichtigung in der Konzeption sowie im Bereich der Solidarität im sozialen Pflegeumfeld. Erst dadurch lassen sich schließlich Identitätsstärkung, Sichtbarkeit, Sicherheit, soziale Integration sowie gesundheitliches Wohlbefinden von queeren zu Pflegenden fördern und absichern.

Die Tatsache, dass sich dieses Muster über zwei unabhängige Stichproben hinweg wiederholt, spricht für einen strukturellen statt zufälligen Zusammenhang und unterstreicht den Handlungsbedarf. Die Sensibilisierung darf sich dabei nicht auf einzelne Mitarbeitende beschränken, sondern muss auf mehreren Ebenen gleichzeitig ansetzen. Auf der Mitarbeitendenebene liefert der Queermed-Leitfaden für Praktizierende (Grzybek, 2026) konkrete Ansatzpunkte, etwa diversitätssensibel gestaltete Anamnesebögen oder die aktive Nachfrage nach der gewünschten Anrede bei der Erstaufnahme.

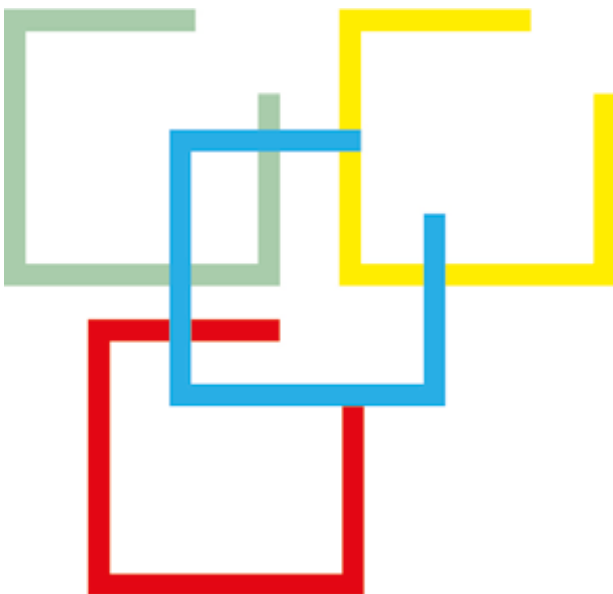
Diese Form der aktiven Sichtbarmachung von Offenheit (Acosta & Lottmann, 2025) sollte auf Einrichtungsebene durch verbindliche Fortbildungspflichten und sichtbare Selbstverpflichtungen ergänzt werden, statt vom individuellen Engagement einzelner Mitarbeitender abzuhängen. Auf der Makroebene braucht es entsprechende Vorgaben in Ausbildungscurricula sowie durch die zuständigen Berufskammern und Gesundheitsministerien, damit queersensible Kompetenz nicht Ausnahme, sondern Standard der Versorgung wird.

10.6 Rechtliche und finanzielle Vorsorge

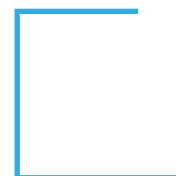
In Kapitel 9.7 wird deutlich, dass rechtliche Vorsorge in der Stichprobe überwiegend reaktiv statt vorausschauend erfolgt. So sinkt der Anteil der Pflegebedürftigen ohne jegliche Vorsorgemaßnahme von rund einem Drittel vor Eintritt der eigene Pflegebedarf auf ein Achtel danach. In beiden Gruppen steigt die Zahl der betroffenen Vorsorgeinstrumente erst im Zuge der eigenen Pflege- beziehungsweise Unterstützungssituation spürbar an. Dieses Muster steht im Kontrast zur in Kapitel 5.1 beschriebenen dritten Strategie nach Acosta und Lottmann (2025), der vorausschauenden Pflegeplanung. Frühzeitige, offene Gespräche über Vollmachten, Patient:innenverfügungen und Bezugspersonen sollen es ermöglichen, die Wahlfamilie rechtlich und praktisch in die Versorgung einzubinden, bevor eine Pflegesituation akut wird (Kapitel 5.1).

Dass Vorsorge in der Praxis dennoch überwiegend reaktiv erfolgt, ist auf die in Kapitel 5.3 beschriebene ungleich verteilte Verfügbarkeit von Beratungsangeboten zurückzuführen. Bereits in Kapitel 9.4 zählen Beratungsangebote zu den am seltensten genutzten Angeboten in der Community überhaupt. Fehlt eine niedrigschwellige, communitynahe Anlaufstelle, die frühzeitig über Vorsorgevollmacht, Patient:innenverfügung oder Betreuungsverfügung informiert, bleibt vorausschauende Planung eher die Ausnahme als die Regel.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Pflegereform gewinnt diese Lücke zusätzlich an Dringlichkeit. Da die geplante Anhebung der Einstufungsschwellen und steigende Eigenanteile (Kapitel 9.5, 9.10) die finanzielle Handlungsfähigkeit von Pflegebedürftigen absehbar weiter einschränken könnten, wäre frühzeitige rechtliche und finanzielle Vorsorge besonders wirksam.



11. Fazit und Ausblick



Der vorliegende 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 in Kapitel 10 herausgearbeiteten sechs Aspekte, von der Rolle der Wahlverwandtschaft über die eigenständigen Bedarfe pflegender An- und Zugehöriger bis zur rechtlichen und finanziellen Vorsorge, zeigen dabei ein konsistentes Bild: Bestehende Versorgungsstrukturen decken die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen bislang nur zum Teil ab und müssten sich stärker auf die jeweils spezifischen Bedürfnisse beider Gruppen einlassen, von der individuellen Begegnung in der Pflegebeziehung bis zu strukturellen und politischen Rahmenbedingungen.

Wie in Kapitel 8.4 dargelegt, sind diese Befunde als Tendenzen innerhalb einer kleinen, nicht repräsentativen Stichprobe zu verstehen, nicht als verallgemeinerbare Aussagen über alle LSBTIQ*-Personen und Menschen mit HIV und Pflegebezug in Deutschland. Sie können jedoch dazu beitragen, Fragestellungen für weiterführende Forschung zu präzisieren und Bereiche zu identifizieren, in denen eine queersensible Pflegepraxis ansetzen könnte. Für einzelne Subgruppen der Stichprobe, etwa trans*, inter* oder bisexuelle Personen sowie Menschen mit

HIV, reichten die erhobenen Fallzahlen für differenzierte quantitative Aussagen nicht aus. Mixed-Methods-Designs oder leitfadengestützte Interviews könnten hier ergänzend ansetzen und die quantitativen Befunde um vertiefende Perspektiven erweitern, die auch für kleinere Teilstichproben tragfähig sind.

Der in diesem Bericht aufgezeigte Handlungsbedarf trifft zugleich auf sich verschlechternde politische Rahmenbedingungen. So wurde der 2022 von der damaligen Bundesregierung beschlossene Aktionsplan „Queer leben“, das bislang einzige bundesweite Förderprogramm für queere Projekte, von der amtierenden Bundesregierung mit Ablauf der vergangenen Legislaturperiode für beendet erklärt.

Gerade die Handlungsfelder, die der Aktionsplan in den Bereichen Teilhabe, Sensibilisierung in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen, Abbau von Versorgungshürden sowie Ausbau regionaler, communitynaher Beratungsstrukturen vorsah, decken sich unmittelbar mit den in diesem Bericht identifizierten Handlungsfeldern: der mangelnden queersensiblen Kompetenz im Gesundheits- und Pflegewesen (Kapitel 9.9, 10.5) und der fehlenden niedrigschwelligen Beratung zu rechtlicher Vorsorge (Kapitel 9.7, 10.6).

Der LSVD+ – Verband Queere Vielfalt widerspricht der Einordnung als abgeschlossenes Projekt. Seiner Meinung nach habe der Aktionsplan

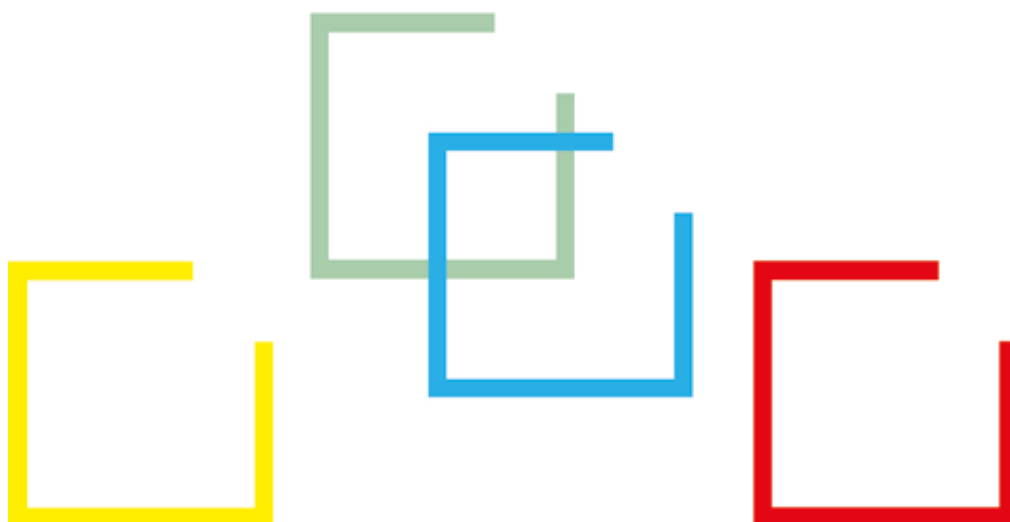
eine langjährige Forderung der queeren Zivilgesellschaft eingelöst und die Queerpolitik wesentlich vorangebracht. Deshalb müsse die Bundesregierung seine Umsetzung nun fortsetzen, um LSBTIQ*-Menschen eine sichere Zukunft in Deutschland zu ermöglichen (LSVD, 2026). Das Ende des Programms trifft somit ausgerechnet die Handlungsfelder, in denen dieser Bericht konkreten Verbesserungsbedarf aufzeigt.

Zusammengefasst ergeben sich aus den Ergebnissen dieses Berichts folgende zentrale Handlungsempfehlungen:

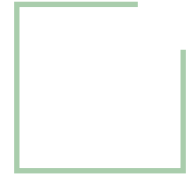
- Die organisatorische und emotionale Leistung von Wahlfamilien in der Pflegeplanung professioneller Dienste aktiv anerkennen und einbeziehen.
- Pflegende An- und Zugehörige als eigenständige Zielgruppe mit niedrigschwelligen, communitynahen Unterstützungsangeboten adressieren.
- Kultur- und Sozialangebote 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.
- Niedrigschwellige, 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 Datenlage ab, sondern von der politischen und institutionellen Bereitschaft, queere Pflege- und Versorgungsbedarfe endlich ernst zu nehmen.



12. Literaturverzeichnis

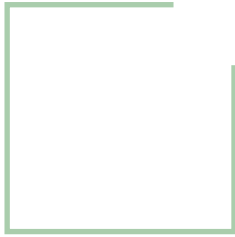


- Acosta, M. M., & Lottmann, R. (2025). Soziale Netzwerke und Pflege von älteren lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und inter* Personen: Scoping-Review zu wahlfamilialen Unterstützungsressourcen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 58(5), 383–389. <https://doi.org/10.1007/s00391-025-02452-2>
- 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.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- 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.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026). Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegeneuordnungsgesetz-pnog>
- 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>
- 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>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2025). *Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland* (Drucksache 20/14450). Deutscher Bundestag. <https://www.bmfsfj.bund.de/resource/blob/254238/34/b1dbd94f49f7bd1fd818cb5756b1ac/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026, 13. März). *Pflegebedürftigkeit*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftig-was-nun/pflegebeduerftigkeit>
- Burgmeier, H., & Burgmeier, J. (2025). *Sexualität im Alter und geschlechtliche Vielfalt: Eine praxisorientierte Perspektive auf die Bedürfnisse queerer Senior:innen in der Pflege*. PROCARE, 30(4), 22–25.
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Suhrkamp.
- Coch, G. (2022). Achtsame Berührung als Möglichkeit der Beziehungspflege. *Geriatrie up2date*, 4(1), 57–66. <https://doi.org/10.1055/a-1695-6065>
- 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.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies.
- 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
- de Vries, L. K., & 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
- 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>
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2020). A long way to go for LGBTI equality. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2811/7746>
- Flores, A. R. (2021). Social Acceptance of LGBTI People in 175 Countries and Locations 1981 to 2020. UCLA. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Global-Acceptance-Index-LGBTI-Nov-2021.pdf>
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207–1221. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3)
- Fredriksen-Goldsen, K., Shuman, A., Jen, S., & Jung, H. H. (2023). Stress and resilience among sexual and gender diverse caregivers. *Research on Aging*, 45(9–10), 654–665. <https://doi.org/10.1177/01640275231156191>
- 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>
- Gerlach, H., & Schupp, M. (2017). Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege [Dissertation, Universität Bremen]. <https://d-nb.info/1149220007/34>
- Gerlach, H., & Schupp, M. (2018). Bewusstseinskontexte und Identitätskonstruktionen homosexueller Frauen und Männer im Setting der Altenpflege. *Pflege & Gesellschaft*, 23(3), 197–211.
- Gerlach, H., & Szillat, C. (2017). Schwule im Alter: Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-16863-6>
- Grzybek, S. (2026). Sensibilisierter Umgang mit Patient*innen: Ein Leitfaden für Praktizierende (2. Aufl.). Queermed Deutschland.
- 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.
- 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.
- Hartmann, J. (2018). Theoretisch fundiert handeln! Einführung in eine queere genderreflektierte Pädagogik. In A. Spahn & J. Wedl (Hrsg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt: Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule* (S. 44–51). Waldschlösschen Verlag.
- Heidemann, R., De Vries, L., Zindel, Z., & Lottmann, R. (2025). LGBT* people in later life: The state of research and opportunities for empirical quantitative analysis with secondary data in Germany. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 77(4), 911–935. <https://doi.org/10.1007/s11577-025-01031-y>
- Intergeschlechtliche Menschen e. V. (o. D.). Zusammenfassung des Forschungsberichts der Universität Bremen zur Situation intergeschlechtlicher Personen [Zusammenfassung]. https://im-ev.de/pdf/Zusammenfassung_Forschungsbericht_UNI_Bremen.pdf
- Ipsos. (2025). Ipsos LGBT+ Pride Report 2025: A 26-country Ipsos Global Advisor survey. <https://www.ipsos.com/en/ipsos-pride-survey-2025>
- Janett, M. (2022, März). Dazwischen? Intergeschlechtlichkeit in der historischen Forschung: Überblick und Perspektiven [Forschungsbericht]. infoclio.ch. https://www.infoclio.ch/sites/default/files/janett_intergeschlechtlichkeit_forschungsbericht.pdf
- Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., de Vries, L. K., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D., & Zindel, Z. (2021). Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. *DIW Wochenbericht*, 88(6), 80–88. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2021-6-1

- 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
- 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.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Kroh, M., Kühne, S., Kipp, C., & Richter, D. (2017). Einkommen, soziale Netzwerke, Lebenszufriedenheit: Lesben, Schwule und Bisexuelle in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, 84(35), 687–698. <http://hdl.handle.net/10419/168638>
- Kuney, A., Noble, D., & Stubbs, M. (2025). LGBTQIA+ cultural competency in healthcare education programs: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 84, 104333. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104333>
- Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS). (2024). *Inter* Geschichte(n) in Berlin: Berliner Lebensrealitäten von Inter-Personen gestern und heute*. Senatsverwaltung für Justiz und Vielfalt Berlin. <https://www.berlin.de/sen/lads/publikationen/inter-geschichte-n-in-berlin-240322.php>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- 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.
- 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>
- 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. <https://www.lsbtiq-inklusiv.nrw/files/lsbtiq/pdf/Gesamtauswertung%20NRW%20LSBTIQ%20inklusiv%202020.pdf>
- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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* (S. 227–253). Springer VS.
- OECD. (2023). *The road to LGBTI+ inclusion in Germany*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/977b463a-en>
- 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>
- Plöderl, M., Kralovec, K., Fartacek, C., & Fartacek, R. (2009). Homo- und Bisexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. *Der Mann*, 7(4), 28–37.

- 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>
- Robert Koch-Institut. (2025). Schätzung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2024 sowie der Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2024 mit HIV in Deutschland leben (Epidemiologisches Bulletin Nr. 47/2025). <https://doi.org/10.25646/13562>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griesse, 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>
- Schock, A. (2024, 25. März). Ein durch und durch heteronormatives System. *magazin.hiv*. <https://magazin.hiv/magazin/ein-durch-und-durch-heteronormatives-system/>
- Schwulenberatung Berlin gGmbH. (2024). Vielfalt in der Pflege: Ein Praxis-Leitfaden für stationäre und ambulante Dienste (3. Aufl.). <https://www.schwulenberatungberlin.de>
- 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.
- 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.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (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
- Traister, T. (2025). Pflege von LGBTQ+-Personen: Wie man eine diversitätssensible pflegerische Versorgung ermöglicht (A. Pfister, K. Kürsten & R. Brühe, Hrsg.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86329-000>
- Trenkel, T. (2024, 16. Dezember). Queer Gesundheit – Einfluss gesellschaftlicher Diskriminierung auf die Gesundheit von Betroffenen. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/aktuelles/beitraege/queer-gesundheit-einfluss-gesellschaftlicher-diskriminierung-auf-die-gesundheit-von-betroffenen/>
- Vonneilich, N. (2020). Soziale Beziehungen, soziales Kapital und soziale Netzwerke – eine begriffliche Einordnung. 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. 33–48). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21659-7_2
- 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
- Walgenbach, K. (2012). Intersektionalität – eine Einführung. Portal Intersektionalität. <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/>
- Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a queer planet. *Social Text*, (29), 3–17.
- 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.
- 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* (Bd. 65, S. 1–9). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12500-4_33-1
- World Health Organization (WHO). (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. WHO. <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>



PflegeVielfalt

Queer. Selbstbestimmt. Solidarisch.