

Stonewall kommt in die Jahre – Eine feministisch-anerkennungstheoretische Studie zum gelingenden Alter(n) queerer Menschen

Kathrin Kürsten

Abstract *Die qualitative Studie untersucht das gelingende Altern von LSBT*I-Personen (lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter) unter Berücksichtigung von Diskriminierungserfahrungen und Minderheitenstress. Basierend auf 20 leitfadengestützten Interviews und Datenauswertung mittels Inhaltsanalyse nach Mayring (2015; 2016) analysiert die Arbeit, wie psychosoziale Belastungen und gesellschaftliche Marginalisierungen das Leben und Alter(n) beeinflussen. Die Ergebnisse betonen die Bedeutung von Resilienz, sozialen Netzwerken und LSBT*I-freundlichen Pflegeangeboten. Politische Maßnahmen, wie der Aufbau queerer Wohnprojekte und Netzwerke sowie die Sensibilisierung von Pflegepersonal, sind essenziell, um Anerkennungsdefizite auszugleichen. Das entwickelte Modell für queeres Altern kombiniert physische und psychische Gesundheit mit individuellen und gemeinschaftlichen Copingstrategien als Grundlage für inklusive Pflegeansätze.*

1. Forschungsstand

National finden sich bislang nur wenige Studien, die sich explizit mit dem gelingenden Alter(n) queerer Menschen beschäftigen. Gerlach und Schupp (2017) forschten zu Homosexualität_en im Alter und legten den Fokus dabei auf bereits in Pflegeeinrichtungen lebende Menschen. Verwiesen sei allerdings auf die Arbeiten von Ralf Lottmann (2020), Rüdiger Lautmann (2016) und Maria do Mar Castro Varela (2016). Die drei Autor*innen sind im Themenfeld Alter und queer wissenschaftlich ausgesprochen aktiv. International findet sich insbesondere im angloamerikanischen Raum eine überschaubare Anzahl von Studien, die sich, meist im quantitativen Design, dem Thema widmen. Gemeinsam ist ihnen der Hinweis auf die mangelnde Integration queerer Personengruppen in der Gerontologie und in gesundheitswissenschaftlichen Diskursen. Ursächlich sind strukturelle Marginalisierung, gesellschaftliche Stigmatisierung und fehlende Datenerhebungen zu sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität in etablierten Bevölkerungsstudien.

Die Forschungslage zeigt eine klare Verbindung zwischen Diskriminierungserfahrungen und der physischen wie psychischen Gesundheit von LSBT*I-Senior*innen. Physische Beeinträchtigungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eingeschränkte Mobilität und Diabetes sowie psychische Belastungen wie Depressionen und Angststörungen treten bei dieser Personengruppe signifikant häufiger auf als bei heteronormativen Vergleichsgruppen. Zudem ist ein höheres Risiko für Substanzmissbrauch dokumentiert, das signifikant mit erlebter Marginalisierung korreliert (vgl. Fredriksen-Goldsen u. a. 2011; Fredriksen-Goldsen u. a. 2015; Fredriksen-Goldsen u. a. 2017; Hughes 2018; Nelson/Andel 2020). Die Angst vor Diskriminierung führt häufig zu einem verzögerten oder ausbleibenden Zugang zu medizinischen und präventiven Leistungen. Viele LSBT*I-Personen outen sich nicht bei ihren Ärzt*innen, was eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erschwert (vgl. Czaja u. a. 2016).

Ein weiterer zentraler Aspekt der Forschung betrifft soziale Netzwerke und die Gefahr der Vereinsamung im Alter. LSBT*I-Personen sind überproportional häufig alleinstehend und kinderlos, was ihre soziale Isolation verstärkt. Während Lesben und bisexuelle Frauen aufgrund von familiären Bindungen oft über größere soziale Netzwerke verfügen (42 % der lesbischen und 62 % der bisexuellen Frauen haben Kinder), sind schwule Männer und Trans-Personen einem höheren Risiko sozialer Isolation ausgesetzt (vgl. AARP 2020; Cummings u. a. 2021; Kim/Fredriksen-Goldsen 2016). Die Größe und Diversität der Netzwerke nimmt mit dem Alter ab, wobei finanzielle Benachteiligungen, insbesondere bei Frauen, diesen Effekt verstärken (vgl. Erosheva u. a. 2016). Altersdiskriminierung innerhalb der eigenen Community sowie der erschwerte Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Ressourcen verstärken diese Isolation zusätzlich (vgl. Stinchcombe u. a. 2021).

In Bezug auf Pflegeeinrichtungen und betreutes Wohnen äußern LSBT*I-Personen oft die Sorge, ihre Identität erneut verstecken zu müssen (vgl. AARP 2020; Cummings u. a. 2021; Czaja u. a. 2016). Trotz dieser Befürchtungen geht etwa die Hälfte der Teilnehmenden bei Henning-Smith u. a. (2015) davon aus, in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege oder in betreutes Wohnen einziehen zu müssen, was im Vergleich zur heteronormativen Vergleichsgruppe statistisch hochsignifikant häufiger ist. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit LSBT*I-freundlicher Wohn- und Pflegeangebote sowie einer besseren Schulung des Pflegepersonals, um diskriminierungsfreiere und inklusive Dienstleistungen zu gewährleisten.

Insgesamt unterstreicht die Literatur die Bedeutung eines integrativen Ansatzes, der die spezifischen Bedürfnisse und Lebensrealitäten von LSBT*I-Senior*innen berücksichtigt. Dies umfasst nicht nur die Verbesserung von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen, sondern auch die Förderung sozialer Teilhabe und den Aufbau unterstützender Netzwerke. Politische Maßnahmen, die Diversität und Inklusion in der Alterspolitik stärken, können sowohl die Lebensqualität der Betroffenen verbessern als auch langfristig Ressourcen im Gesundheits- und Pflegesystem scho-

nen. Die Sichtbarkeit und Anerkennung der Erfahrungen älterer LSBT*-I-Personen kann zudem als Vorbild für jüngere Generationen dienen und zu einem nachhaltigen Abbau von Stigmatisierung beitragen (vgl. Bower u. a. 2021).

2. Queer in Deutschland

Die Situation queerer Menschen wandelte sich im Laufe der Jahrhunderte mehrfach. Im Folgenden soll ein kurzer Abriss dazu dienen, alle Lesenden auf einen gemeinsamen Kenntnisstand zu bringen und die Notwendigkeit der thematischen Auseinandersetzung zu verdeutlichen. Die Autorin fokussiert sich dabei allerdings auf die Betrachtung von Homosexualität, da bisher die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit trans*- und intergeschlechtlichen Personen im historischen Kontext sehr lückenhaft ist. Unbestritten ist allerdings, dass eine Diskriminierung der Personengruppe aufgrund der Normabweichung stattgefunden hat und in der aktuellen öffentlichen Diskussion zunehmend wieder aufflammt. Es ist ein gravierender Forschungsbedarf festzustellen.

2.1 Geschichtliche Einordnung

Die Ursachen für die Diskriminierung queerer Menschen gehen weit in die Vergangenheit zurück. Bereits in den Jahren zwischen 4000 v. Chr. und 500 n. Chr. finden sich für den indogermanischen Sprachraum Quellen, die belegen, dass verschiedene Strafen für homosexuelle Männer existierten. Das Ausmaß der Strafe war regional jedoch stark unterschiedlich ausgeprägt. Auch für das antike Griechenland wird die – meist männliche – Homosexualität beschrieben. Der Begriff der »[...] Päderastie, also die sexuellen Handlungen zwischen einem erwachsenen Mann und einem Jungen oder männlichen Jugendlichen« (Fiedler 2004: 19) bezog sich jedoch auf das sexuelle Verlangen, nicht auf das Objekt. Päderastie wurde nicht als sittenwidriges Verbrechen angesehen, zumindest ist eine Verfolgung nicht entsprechend überliefert (vgl. ebd.: 19).

Im Römischen Reich hingegen wurden im 3. Jahrhundert n. Chr. mit den sog. *Sententiae* drakonische Strafen für homosexuelle Handlungen unter Männern eingeführt. Dies galt allerdings nicht für Männer, die Sex mit männlichen Sklaven hatten. Letztere wurden nicht als Menschen, sondern als *Sache* (res) angesehen, womit der Verkehr als nicht rechtswidrig betrachtet wurde. Im weiteren Verlauf ist ein zunehmender Einfluss der christlichen Religion auf die weltliche Rechtsprechung festzustellen (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1978: 158 ff.).

2.2 Religion

In Deutschland ist der christliche Glaube vorrangig und somit auch die Auslegung der Bibel. Rechtsprechung in Mitteleuropa bezog sich im Mittelalter auf eben jene, wodurch *Unzucht treibende* Männer verantwortlich gemacht wurden für Missernten und Ähnliches, da sie Gottes Zorn auf sich gezogen hätten. Zudem galten homosexuelle Männer als Ketzer und fielen somit der Hexenverfolgung und der entsprechenden Todesstrafe zum Opfer (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1978: 283 ff.). Noch heute argumentiert der Vatikan mit Bibelstellen des Alten und Neuen Testaments, um die eigene homonegative Haltung zu untermauern. Zwar wird Menschen mit nicht-heteronormativer sexueller Orientierung zugestanden, ihre Neigung nicht willentlich beeinflussen zu können, jedoch sei nach katholischer Auffassung die einzige Möglichkeit christlich zu leben, die Keuschheit (vgl. Libreria Editrice Vaticana 2015: 2357 ff.).

»Erst ab dem 18. Jhd. wurde das Strafrecht säkularisiert, womit religiöse Motive innerhalb der Rechtsprechung in den Hintergrund traten, jedoch weiterhin eine Kriminalisierung und zunehmend eine Pathologisierung der vornehmlich männlichen Homosexualität stattfand.« (Kürsten 2024: 26)

2.3 Pathologisierung

Richard von Krafft-Ebing nutzte den Begriff der Homosexualität erstmalig im medizinischen Zusammenhang und beschrieb sie als »Erscheinung bei beiden Geschlechtern« (Krafft-Ebing 1907: 221) und definierte sie als krankhaft, was im Umkehrschluss zur Folge hatte, dass sie keine Straftat sei. Somit seien Schuldige nicht in Gefängnissen unterzubringen, sondern in psychiatrischen Einrichtungen mit entsprechenden Therapieversuchen. Sigmund Freud vertrat zunächst die Ansicht, dass Homosexualität nicht krankhaft sei, änderte diese Meinung im Laufe seines Lebens, kehrte jedoch am Ende wieder zu seiner ursprünglichen Auffassung zurück. So schrieb er 1935: »Homosexuality is assuredly no advantage, but it is nothing to be ashamed of, no vice, no degradation, it cannot be classified as an illness [...]. It is a great injustice to persecute homosexuality as a crime – and a cruelty, too.« (Freud 1960: 416) Die American Psychiatric Association (APA) strich 1973 die Homosexualität als Krankheit aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); die World Health Organization (WHO) folgte erst mit der Einführung des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10 im Jahr 1991. Erst mit dem ICD-11 seit 2022 gilt Transgeschlechtlichkeit nicht mehr als pathologisch (vgl. BPtK 2019).

2.4 Kriminalisierung

»Maßgeblich für die gesetzlich legitimierte Diskriminierung, Stigmatisierung, Verfolgung und Bestrafung gleichgeschlechtlich liebender Männer war in der jüngeren [deutschen] Vergangenheit der § 175 StGB bzw. § 175 RStGB.« (Kürsten 2024: 30) Dieser erfuhr im Laufe der Jahre einige Veränderungen und erlebte seine schärfste Ausführung in den Jahren des Nationalsozialismus. Das Strafmaß konnte zwischen drei Monaten und bis zu zehn Jahren Zuchthaus variieren (vgl. Burgi/Wolff 2016: 19). Bis 1945 wurden ca. 56.000 Männer verurteilt (vgl. Grau 2014: 43 f.) und geschätzt 15.000 Männer in Konzentrationslager verbracht, die Zahl der Todesopfer ist unbekannt (vgl. Nachtwey 2005: 25). Mit der Teilung Deutschlands entwickelte sich der § 175 auf den jeweiligen Staatsgebieten unterschiedlich. In der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) wurde der Paragraf nach zwischenzeitlichen Abänderungen und Reduzierungen der Strafen im Jahr 1968 komplett abgeschafft. Homosexualität fand fortan ausschließlich im Rahmen des Jugendschutzes Berücksichtigung. Im Jahr 1989 wurde dieser allerdings ebenfalls gänzlich geschlechtsneutral formuliert, sodass eine vollständige Entkriminalisierung erreicht war. In Westdeutschland hatte der § 175 StGB in verschiedensten Abänderungen Bestand. Gestrichen wurde er erst 1994 im Rahmen der Gesetzesangleichung nach der Wiedervereinigung.

Seit 2017 ist das Gesetz zur strafrechtlichen Rehabilitierung der nach dem 8. Mai 1945 wegen einvernehmlicher homosexueller Handlungen verurteilten Personen (StrRehaHomG) in Kraft. Betroffene können – allerdings ausschließlich auf Antrag – ihre Rehabilitation erlangen und ebenso Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld beantragen. Die Antragstellung ist jedoch recht komplex und die ausgezahlten Beträge sind äußerst gering, sodass anzunehmen ist, dass ein Teil der Betroffenen auf die Antragstellung verzichtet. Die Antragsfrist für Entschädigungsansprüche endet im Juli 2027.

2.5 Aids-Krise

Eine große Bedeutung hatte die Aids-Krise der 1980er und 1990er Jahre. Aids (Acquired immune deficiency syndrome; dt.: erworbenes Immundefektsyndrom) wurde zunächst als GRID (Gay Related Immune Deficiency) bezeichnet. Allein diese Namensgebung lässt die folgenden Ressentiments errahnen. In Deutschland waren Bezeichnungen wie *Schwulenseuche* oder *Schwulenkrebs* gängig. In einer Zeit, als Homosexualität nach WHO-Definition noch als Krankheit galt und gesetzlich strafbar war, kam es zu einer verschärften Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Bevölkerungsgruppe. Der Freistaat Bayern und dessen damaliger Kultusminister Hans Zehetmair sowie der Bundestagsabgeordnete und spätere Innenminister Horst Seehofer (beide Christlich-Soziale Union (CSU)) zeigten sich hier als beson-

ders negative Vorreiter. Seehofer forderte, dass Erkrankte in *speziellen Heimen* gesammelt werden müssten; zudem nutzte er das Verb *konzentrieren* (vgl. Der Spiegel 1987b). Zehetmair äußerte, dass Homosexualität in den *Randbereich der Entartung* (vgl. Der Spiegel 1987c) gehöre: »Diese Randgruppe muß ausgedünnt werden, weil sie naturwidrig ist« (Der Spiegel 1987a: o. S.). Ein Vokabular, das man heute von der Alternative für Deutschland (AfD) hört – und, wenn auch etwas leiser, potenziell wieder von anderen Parteien.

Auch die katholische Kirche verurteilte gleichgeschlechtliche Liebe in dieser Zeit lautstark und verlautbarte – sich auf das Alte Testament berufend –, dass das sittenwidrige Leben diese Strafe zur Folge hätte (vgl. Dunde 1990: 98 f.). Somit nahm die anti-homosexuelle Haltung der katholischen Kirche erneut massiven Einfluss auf die Meinungsbildung der deutschen Gesellschaft und Politik.

Aus den bisherigen Ausführungen, die nur einen knappen Einblick bieten konnten, dürfte deutlich geworden sein, dass die Diskriminierung queerer Menschen jahrtausendalte Wurzeln hat und auch heute keineswegs überwunden ist. Dies spiegelt sich in der wieder zunehmenden Zahl queerfeindlicher Straftaten wider. »Die Zahl der Straftaten im Bereich ›Sexuelle Orientierung‹ und ›Geschlechtsbezogene Diversität‹ hat sich **seit 2010 nahezu verzehnfacht**.« (Bundesministerium des Inneren 2024: o. S; Herv. i. Orig.)

Die dargestellten historischen und gesellschaftlichen Entwicklungen zeigen, dass Diskriminierung queerer Menschen tief verankert ist und bis heute nachwirkt. Um zu verstehen, welche Folgen diese Anerkennungsdefizite für queere Menschen – insbesondere im Alter – haben, bietet sich ein theoretischer Blick an. Im Folgenden werden daher mit Honneth und Meyer zwei Modelle vorgestellt, die Diskriminierung und ihre Auswirkungen systematisch erfassen.

3. Theoretische Grundlagen der Forschung

Der Frage, wie in diesem Umfeld gelingendes queeres Alter(n) möglich ist, ging die Autorin in ihrer Promotionsschrift nach (Kürsten 2024). Als theoretischer Rahmen für die Forschung dienten die Anerkennungstheorie nach Honneth (2018), das Minderheitenstressmodell nach Meyer (2003; 2015) und der Queer-Feminismus nach Butler (2021). Im Rahmen dieses Beitrages soll jedoch vor allem auf die beiden erstgenannten Ansätze – insbesondere auf Meyer – Bezug genommen werden, da sein Modell sich in den Anfängen zwar auf schwule Männer bezog, sich jedoch auf alle Minderheitengruppen einer Gesellschaft übertragen lässt und somit thematisch zum Tagungsband als besonders ertragreich erscheint.

3.1 Anerkennungstheorie

Nach Honneth (2018) werden drei Sphären definiert, in denen Anerkennung entzogen werden kann. Erstens die Sphäre der Primärbeziehungen (Liebe/Freundschaft), zweitens die Sphäre der Rechtsverhältnisse (Rechte) und drittens die Sphäre der Wertgemeinschaft (Solidarität). Und in eben jener dritten Sphäre befinden sich alle Individuen, wenn sie mit anderen in Kontakt sind – also in allen alltäglichen Situationen. Werden Personen von anderen diskriminiert, sei es durch Worte oder Handlungen, bedeutet das, dass ihnen die Anerkennung der anderen entzogen wird. Dies hat nach Honneth (2018) einen Verlust der Ehre und Würde zur Folge. Einen solchen Ehr- und Würdeverlust gilt es zu verhindern, insbesondere wenn sich die Betroffenen in einer vulnerablen Situation wie Krankheit oder Alter befinden. Mitarbeitende im Gesundheitswesen sollten daher zu Anwält*innen ihrer Patient*innen, Bewohner*innen oder Klient*innen werden.

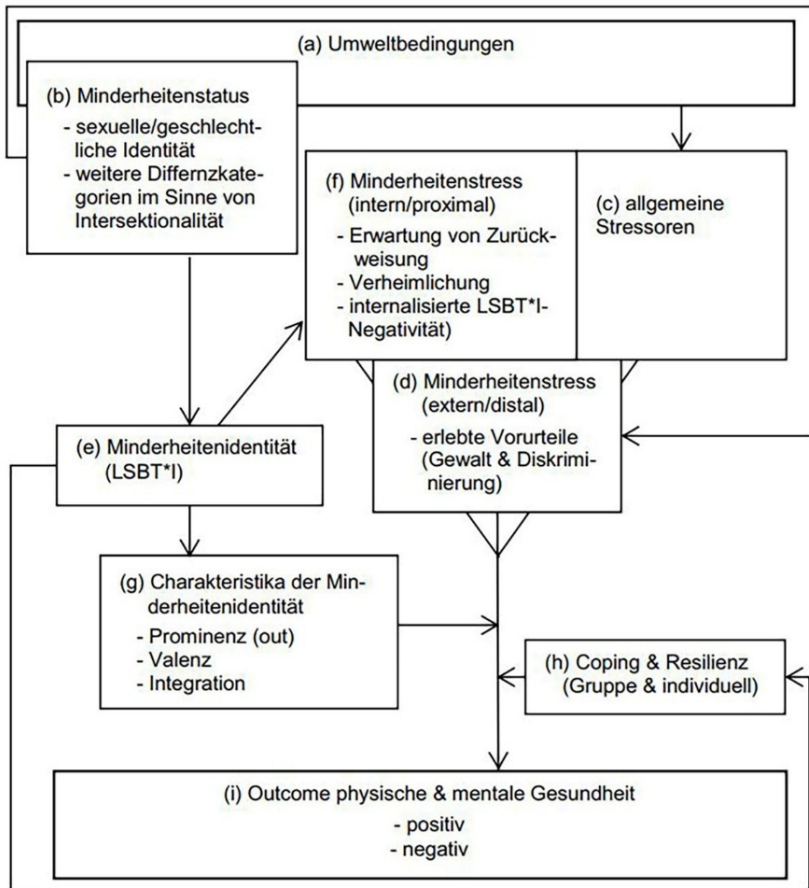
3.2 Minderheitenstressmodell

Meyer legt dar, dass alle Menschen gewissen Umweltbedingungen ausgesetzt sind (a). Gehört eine Person nun allerdings einer Minderheit an, in diesem Fall eine nicht-heteronormative sexuelle und/oder geschlechtliche Identität zu haben (b), addieren sich diese spezifischen Stressoren zu den allgemeinen Stressoren (c) hinzu.

Minderheitenstress kann intern auftreten, etwa durch die ständige Erwartung, aufgrund des Minderheitenstatus zurückgewiesen zu werden (f) oder extern, in Form tatsächlich erlebter Diskriminierungen oder Gewalt (d) – ein offener Anerkennungsentzug im Sinne Honneths. Der interne Minderheitenstress ist allerdings individuell insofern geprägt, als dass für jede einzelne Person die Minderheitenidentität (e) unterschiedliche Charakteristika (g) aufweisen kann. Wie prominent ist im Leben die Tatsache nicht-heteronormativ zu sein? Welche Wertigkeit wird der Minderheitenidentität individuell zugeschrieben und inwiefern ist sie in die eigene Identität integriert? Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Stressoren (f), (c) und (d) direkte Auswirkungen auf den Outcome der physischen und mentalen Gesundheit (i) haben. Dieser Outcome kann jedoch sowohl durch die bereits erwähnten Charakteristika als auch durch Coping und Resilienz (in der Gruppe/Community oder individuell) (h) positiv beeinflusst werden, wobei auf Letztere die Minderheitenidentität (e) einen maßgeblichen Einfluss hat.

Minderheitenstress ist als chronisch zu betrachten. Es muss kein externer Stressor (d) vorhanden sein, um allein aufgrund der Befürchtung davor (f) subjektiv dauerhaft Stress zu empfinden.

Abbildung 1: Minderheitenstressmodell bei LSBT*I (eigene Darstellung modifiziert nach Meyer 2003; 2015)

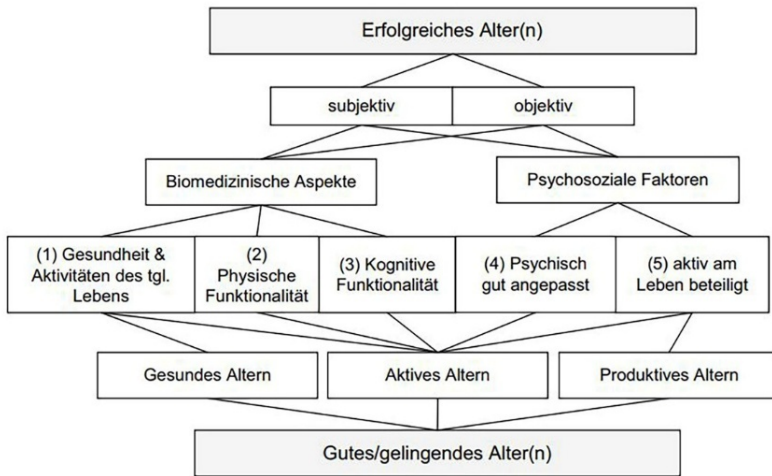


3.3 Gelingendes Alter(n)

Nun stellt sich allerdings die Frage, was gelingendes Alter(n) eigentlich bedeutet. Grundsätzlich handelt es sich dabei um einen ausgesprochen individuellen Prozess bzw. Zustand. Anders ausgedrückt: Was als *gelingend* gilt, ist stets subjektiv. Sowohl biomedizinische Aspekte als auch psychosoziale Faktoren besitzen eine subjektive und eine objektive Komponente. So ist beispielsweise ein Blutdruck von 160/90 mmHg per Definition pathologisch, kann jedoch für manche(n) Patient*in den individuellen Normzustand darstellen – Abweichungen hiervon würden bei ihnen zu

Unwohlsein führen. Der obere Teil der folgenden Abbildung 2 verdeutlicht diesen Unterschied.

Abbildung 2: Die Dimensionen guten und gelingenden Alter(n)s (eigene Darstellung nach Urtamo u. a. 2019)



Es fällt auf, dass alle fünf Dimensionen für das aktive Altern von Bedeutung sind, sich jedoch auf das gesunde Altern lediglich Dimension 1 auswirkt und auf das produktive Altern ausschließlich Dimension 5. Erst wenn ein Mensch gesund, aktiv und produktiv altert, kann von einem gelingenden Alter(n) ausgegangen werden. Allerdings gilt auch hier stets zu bedenken, dass die subjektive Wahrnehmung des Einzelnen sich von einer erwartbaren Norm durchaus unterscheiden kann.

Minderheitenstress, sofern er subjektiv empfunden wird, kann sich nun sowohl auf biomedizinische Aspekte als auch auf psychosoziale Faktoren auswirken. Meyer (2003: 2015) beschreibt dies in Abbildung 1 als Outcome für die physische und mentale Gesundheit (i). Das wiederum bedeutet, dass Minderheitenstress auf alle fünf Dimensionen einen negativen Einfluss haben kann und somit ein gesundes, aktives und produktives und letztlich gelingendes Alter(n) verhindern bzw. erschweren kann.

4. Ergebnisse

Um die Frage, wie gelingendes Alter(n) queerer Menschen gewährleistet werden kann, zu beantworten, wurden 20 Personen, die sich als LSBT*I identifizieren und zwischen 1940 und 1970 geboren wurden (*Generation Stonewall*), themenzentriert interviewt (vgl. Schorn 2000) und die Daten inhaltsanalytisch nach Mayring (2015; 2016) ausgewertet.

Als absolut dominante Hauptkategorie konnte, wie nach der vorherigen theoretischen Auseinandersetzung zu erwarten war, *Diskriminierung/Anerkennungsentzug* in allen drei Sphären (s.o.) herausgearbeitet werden. »Alle weiteren Kategorien werden [hierdurch] entweder gänzlich [...] oder zumindest teilweise [beeinflusst]« (Kürsten 2024: 161).

Diskriminierungserfahrungen im direkten Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen (3. Anerkennungssphäre) geben besonders zu denken:

»Diskriminierung im medizinischen Bereich [...] das war eine junge Anästhesistin, die auf ihren Bildschirm starrte und sagte dann so: ›Ah HIV. Ja, wo haben Sie es denn bekommen?‹ Da dachte ich mir: ›Wie? Wieso müssen Sie wissen, wie ich HIV bekommen habe?‹« (Cis-Mann, schwul)

»Da war ich halt bei irgendeinem Arzt [...] ich hatte ihm vorher erzählt [...], dass ich einen Freund habe, dass ich schwul bin [...] Und dann meinte der so: ›Ja jetzt machen wir mal einen Bluttest, da müssen wir auf jeden Fall auf HIV untersuchen.‹ [...] Das sind diese Mikroaggressionen. [...] Ich möchte nicht mit, weiß ich nicht, Karl-Anton über PrEP oder über Aids [...] sprechen. [...] Und ich habe die Möglichkeit das zu vermeiden, also suche ich mir halt gezielt die Leute aus.« (Cis-Mann, schwul)

Anerkennungsentzug in der zweiten Sphäre fand entweder in der Vergangenheit statt:

»Neunundsechzig [...] ist der erste Teil des 175ers gefallen, da war ich einundzwanzig, [...] Ich bin in einer Zeit groß geworden, wo die Leute verurteilt worden sind und ins Zuchthaus gingen.« (Cis-Mann, schwul)

oder ist auch heute noch ein Problem. Deutlich wird dies daran, dass erst seit 2017 die gleichgeschlechtliche Ehe gesetzlich ermöglicht wird oder dass eine Transfrau ihre Transition *verschiebt*, um das Referendariat als Mann abzuleisten, damit die Verbeamtung nicht in Gefahr gerät:

»Und bin dann ins Lehramt gegangen und mir war klar, du wirst nicht ins Lehramt kommen, wenn du als transidente Frau ins Lehramt gehst. Ich bin dann noch mal

zurück und habe das Referendariat sozusagen als Mann durchlebt, und habe mich dann erst anschließend noch einmal geoutet [...] das war 2015.« (Transfrau)

Es wurde deutlich, dass Anerkennungsentzug dazu führt, dass die Gruppe der heute 55- bis 85-Jährigen besondere Bedürfnisse hat. Besonders auffällig wird dies in Bezug auf die Tatsache, dass der Einzug in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege als *Ultima Ratio* verstanden wird. Die Befürchtung, lang erkämpfte Rechte wieder zurückstellen zu müssen, um in ein heteronormatives Umfeld hineinzupassen, veranlasst dazu, Altenhilfeeinrichtungen mit Begriffen wie *Schreckgespenst*, *Horror* oder *Weggesperrt-Sein* zu assoziieren. Der befürchtete Autonomieverlust soll durch alternative Wohnformen im Alter möglichst lange umgangen werden. Häufige Beispiele sind hier Mehrgenerationenprojekte, queere Wohnprojekte oder Wohngruppen. Bei Pflegebedarf soll dieser durch ambulante Dienste gedeckt werden. Sollte ein Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung unumgänglich werden, ist vielen wichtig, dass die Wahlfamilie der Herkunftsfamilie gleichgestellt behandelt wird. Allerdings sind sich die meisten Befragten der Altershomogenität der Wahlfamilie bewusst und somit auch der Tatsache, dass eine Unterstützung durch deren Mitglieder ebenfalls nur begrenzt möglich ist.

»Ich bin eine alleinstehende Frau, ich habe mich frauenpolitisch immer engagiert und ich habe keine Verwandtschaft, sondern eine Wahlfamilie und die sollen genauso wichtig genommen werden. Das wäre das Wichtigste.« (Cis-Frau, lesbisch)

Eine bemerkenswerte Kategorie, die sich in der theoretischen Auseinandersetzung nicht finden ließ, ist die Kategorie *Rollback*. Hiermit ist gemeint, dass bereits errungene Anerkennung der 1980er und 1990er Jahre wieder verloren gegangen ist bzw. aktuell verloren geht. Hierfür wird von den Teilnehmenden ein politischer und gesellschaftlicher Wandel angedeutet. Die weltpolitische Lage scheint sich in einem deutlichen Rechtsruck zu befinden; eine Teilnehmende macht dies für Deutschland deutlich:

»Aber es ist nicht zu übersehen, dass der Geist in der Bevölkerung umschwenkt. Und da hat die AfD Schuld dran.« (Cis-Frau, lesbisch)

Wie sich nun eine Optimierung von Pflege und Betreuung von LSBT*I erreichen lässt, wurde in der Kategorie *Anregung zur Optimierung* codiert.

»Auffallend ist, dass Wünsche wie ›ein respektvoller Umgang‹, und ›wohl fühlen im Sinne von größtmöglicher Freiheit meiner Persönlichkeit‹ [Interviewte] im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung und Pflege grundsätzliche Werte sind, die nicht in Frage stehen. Dass sie allerdings von Teilnehmenden mehrfach betont werden,

deutet darauf hin, dass angenommen wird, dass dies für nicht-heteronormative Menschen in Gefahr gerät.« (Kürsten 2024: 169 f.)

Betont wird die Notwendigkeit, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen Kenntnisse über die möglichen Unterschiede queerer Lebensläufe im Vergleich zu heteronormativen Lebensläufen haben, und sich dieser Unterschiede bewusst sind. Eine offene Kommunikation wird zwar auch gehäuft genannt, jedoch gibt die Autorin zu bedenken, dass Menschen, die bewusst nicht geoutet leben, sich bei zu direkter Ansprache eher zurückziehen, statt sich zu öffnen. Hier kann lediglich ein Gesprächsangebot gemacht und entsprechende Sicherheit vermittelt werden.

Eine besondere Betonung wurde auf einen vermeintlich selbstverständlichen Aspekt im Miteinander gelegt: die Würde.

»Das mit der Würde ist das Wichtigste. [...] Und so würde ich mir das für mich auch wünschen. Dass jemand rausfindet, was für mich wichtig ist und darauf eingehen kann. Und dazu müssen die Leute schon eine gewisse Kenntnis davon haben, was es so alles gibt im Leben.« (Cis-Frau, lesbisch)

Die hier dargestellten Ergebnisse lassen sich in ihrer theoretischen Dimension mit dem in Abbildung 3 dargestellten Modell zusammenfassen, das in Kapitel 5 näher erläutert wird.

Die Interviewergebnisse bestätigen in vielen Aspekten die theoretischen Annahmen nach Honneth und Meyer: Anerkennungsdefizite und Minderheitenstress prägen das Alter(n) queerer Menschen nachhaltig. Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel 5 theoretisch hergeleitet, unter welchen Bedingungen ein gelingendes queeres Alter(n) möglich ist.

5. Theorie zum gelingenden Alter(n) queerer Menschen

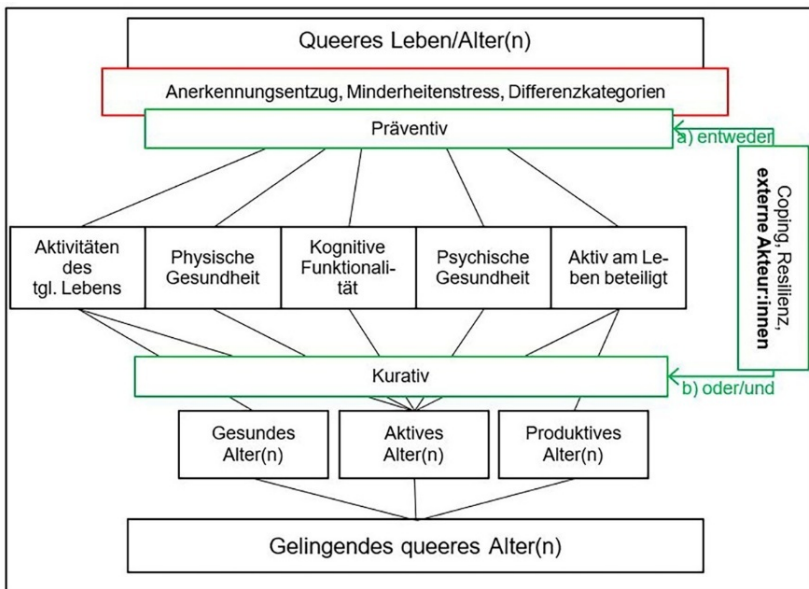
Vorab muss zugestanden werden, dass nicht alle queeren Menschen die gleichen negativen Erfahrungen sammeln mussten oder diese im gleichen Ausmaß erlebten. Allerdings lässt sich feststellen, dass »ein gravierender Unterschied zur heteronormativen Mehrheit [besteht], nämlich dieser nicht anzugehören und entsprechende negative Erfahrungen gemacht zu haben, weiterhin zu machen und zu befürchten, diese auch in Zukunft machen zu müssen« (Kürsten 2024: 188). Man könnte hier von einer Limitierung der Forschung sprechen, da die Unterschiede nicht berücksichtigt wurden. Es ist wünschenswert eine Theorie zu entwickeln, die diese Begrenzung nicht aufweist.

In dieser Chronologie der Aufzählung lässt sich erahnen, dass es nicht nur darum gehen kann, gelingendes Alter(n) für queere Menschen zu gewährleisten,

sondern wie Honneth es nennt, gelingendes Leben (2018: 279). Hierzu führt das Minderheitenstressmodell zunächst an, dass Copingstrategien und Resilienz für Menschen mit einer Minderheitenidentität (individuell oder in der Gruppe) von maßgeblicher Bedeutung sind, um trotz Anerkennungsentzuges und Minderheitenstresses (in Kombination mit möglichen weiteren Differenzkategorien im Sinne der Intersektionalität) ein gelingendes Leben führen zu können.

Mit zunehmendem Alter wird nun relevant, inwiefern Menschen Unterstützung benötigen, um ihre Resilienz aufrechtzuerhalten. Wie dies in Zusammenhang zwischen Anerkennungsdefiziten, Minderheitenstress, Coping und Resilienz ein gelingendes Alter(n) beeinflusst, verdeutlicht Abbildung 3. Hier kommt Mitarbeitenden im Gesundheitswesen (Pfleger:innen, Lehrender:innen und Manager*innen) die Aufgabe zu, die Anwaltschaft für Patient*innen, Bewohner*innen und Klient*innen zu übernehmen, die in einer vulnerablen Situation nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Interessen im ausreichenden Maß zu vertreten.

Abbildung 3: Gelingendes queeres Alter(n) (eigene Darstellung in Anlehnung an Urtamo u. a. 2019)



»Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass queeres Alter(n) dann gelingt, wenn [der] zuvor autonom vollzogene Ausgleich des Anerkennungsdefizites von Dritten (externen Akteur:innen) gewährleistet werden kann. Von großer Bedeu-

tung hier ist, dass es sich niemals um einen Zugewinn oder ein Plus von Rechten von queeren Menschen gegenüber der heteronormativen Mehrheit handelt, sondern lediglich um einen Ausgleich des Anerkennungsdefizites.« (Kürsten 2024: 198)

6. Fazit

Die Ergebnisse der Interviews verdeutlichen, dass Anerkennungsdefizite in allen drei von Honneth (2018) beschriebenen Sphären sowie chronischer Minderheitenstress nach Meyer (2003; 2015) das Alter(n) queerer Menschen nachhaltig prägen. Diskriminierungserfahrungen, gesellschaftliche Stigmatisierung und die Angst vor erneuter Ausgrenzung beeinflussen die physische und psychische Gesundheit ebenso wie die Wahl der Wohn- und Pflegearrangements im Alter.

Daraus ergibt sich ein klarer Handlungsauftrag: Die Mehrheitsgesellschaft und die Politik müssen die in ihr lebenden Minderheiten schützen und unterstützen. Im Sinne Honneths bedeutet dies, dass der notwendige Ausgleich des Anerkennungsdefizits durch Dritte (externe Akteur*innen) gewährleistet werden muss. Minderheitengruppen können für ihre eigenen Rechte nicht ausreichend *Schlagkraft* aufbringen, um eine entsprechende Reaktion zu erzielen. Hierzu braucht es Unterstützung von außerhalb der Gruppe; im Fall queerer Menschen durch sogenannte *straight allies* – also heterosexuelle und cisgeschlechtliche Personen, die sich aktiv für die Rechte und Belange queerer Menschen einsetzen. Nach Meyer (2003; 2015) tragen supportive Netzwerke wie *straight allies* wesentlich zur Reduktion von Minderheitenstress bei, indem sie Belastungen abmildern und Resilienz fördern.

Besonders zu betonen ist jedoch, dass sich die Unterstützung der *straight allies* nicht ausschließlich auf das gelingende queere Alter(n) beziehen sollte, sondern für das ganze Leben eine wichtige Ressource für nicht-heteronormative Menschen darstellen kann. Allerdings bestenfalls nicht nur als Lippenbekenntnis zum Pride Month, dem jährlich im Juni stattfindenden internationalen Aktionsmonat zur Sichtbarkeit und Unterstützung queerer Menschen.

Für die Praxis bedeutet dies: Pflegeeinrichtungen müssen queersensible Wohn- und Pflegeangebote etablieren, das Pflegepersonal benötigt gezielte Schulungen zu den Lebensrealitäten von LSBT*I-Personen, und die Anerkennung von Wahlfamilien muss derjenigen biologischer Familien gleichgestellt werden.

Für die Forschung und den politischen Diskurs ergibt sich die Notwendigkeit, stärker zu untersuchen, wie Resilienzförderung systematisch in Pflege- und Betreuungsstrukturen implementiert werden kann. Angesichts zunehmender politischer Unsicherheiten und eines gesellschaftlichen Rechtsrucks ist der Schutz von Minderheiten durch die Mehrheit nicht nur eine moralische, sondern auch eine demokratische Verpflichtung.

Literatur

- AARP [The American Association of Retired Persons] (2020). Maintaining Dignity. Understanding and Responding to the Challenges Facing Older LGBT Americans. Online: https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/surveys_statistics/life-leisure/2020/maintaining-dignity-lgbt-reformatted.doi.10.26419-2Fres.00217.006.pdf (Abruf: 14.07.2025).
- Bleibtreu-Ehrenberg, Gisela (1978). Tabu Homosexualität. Die Geschichte eines Vorurteils. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bower, Kyle L./Lewis, Denise C./Bermúdez, J. Maria/Singh, Anneliese A. (2021). Narratives of Generativity and Resilience among LGBT Older Adults. Leaving Positive Legacies despite Social Stigma and Collective Trauma. In: *Journal of Homosexuality*, 68 (2), S. 230–251.
- BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer (2019). Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit sind keine Krankheiten. BPTK unterstützt nachträglich Behandlungsverbot. Online: <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/homosexualitaet-und-transgeschlechtlichkeit-sind-keine-krankheiten/> (Abruf: 06.08.2025).
- Bundesministerium des Inneren (2024). Sicherheit von LSBTIQ* Menschen in Deutschland: BMI und BKA veröffentlichen Lagebericht. Virtuelle Landkarte zu polizeilichen Angeboten gegen queerfeindliche Hasskriminalität und Gewalt. Online: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2024/12/lagebildlgbtqiplus.html> (Abruf: 12.07.2025).
- Burgi, Martin/Wolff, Daniel (2016). Rechtsgutachten zur Frage der Rehabilitierung der nach § 175 StGB verurteilten homosexuellen Männer: Auftrag, Optionen und verfassungsrechtlicher Rahmen. Erstellt im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.
- Butler, Judith (2021). Das Unbehagen der Geschlechter (22. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Castro Varela, Maria do Mar (2016). Altern Andere anders? Queere Reflexionen. In: Lottmann, Ralf/Lautmann, Rüdiger/Castro Varela, Maria do Mar (Hg.). *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Cummings, Cory R./Dunkle, Jennifer S./Mayes, Bianca Chanel/Bradley, Carolyn A./Petruzzella, Francesca/Maguire, Kerstin (2021). As we age: listening to the voice of LGBTQ older adults. In: *Social Work in Public Health*, 36 (4), S. 509–525.
- Czaja, Sara J./Sabbag, Samir/Lee, Chin Chin/Schulz, Richard/Lang, Samantha/Vlahovic, Tatiana/Jaret, Adrienne/Thurston, Catherine (2016). Concerns about aging and caregiving among middle-aged and older lesbian and gay adults. In: *Aging & mental health*, 20 (11), S. 1107–1118.
- Der Spiegel (1987a). »Menschen werden heimatlos gemacht«. Interview mit Baden-Württembergs Gesundheitsministerin Barbara Schäfer (CDU) zur Flucht

- von Aids-Infizierten. 12. Online: <https://www.spiegel.de/politik/menschen-werden-heimatlos-gemacht-a-4d488619-0002-0001-0000-000013522452> (Abruf: 14.07.2025).
- Der Spiegel (1987b). »Wollen wir den Aids-Staat?«. Bayerns Linie: Zwangstest, Berufsverbot, Ausweisung. 12. Online: <https://www.spiegel.de/politik/wollen-wir-den-aids-staat-a-cecd1b25-0002-0001-0000-000013520785> (Abruf: 14.07.2025).
- Der Spiegel. (1987c). Entartung ausdünnen. In: Der Spiegel, 12. Online: <https://www.spiegel.de/politik/entartung-ausduennen-a-bd30126d-0002-0001-0000-000013522444> (Abruf: 14.07.2025).
- Dunde, Siegfried Rudolf (1990). Die Auswirkungen von Homophobie, sozial wirkenden Gefühlen und Wertekonflikten auf den politischen Umgang mit Aids. Spannungen zwischen Gesundheitspolitik und gesellschaftlichen Integrationsproblemen. Dissertation. Bremen: Universität Bremen.
- Erosheva, Elena A./Kim, Hyun-Jun/Emlet, Charles A./Fredriksen-Goldsen, Karen I. (2016). Social Networks of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. In: Research on Aging, 38 (1), S. 98–123.
- Fiedler, Peter (2004). Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch – sexuelle Gewalt. Weinheim: Beltz.
- Fredriksen-Goldsen, Karen I./Bryan, Amanda E. B./Jen, Sarah/Goldsen, Jayn/Kim, Hyun-Jun/Muraco, Anna (2017). The Unfolding of LGBT Lives: Key Events Associated With Health and Wellbeing in Later Life. In: The Gerontologist, 57 (suppl 1), S. 15–29.
- Fredriksen-Goldsen, Karen I./Kim, Hyun-Jun/Emlet, Charles A./Muraco, Anna/Erosheva, Elena A./Hoy-Ellis, Charles P./Goldsen, Jayn/Petry, Heidi (2011). The Aging and Health Report. Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. Seattle: Institute for Multigenerational Health.
- Fredriksen-Goldsen, Karen I./Kim, Hyun-Jun/Shiu, Chengshi/Goldsen, Jayn/Emlet, Charles A. (2015). Successful Aging Among LGBT Older Adults. Physical and Mental Health-Related Quality of Life by Age Group. In: The Gerontologist, 55 (1), S. 154–168.
- Freud, Sigmund (1960). Brief an eine amerikanische Mutter. In: Freud, Ernst/Freud, Lucie (Hg.). Briefe 1873–1939. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gerlach, Heiko/Schupp, Markus (2017). Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. Dissertation. Bremen: Universität Bremen.
- Grau, Günter (2014). Die Verfolgung der Homosexualität im Nationalsozialismus. Anmerkungen zum Forschungsstrand. In: Schwartz, Michael (Hg.). Homosexuelle im Nationalsozialismus. Neue Forschungsperspektiven zu Lebenssituationen.

- nen von lesbischen, schwulen, bi-, trans- und intersexuellen Menschen 1933 bis 1945 (Zeitgeschichte im Gespräch, Bd. 18). München: Oldenbourg.
- Henning-Smith, Carrie/Gonzales, Gilbert/Shippee, Tetyana P. (2015). Differences by Sexual Orientation in Expectations About Future Long-Term Care Needs Among Adults 40 to 65 Years Old. In: *American Journal of Public Health*, 105 (11), S. 2359–2365.
- Honneth, Axel (2018). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. (10. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hughes, Mark (2018). Health and well being of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people aged 50 years and over. In: *Australian Health Review: a Publication of the Australian Hospital Association*, 42 (2), S. 146–151.
- Kim, Hyun-Jun/Fredriksen-Goldsen, Karen I. (2016). Living Arrangement and Loneliness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. In: *The Gerontologist*, 56 (3), S. 548–558.
- Krafft-Ebing, Richard von (1907). *Psychopathia Sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen* (13. Aufl.). Stuttgart: Ferdinand von Enke. Online: <https://www.archive.org/stream/b21272104#page/n4/mode/1up> (Abruf: 14.07.2025).
- Kürsten, Kathrin (2024). *Stonewall kommt in die Jahre. Eine feministisch-anerkennungstheoretische Studie zum gelingenden Alter(n) queerer Menschen*. Wiesbaden: Springer.
- Lautmann, Rüdiger (2016). Die soziokulturelle Lebensqualität von Lesben und Schwulen im Alter. In: Lottmann, Ralf/Lautmann, Rüdiger/Castro Varela, Maria do Mar (Hg.). *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Libreria Editrice Vaticana (2015). *Katechismus der Katholischen Kirche*, Internet Office of the Holy See. Online: https://www.vatican.va/archive/DEU0035/_INDEX_.HTM (Abruf: 14.07.2025).
- Lottmann, Ralf (2020). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenhilfe – Intersektionale Perspektiven und die Relevanz von Situationen und Kontexten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53 (3), S. 216–221.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (12. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. (6. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Meyer, Ilan H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. In: *Psychological Bulletin*, 129 (5), S. 674–712.
- Meyer, Ilan H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. In: *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diver-*

- sity, 2 (3), S. 209–213. Online: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/sgd-sgd0000132.pdf> (Abruf: 14.07.2025).
- Nachtwey, Claus (2005). Anders sein und älter werden. Lesben und Schwule im Alter. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, (1), S. 25–31.
- Nelson, Christi L./Andel, Ross (2020). Does Sexual Orientation Relate to Health and Well-Being? Analysis of Adults 50+ Years of Age. In: The Gerontologist, 60 (7), S. 1282–1290.
- Schorn, Ariane (2000). Das »themenzentrierte Interview«. Ein Verfahren zur Entschlüsselung manifester und latenter Aspekte subjektiver Wirklichkeit. Forum Qualitative Sozialforschung, 1 (2), Art. 23. Online: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1092/2396> (Abruf: 14.07.2025).
- Stinchcombe, Arne/Kortes-Miller, Katherine/Wilson, Kimberley (2021). »We Are Resilient, We Made It to This Point«: A Study of the Lived Experiences of Older LGBTQ2S+ Canadians. In: Journal of Applied Gerontology: the Official Journal of the Southern Gerontological Society, 40 (11), S. 1533–1541.
- Urtamo, Annele/Jyväkörpi, Satu K./Strandberg, Timo E. (2019). Definitions of successful ageing. A brief review of a multidimensional concept. In: Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis, 90 (2), S. 359–363.