

# Bestandsaufnahme zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Alter

## Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz





# Bestandsaufnahme zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Alter

## Ergebnisbericht

Autor:innen:

Johanna Pfabigan  
Sylvia Gaiswinkler

Projektassistenz:

Lena Nirschl  
Alexandra Kühner

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autor:innen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im März 2026

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitervorschlag: Pfabigan, Johanna; Gaiswinkler, Sylvia (2025): Bestandsaufnahme zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Alter. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, unveröffentlicht

Zl. P6/1/5558

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, aber auch zu den SDGs 5 und 10.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Die vorliegende Bestandsaufnahme verfolgt einen explorativen Ansatz und dient dazu, zentrale Themenfelder, Wissenslücken und Handlungsbedarfe im Schnittfeld von Alter sowie sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Österreich zu identifizieren. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt erfuhr in den letzten Jahren verstärkt gesellschaftliche Aufmerksamkeit, ältere LGBTIQ+-Personen blieben jedoch in Forschung, Gesundheitsberichterstattung und Praxis bislang weitgehend unberücksichtigt. Für Österreich liegen diesbezüglich nur wenige belastbare Daten vor, das betrifft insbesondere altersbezogene Lebenslagen und gesundheitliche Fragestellungen. Internationale Studien verweisen darauf, dass Diskriminierungserfahrungen und Unsichtbarkeit für sexuelle und geschlechtliche Minderheiten relevant sind und mit Fragen von Gesundheit, Teilhabe und Versorgung in Verbindung stehen können. Welche Bedeutung diese Aspekte im höheren Lebensalter im österreichischen Kontext haben, wurde bislang nur unzureichend untersucht. Das Ziel dieser Bestandsaufnahme ist mithin, in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter vorhandene Erkenntnisse, institutionelle Perspektiven und verfügbare Daten zu bündeln, zentrale Themenfelder in diesem Bereich zu benennen und für diesen eine fundierte Arbeitsgrundlage zu schaffen.

## Methoden

Die Bestandsaufnahme basiert auf einer scopingorientierten Literaturrecherche in Kombination mit empirischen Erhebungen. Das Ziel dieses Vorgehens war, ein Themenfeld mit bislang begrenzter Datenlage explorativ zu erschließen und vorhandene Erkenntnisse zusammenzuführen. Ergänzend zur Literaturrecherche wurden eine Onlinebefragung von Pflege- und Betreuungseinrichtungen (n = 99), eine Befragung von LGBTIQ+-Organisationen (n = 9) sowie Expert:inneninterviews (n = 5) durchgeführt.

Aufgrund der dürftigen Datenlage und der Heterogenität der Zielgruppe erhebt die Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern versteht sich als explorative Bestandsaufnahme, die erste Einblicke und Impulse liefert.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass ältere LGBTIQ+-Personen überdurchschnittlich häufig von chronischen Erkrankungen, psychischen Belastungen und Einsamkeit betroffen sind. Diese gesundheitlichen Belastungen stehen in engem Zusammenhang mit lebenslang gemachten Erfahrungen von Diskriminierung, Ausgrenzung und Unsichtbarkeit sowie mit begrenzten sozialen Netzwerken im Alter. Viele Betroffene berichten von Zurückhaltung oder Verzögerungen bei der Inanspruchnahme von Unterstützung, insbesondere wenn frühere negative Erfahrungen den Aufbau von Vertrauen erschweren.

Zudem zeigen sich Barrieren im Zugang zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten, die sich aus fehlender Sensibilität für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt, aus Unsicherheiten im Um-

gang mit nichtnormativen Lebenslagen sowie aus rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen ergeben. In den befragten Einrichtungen wird sexuelle und geschlechtliche Vielfalt meist nicht systematisch thematisiert, spezifische Konzepte oder Schulungen dazu sind selten vorhanden. Auch in der Community-Arbeit ist das Thema Alter(n) bis heute nur punktuell verankert.

Zentrale Herausforderungen für ältere LGBTIQ+-Personen betreffen neben gesundheitlichen Belastungen insbesondere soziale Isolation, fehlende passende Wohn- und Unterstützungsangebote sowie rechtliche Unsicherheiten, etwa bei der Anerkennung von Wahlfamilien in Situationen erhöhter Unterstützungsbedarfe oder am Lebensende.

## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass gesundheitliche Belastungen älterer LGBTIQ+-Personen nicht erst im höheren Lebensalter entstehen, sondern sich über den gesamten Lebensverlauf hinweg aufbauen und im Alter deutlicher hervortreten. Erfahrungen von Diskriminierung, Ausgrenzung, Unsichtbarkeit und dem ständigen Abwägen, wie offen man sein kann, können sich langfristig auf körperliche und psychische Gesundheit auswirken und mit erhöhten Risiken für chronische Erkrankungen, Stress, Depressionen und Einsamkeit einhergehen. Im höheren Alter können sich diese Effekte verschärfen, da gesundheitliche Einschränkungen zunehmen, soziale Netzwerke kleiner werden und Unterstützung im Alltag immer wichtiger wird. Hinzu kommt, dass Themen wie Partnerschaft, Familie oder Lebensgeschichte nicht immer selbstverständlich angesprochen werden und dadurch relevante Informationen für eine gute gesundheitliche Versorgung fehlen können. Gesundheitliche Ungleichheiten im Alter sind daher nicht als plötzlich auftretendes Altersproblem zu verstehen, sondern als Ergebnis langfristiger Entwicklungen, die sich im Alter verdichten und dort besonders sichtbar werden. Daraus folgt, dass gesundheitliche Ungleichheiten im Alter nicht isoliert bearbeitet werden können, sondern eine Perspektive erfordern, die frühere Erfahrungen, bestehende Belastungen und aktuelle Lebenslagen zusammendenkt. Gesundheit im Alter ist damit eng an die Frage geknüpft, ob Menschen sich gesehen fühlen, Vertrauen entwickeln können und Unterstützung als zugänglich und sicher erleben. Ein solcher Zugang kommt nicht nur älteren LGBTIQ+-Personen zugute, sondern stärkt grundsätzlich die Qualität von Gesundheits- und Unterstützungsangeboten, da er unterschiedliche Lebensgeschichten, Verletzlichkeiten und Ressourcen berücksichtigt. Davon profitieren alle Menschen, deren Bedürfnisse in standardisierten Zugängen weitgehend unsichtbar sind.

## Schlüsselwörter

LGBTIQ+, Alter, Pflege, Versorgung, Diversitätssensibilität

# Summary

## Background

This report follows an exploratory approach and aims to identify key thematic areas, knowledge gaps and fields for action at the intersection of ageing and sexual and gender diversity in Austria. While sexual and gender diversity has received increasing public attention in recent years, older LGBTIQ people remain largely overlooked in research, health reporting and practice. In Austria, robust data are scarce, particularly regarding age-related living conditions and health-related issues. International studies indicate that experiences of discrimination and invisibility are relevant for sexual and gender minorities and may be linked to questions of health, participation and access to support. However, the significance of these aspects in later life within the Austrian context has so far been insufficiently examined. The aim of this stocktaking exercise is to consolidate existing knowledge, institutional perspectives and available data, to identify central thematic areas and to provide a sound working basis for further discussion and analysis.

## Methods

The mapping is based on a scoping-oriented literature review combined with empirical data collection. This approach was chosen to exploratively examine a field with limited available data and to bring together existing evidence. In addition to the literature review, an online survey of care and support facilities (n = 99), a survey of LGBTIQ+ organisations (n = 9), and expert interviews (n = 5) were conducted. Given the limited data base and the heterogeneity of the target group, the study does not claim representativeness. It is intended as an exploratory stocktaking exercise that provides initial insights and impulses.

## Findings

The findings show that older LGBTIQ+ people are disproportionately affected by chronic illnesses, mental health burdens and loneliness. Significant barriers to accessing care and support services were also identified. In the surveyed facilities, sexual and gender diversity is rarely addressed, and specific concepts or training measures are scarce. At the same time, ageing remains a marginal topic within community-based work. Key challenges faced by older LGBTIQ+ people include social isolation, a lack of appropriate housing options and support, and legal uncertainties, for example regarding the recognition of chosen families in care contexts and at the end of life. The results further indicate that the health-related burdens experienced by older LGBTIQ+ people are closely linked to lifelong experiences of discrimination, exclusion and invisibility, as well as to limited social networks in later life. Barriers to accessing care and support services also arise from a lack of sensitivity towards sexual and gender diversity, uncertainties in dealing with non-normative living situations, and legal and organisational frameworks. In the surveyed facilities, sexual and gender diversity is rarely addressed in a systematic manner, and specific concepts or training opportunities are largely absent. Age-related issues are only sporadically addressed in community-based work.

## Discussion

The findings indicate that health-related burdens among older LGBTIQ+ people do not emerge only in later life but develop over the life course and become more pronounced in older age. Experiences of discrimination, exclusion, invisibility and the constant negotiation of how openly one can live may have long-term effects on physical and mental health and are associated with increased risks of chronic illness, stress, depression and loneliness. These effects often intensify in older age as health limitations increase, social networks shrink and support in everyday life becomes more important.

In addition, topics such as partnerships, family relationships or personal life histories are not always addressed as a matter of course, which can result in relevant information for adequate support being overlooked. Health inequalities in older age should therefore not be understood as a suddenly emerging age-related problem, but as the outcome of long-term developments that become particularly visible in later life. This implies that health inequalities in older age cannot be addressed in isolation but require an approach that considers earlier experiences, existing burdens and current living conditions together. Health in later life is thus closely linked to whether people feel recognised, can develop trust and experience support as accessible and safe. Such an approach benefits not only older LGBTIQ+ people but also enhances the overall quality of health and support services by taking diverse life histories, vulnerabilities and resources into account. All those whose needs tend to remain invisible within standardised approaches stand to benefit.

## Keywords

LGBTIQ+, ageing, care, health equity, discrimination, diversity-sensitive practice

# Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	V
Inhalt .....	VII
Abbildungen .....	IX
Tabelle .....	XI
Abkürzungen .....	XII
1 Hintergrund.....	1
1.1 Fragestellung .....	1
1.1.1 Ziel.....	1
1.1.2 Relevanz .....	1
1.2 Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt .....	3
1.3 Struktureller Rahmen.....	4
1.3.1 Menschenrechte.....	4
1.3.2 Polycs und Strategien .....	5
1.3.3 Historischer Abriss .....	6
1.3.4 Rechtliche Situation heute.....	8
2 Methode.....	10
2.1 Literaturrecherche.....	10
2.2 Quantitative Erhebung.....	10
2.2.1 Pflegeeinrichtungen .....	10
2.2.2 LGBTIQ+-Organisationen.....	11
2.3 Ergänzende Expert:inneninterviews .....	11
3 Gesundheitliche Situation im Alter .....	13
3.1 Bedeutung des Coming-out in der Versorgung .....	14
3.2 Datenlage für Österreich.....	15
3.3 Demenz und kognitive Veränderungen.....	16
3.4 Gruppenspezifische gesundheitliche Risiken.....	17
3.4.1 Lesbische und bisexuelle Frauen.....	17
3.4.2 Schwule und bisexuelle Männer.....	18
3.4.3 Trans Personen.....	19
3.4.4 Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale.....	20
3.5 Resilienzfaktoren .....	21
4 Pflege- und Betreuungssituation.....	23
4.1 Palliative Versorgung.....	24
4.2 Sterben und Trauer.....	26
5 Ergebnisse der Erhebungen.....	28
5.1 Pflege- und Betreuungseinrichtungen .....	28
5.1.1 Allgemeine Informationen zu den Befragten und Einrichtungen .....	28
5.1.2 Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in den Einrichtungen .....	31
5.1.3 Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen.....	36
5.1.4 Institutionelle Wahrnehmung von LGBTIQ+-Personen .....	37
5.1.5 Vernetzung mit LGBTIQ+-Organisationen.....	42

5.1.6	Offene Rückmeldungen zur Abschlussfrage.....	43
5.2	LGBTIQ+-Organisationen .....	44
5.2.1	Allgemeine Informationen zu den Einrichtungen.....	44
5.2.2	Präsenz und Beteiligung älterer Menschen .....	45
5.2.3	Herausforderungen älterer LGBTIQ+-Personen.....	47
5.2.4	Kooperationen und Vermittlungsstrukturen .....	48
5.2.5	Offene Rückmeldungen zur Abschlussfrage.....	50
6	Diskussion .....	51
7	Best Practice.....	54
7.1	National.....	54
7.2	International.....	55
8	Empfehlungen .....	57
9	Zusammenfassende Schlussbetrachtung .....	60
	Literatur.....	61
	Anhang 1: Fragebogen für stationäre Pflegeeinrichtungen.....	70
	Anhang 2: Fragebogen für LGBTIQ+-Organisationen über das Thema Alter(n) .....	78
	Anhang 3: Interviewleitfaden LGBTIQ+ und Alter.....	82

# Abbildungen

Abbildung 1: Verteilung der Befragten nach Bundesländern in Prozent.....	29
Abbildung 2: Berufsgruppen der Befragten in Prozent .....	29
Abbildung 3: Verteilung der Settings in Prozent (Mehrfachantworten) .....	30
Abbildung 4: Größe des unmittelbaren Arbeitsumfelds: Mitarbeitende vs. betreute Personen (in Prozent).....	31
Abbildung 5: Verteilung der Antworten auf die Frage „Ist in Ihrer Einrichtung sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ein Thema?“ in Prozent .....	32
Abbildung 6: Verteilung der Antworten auf die Frage „Werden in Ihrer Einrichtung bestimmte Identitätskategorien hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt betreuter Personen systematisch erfasst (z. B. in Aufnahmebögen oder internen Dokumentationen)?“ in Prozent (Mehrfachantworten möglich)....	33
Abbildung 7: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Gibt es in Ihrer Einrichtung Schulungen zu Diversität?“ in Prozent.....	34
Abbildung 8: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Zu welchen Aspekten der Diversität?“ in Prozent (Mehrfachantworten möglich) .....	35
Abbildung 9: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie umfassend schätzen Sie das Wissen der Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ein?“ in Prozent .....	36
Abbildung 10: Verteilung der Antworten auf die Frage „Gibt es in Ihrer Einrichtung gezielte Konzepte für die Pflege und Betreuung von älteren LGBTIQ+-Personen (z. B. Leitlinien, spezialisierte Angebote, Netzwerke)?“ in Prozent .....	37
Abbildung 11: Verteilung der Antworten auf die Frage „Sind Ihnen in Ihrer Einrichtung betreute ältere LGBTIQ+-Personen bekannt?“ in Prozent.....	38
Abbildung 12: Verteilung der Antworten auf die Frage „Werden in Ihrer Einrichtung die Bedürfnisse, Bedarfe und Wünsche von älteren LGBTIQ+-Personen in der Pflege und Betreuung berücksichtigt?“ in Prozent.....	39
Abbildung 13: Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Bedarf an spezifischen Angeboten für ältere LGBTIQ+-Personen?“ in Prozent .....	39
Abbildung 14: Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Herausforderungen sehen Sie in Ihrer Einrichtung bei der Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen?“ in Prozent .....	40
Abbildung 15: Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Maßnahmen könnten die Qualität der Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen in Ihrer Einrichtung verbessern?“ in Prozent.....	42
Abbildung 16: Verteilung der Antworten auf die Frage „Arbeitet Ihre Einrichtung mit LGBTIQ+-Community-Organisationen zusammen?“ in Prozent.....	43

Abbildung 17: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Wie würden Sie Ihre Organisation / Ihren Verein beschreiben?“ (Mehrfachantworten) .....	44
Abbildung 18: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Wer sind die Hauptzielgruppen Ihrer Organisation / Ihres Vereins?“ (Mehrfachantworten) .....	45
Abbildung 19: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Welche Angebote/Schwerpunkte hat Ihre Organisation / Ihr Verein?“ (Mehrfachantworten).....	45
Abbildung 20: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Wie oft wird das Thema Alter(n) in Ihrer Organisation / Ihrem Verein aktiv nachgefragt?“ .....	46
Abbildung 21: Anzahl der Nennungen auf die Frage: „Gibt es in Ihrer Organisation/Ihrem Verein ältere LGBTIQ+ -Personen (ab 65 Jahren), die sich aktiv einbringen?“ .....	46
Abbildung 22: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Welche Herausforderungen erleben ältere LGBTIQ+ -Personen (ab 65 Jahren) in Ihrer Organisation / Ihrem Verein besonders stark?“ (Mehrfachantworten).....	47
Abbildung 23: Anzahl der Nennungen auf die Frage „In welchen Bereichen sehen Sie besonderen Handlungsbedarf zum Thema LGBTIQ+ und Alter(n)?“ (Mehrfachantworten).....	48
Abbildung 24: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Vermittelt Ihre Community/ Organisation ältere LGBTIQ+ -Personen aktiv an altersspezifische Angebote oder Unterstützungsstrukturen?“ .....	49
Abbildung 25: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Welche Ressourcen oder welche Unterstützung würde Ihre Organisation brauchen, um das Thema Alter(n) stärker zu bearbeiten?“ (Mehrfachantworten).....	49

# Tabelle

Tabelle 1: Historische Meilensteine in der LGBTIQ+-Bewegung .....7

# Abkürzungen

AIDS	acquired immune deficiency syndrome
EfEU	Verein zur Erarbeitung feministischer Erziehungs- und Unterrichtsmodelle
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights
HIV	human immunodeficiency virus
HOSI	Homosexuelle Initiative
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ILGA	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association
KZ	Konzentrationslager
LGBTIQ+	lesbian, gay, bisexual, trans, intersex, queer (+ weitere Identitäten)
OP	Operation
PSA	prostataspezifisches Antigen
SDG	Sustainable Development Goals
SOGIESC	sexual orientation, gender identity and expression, and sex characteristics
StGB	Strafgesetzbuch
VfGH	Österreichischer Verfassungsgerichtshof
WHO	World Health Organization

# 1 Hintergrund

## 1.1 Fragestellung

Frühere Arbeiten der Koordinationsstelle für Frauen- und Gendergesundheit zur Gesundheit von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans<sup>1</sup> und inter\* Personen haben wichtige Impulse geliefert, jedoch konnten darin ältere Personen bislang nur in begrenztem Umfang thematisiert werden – unter anderem infolge der großen Heterogenität innerhalb dieser Altersgruppe sowie der Subgruppen und aufgrund der insgesamt noch geringen Forschungslage in diesem Bereich. Dabei zeigen sowohl internationale Studien als auch Rückmeldungen aus der Praxis, dass gerade im Alter spezifische Aspekte der Lebensrealität von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans und inter\* Personen verstärkt in den Blick genommen werden sollten.

Mit der vorliegenden Bestandsaufnahme soll daher ein systematischer Fokus auf ältere LGBTIQ+-Personen in Österreich gerichtet werden – mit dem Ziel, vorhandene Erfahrungen, Bedarfe und strukturelle Herausforderungen sichtbar zu machen sowie Grundlagen für weiterführende Maßnahmen und Versorgungskonzepte zu schaffen, die dieser vielfach wenig beachteten Gruppe gerecht werden.

### 1.1.1 Ziel

Die Bestandsaufnahme soll dazu beitragen, Erkenntnisse über vorhandene Unterstützungsbedarfe und strukturelle Barrieren zu gewinnen und zugleich jene Faktoren sichtbar zu machen, die zur Resilienz älterer LGBTIQ+-Personen beitragen. Damit wird eine Basis für die Entwicklung von Empfehlungen geschaffen, deren Umsetzung eine diskriminierungsarme und bedarfsgerechte Gesundheits- und Betreuungsversorgung für ältere LGBTIQ+-Personen fördert. Das Ziel des Projekts ist, die gesundheitliche und betreuungsrechtliche Situation älterer LGBTIQ+-Personen in Österreich differenziert zu erfassen und daraus Impulse für eine inklusivere und sensiblere Versorgung abzuleiten. Dabei steht die Identifikation jener Herausforderungen und Barrieren für LGBTIQ+-Personen im Vordergrund, die sich im Alter und im Kontext institutioneller Versorgungs- und Unterstützungssysteme ergeben sowie die gesundheitliche Chancengleichheit beeinträchtigen können. Dabei sollen auch bestehende Ressourcen, Erfahrungen und Praxisansätze berücksichtigt werden, die zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen können.

### 1.1.2 Relevanz

Internationale Daten wie jene des EU LGBTIQ Survey III der European Union Agency for Fundamental Rights (FRA 2024) weisen darauf hin, dass ältere LGBTIQ+-Personen eine relevante, jedoch vielfach untererfasste Bevölkerungsgruppe darstellen. Zahlen von Statistik Austria zeigen, dass 2025 9.187.379 Millionen Menschen in Österreich lebten, von denen 20,5 Prozent 65 Jahre alt oder älter waren (Statistik Austria 2025). Valide Zahlen zum Anteil von LGBTIQ+-Personen in

---

<sup>1</sup> In diesem Bericht wird „trans“ bewusst ohne Sternchen verwendet, da diese Schreibweise von vielen trans Personen als Selbstbezeichnung genutzt wird und der Asterisk zunehmend als markierend erlebt wird. Für „inter\*“ wird der Asterisk hingegen beibehalten, da er in diesem Fall weiterhin gebräuchlich ist, um unterschiedliche Variationen der Geschlechtsmerkmale sichtbar zu machen (siehe auch Organization Intersex International Germany 2021; Trans Student Educational Resources o. J.)

dieser Altersgruppe liegen nicht vor, unter anderem aufgrund fehlender standardisierter Erhebungskategorien, eines geringeren Offenlegungsgrades bei Erhebungen sowie digitaler Ausschlussmechanismen in Onlineerhebungen. Schätzungen auf globaler Ebene gehen davon aus, dass zwischen 5 Prozent und 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sexuellen und/oder geschlechtlichen Minderheiten angehören (Dunne 2024; World Population Review 2025). In diesen Zahlen bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Generationen, denn während sich etwa 6 Prozent der Babyboomer (Jahrgänge 1946–1964) offen als LGBTIQ+ bezeichnen, tun dies unter der Generation Z (ab 1997 Geborene) bis zu 17 Prozent (Dunne 2024). Für Österreich liegen zumindest belastbare Daten für jüngere Kohorten vor. Eine große repräsentative Studie mit 9.295 Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren zeigte, dass 0,8 Prozent ein anderes Geschlecht als männlich oder weiblich angaben und 10,5 Prozent eine andere sexuelle Orientierung als heterosexuell nannten, wobei Bisexualität (6,7 %) und Homosexualität (1,5 %) die häufigsten Kategorien waren (Teufl et al. 2025). Ein Grund dafür dürfte in gesellschaftlichen Veränderungen liegen, zum Beispiel dahingehend, wie offen Personen Angaben zu ihrer Identität machen oder auch wie die Befragung methodisch gestaltet ist (online/offline). Die geringe Sichtbarkeit älterer LGBTIQ+-Personen in Forschung und Statistik erschwert eine differenzierte Bedarfserhebung und führt zu strukturellen Lücken in Versorgung und Planung.

Die Relevanz des Themas LGBTIQ+ und Alter(n) ergibt sich aus mehreren verschränkten Dimensionen.

Zum einen wächst der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich, wodurch sexuelle und geschlechtliche Vielfalt zunehmend in Versorgungskontexten sichtbar wird. Die demografische Alterung betrifft auch jene Generationen, in denen LGBTIQ+-Personen erstmals offen als solche gelebt haben und nun mit spezifischen Herausforderungen im Zugang zu institutionellen Versorgungs- und Unterstützungssystemen konfrontiert sind.

Zum anderen bestehen rechtliche und politische Verpflichtungen, denn die EU-Gleichstellungsstrategie für LGBTIQ+-Personen 2020–2025 fordert ausdrücklich die Berücksichtigung mehrfach marginalisierter Gruppen, etwa im Kontext von Alter, Geschlecht und sexueller Orientierung (European Commission 2020). Auch internationale Ziele wie die Agenda 2030 betonen die Notwendigkeit, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und Diversität im Alter systematisch mitzudenken (siehe auch Kapitel 1.3), desgleichen das österreichische Gesundheitsziel 2.

Zugleich zeigen internationale Studien, dass ältere LGBTIQ+-Personen im Vergleich zu cisgeschlechtlichen/heterosexuellen älteren Personen häufiger von strukturellen Barrieren, institutionellem Misstrauen und mangelnder fachlicher Sensibilität betroffen sind (Bailey et al. 2022; Fredriksen-Goldsen et al. 2013; Zeeman et al. 2017). Besonders ältere trans, intergeschlechtliche oder nichtbinäre Personen erleben Versorgungslücken, die auf stereotype Annahmen oder rechtliche Unsicherheiten zurückzuführen sind (Appenroth/Lottmann 2019; Berry/Monro 2022). Diese Problemlagen wurden bislang weder systematisch erfasst noch ausreichend adressiert.

Obwohl international vermehrt Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten, Diskriminierungserfahrungen und Resilienzfaktoren älterer LGBTIQ+-Personen vorliegen, fehlen entsprechende Erkenntnisse auf nationaler Ebene weitgehend. Einzelne thematisch fokussierte Untersuchungen bilden hier Ausnahmen, etwa die 2021 im Auftrag des Fonds Soziales Wien durchgeführte Bedarfsevaluation zu LGBTIQ+-Senior\*innen-Wohngemeinschaften, die spezifische Wohn- und Versorgungspräferenzen älterer LGBTIQ+-Personen im Wiener Kontext systematisch erhob

(Schönpflug/Eberhardt 2021). Eine umfassende, bundesweite Datenbasis zur gesundheitlichen und betreuerischen Situation älterer LGBTIQ+-Personen liegt jedoch weiterhin nicht vor.

## 1.2 Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt

Der Begriff SOGIESC (sexual orientation, gender identity and expression, and sex characteristics) gewinnt zunehmend an Bedeutung. Im Gegensatz zur eher unpräzisen und sich stetig erweiternden Abkürzung LGBTIQ+ stellt SOGIESC ein universelleres Konzept dar, das nicht auf bestimmte Gruppen, sondern auf Merkmale fokussiert, die alle Menschen haben. Alle Menschen besitzen eine sexuelle Orientierung, eine Geschlechtsidentität und -ausdrucksformen sowie körperliche Geschlechtsmerkmale. Das bedeutet: Das Konzept erlaubt eine diversitätssensible Herangehensweise in menschenrechtsbasierten Diskursen, indem es den Schutz vor Diskriminierung auf der Grundlage dieser Eigenschaften ermöglicht, ohne kulturell spezifische oder wandelbare Identitätskategorien vorauszusetzen. SOGIESC bietet somit ein Instrument für politische Strategien zur Förderung von Gleichstellung und Nichtdiskriminierung (OpenGlobalRights 2023).

### Sexuelle Orientierung

Sexuelle Orientierung beschreibt die Fähigkeit von Menschen zu tief empfundener emotionaler, romantischer und sexueller Anziehung sowie zu intimen Beziehungen mit Personen entweder eines anderen Geschlechts, desselben Geschlechts, mehrerer Geschlechter oder unabhängig von Geschlecht. Sie umfasst sowohl das diesbezügliche Begehren als auch das einschlägige Verhalten und ist ein grundlegender Aspekt der menschlichen Identität (Plan International 2024).

### Geschlechtsidentität (gender identity)

Geschlechtsidentität bezeichnet das tief empfundene, innere Erleben des eigenen Geschlechts, das unabhängig davon bestehen kann, ob es mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Dazu gehören auch das subjektive Körperbewusstsein sowie weitere Formen des Selbstaudrucks in Bezug auf Geschlecht. „Gender identity“ ist somit ein zentraler Bestandteil der Persönlichkeit und kann vielfältige Ausprägungen annehmen (Plan International 2024).

### Geschlechtsausdruck (gender expression)

Der Geschlechtsausdruck umfasst die individuelle Ausdrucksform von Geschlecht durch äußerliche Erscheinung und Verhalten. Dazu zählen unter anderem Kleidung, Frisuren, Accessoires, Kosmetika, sprachliche Ausdrucksweise, Gestik, Namenswahl sowie persönliche Selbstbezeichnungen. Der Geschlechtsausdruck kann mit der eigenen Geschlechtsidentität übereinstimmen – muss dies jedoch nicht zwangsläufig tun. „Gender expression“ ist somit ein sichtbarer, wenn auch nicht eindeutig interpretierbarer Aspekt geschlechtlicher Vielfalt, der von soziokulturellen Normen ebenso wie von persönlicher Identität geprägt ist (Plan International 2024).

## Geschlechtsmerkmale

Der Begriff Geschlechtsmerkmale umfasst körperliche Merkmale wie chromosomale Strukturen, Genitalien, Gonaden, hormonelle Profile sowie weitere reproduktive Anatomie. Ebenso beinhaltet der Begriff die sekundären Geschlechtsmerkmale, die typischerweise in der Pubertät auftreten wie etwa Brustentwicklung, Körperbehaarung oder Stimmveränderungen. Diese Merkmale können in ihrer Ausprägung stark variieren und sind nicht immer eindeutig einer binären Geschlechtskategorisierung zuzuordnen (Plan International 2024).

## Begriffsverwendung in diesem Bericht

In diesem Bericht geht es um ältere Angehörige sexueller und geschlechtlicher Minderheiten. Der Begriff LGBTQ+ wird hier verwendet, um die Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Identitäten zum Ausdruck zu bringen und die besonderen Herausforderungen dieser Gruppen im Alter zu thematisieren. Der Begriff LGBTQ+ bietet eine kürzere und allgemein bekannte Bezeichnung, die in den meisten Kontexten bereits verstanden wird.

Geschlecht wird in diesem Bericht als mehrdimensionales Konzept verstanden, das, wie oben erwähnt, körperliche Merkmale, Selbstwahrnehmung und Ausdrucksformen gleichermaßen umfasst. Dementsprechend wird im Text auf die isolierte Verwendung des Begriffs Geschlechtsidentität verzichtet.

Diese Entscheidung basiert auf dem Anliegen, Geschlecht nicht auf die Identität zu reduzieren, sondern als verflochtenes Zusammenspiel körperlicher, sozialer und individueller Dimensionen zu betrachten. Die ausschließliche Fokussierung auf Geschlechtsidentität kann jene strukturellen und körperlichen Aspekte ausblenden, die gerade im Kontext von institutionellen Versorgungssystemen und Alter(n) eine wichtige Rolle spielen. Um dieser Vielschichtigkeit gerecht zu werden und eine differenzierte Perspektive zu ermöglichen, wird der Begriff Geschlecht verwendet.

## 1.3 Struktureller Rahmen

### 1.3.1 Menschenrechte

Die Menschenrechte bilden die Grundlage für diskriminierungssensible und gerechte Versorgungs- und Unterstützungssysteme. Sie definieren den Rahmen, in welchem soziale Teilhabe, gesundheitliche Versorgung und ein selbstbestimmtes Leben für alle Menschen gewährleistet werden müssen – unabhängig von Alter, Geschlecht oder sexueller Orientierung.

Gerade im Kontext sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Alter sind bestimmte menschenrechtliche Prinzipien besonders relevant. Im Folgenden werden, jene – in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union festgeschriebenen – Menschenrechte dargestellt, die für die Lebensrealitäten älterer LGBTQ+-Personen besonders relevant sind (FRA 2009):

- **Artikel 1 – Würde des Menschen:** Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie muss geachtet und geschützt werden, insbesondere auch am Lebensende und im Umgang mit Verletzlichkeit.

- **Artikel 3 – Recht auf Unversehrtheit:** Jede Person hat Anspruch auf körperliche und geistige Unversehrtheit sowie auf Schutz vor medizinischer Bevormundung oder entwürdigenden Eingriffen.
- **Artikel 6 – Recht auf Freiheit und Sicherheit:** Jede Person hat das Recht auf ein sicheres und freies Leben, frei von Gewalt, Diskriminierung und institutioneller Willkür.
- **Artikel 21 – Verbot der Diskriminierung:** Diskriminierungen aufgrund von Alter, sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität sind ausdrücklich verboten.
- **Artikel 25 – Rechte älterer Menschen:** Ältere Menschen haben das Recht auf ein würdevolles, selbstbestimmtes Leben sowie auf soziale und kulturelle Teilhabe.
- **Artikel 35 – Recht auf Gesundheitsschutz:** Jeder Mensch hat Anspruch auf Zugang zu Gesundheitsversorgung und auf Maßnahmen, die ein hohes Niveau an Gesundheitsschutz gewährleisten.

### 1.3.2 Polycys und Strategien

Die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) der Agenda 2030 bilden einen internationalen Orientierungsrahmen für diskriminierungssensible, gerechte Versorgungs- und Unterstützungssysteme. Besonders relevant für die Situation älterer LGBTIQ+-Personen sind SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen), SDG 5 (Geschlechtergleichstellung) sowie SDG 10 (Weniger Ungleichheiten).

SDG 3 – insbesondere 3.8, „Universal Health Coverage“ – fordert den Zugang zu einem hochwertigen und grundlegenden Gesundheitsdienst für Menschen jeden Alters.

SDG 5 zielt auf die Beseitigung geschlechtsbasierter Diskriminierung und Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Spezifische Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität wird in den SDGs nicht ausdrücklich benannt; die Verbindung ergibt sich indirekt über Gleichstellungs- und Antigewaltpolitik sowie das Prinzip „leave no one behind“.

SDG 10 betont die Verringerung sozialer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb von Gesellschaften und zwischen Bevölkerungsgruppen – ein Ziel, das angesichts der dokumentierten Versorgungsbarrieren für ältere LGBTIQ+-Personen besondere Bedeutung hat (United Nations 2015).

Eine diversitätssensible Sozial-, Gesundheits- und Pflegepolitik trägt somit zur Erreichung dieser drei SDGs bei, indem sie strukturelle Barrieren abbaut, Chancengerechtigkeit fördert und die Sichtbarkeit oft übersehener Gruppen stärkt.

Auch auf nationaler Ebene finden sich einschlägige Strategien, insbesondere die Gesundheitsziele Österreich, die eine chancengerechte Gesundheitsversorgung für ältere LGBTIQ+-Personen stützen. Besonders relevant ist dabei das Gesundheitsziel 2: „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“. Mit diesem Ziel wird die Notwendigkeit betont, die Chancengerechtigkeit in puncto Gesundheit und beim Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern – insbesondere für Menschen, die von mehrdimensionaler Marginalisierung betroffen sind (Riebenbauer/Schenk 2017). Dazu zählen auch ältere LGBTIQ+-Personen, die häufig durch die Intersektionen von Alter, sexueller Orientierung, Geschlecht und/oder anderer Merkmale strukturell benachteiligt sind (Javier/Oswald 2019). Die Gesundheitsziele fordern explizit, soziale Determinanten von Gesundheit sichtbar zu machen und soziale Gruppen in vul-

nerablen Lebenssituationen gezielt zu unterstützen (Riebenbauer/Schenk 2017). Diskriminierungsarme, diversitätssensible Versorgungs- und Unterstützungssysteme für ältere LGBTIQ+-Personen sind damit ein wesentlicher Bestandteil zur Umsetzung des Gesundheitsziels 2 sowie ein Beitrag zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung.

### 1.3.3 Historischer Abriss

Um die soziale und gesundheitliche Situation älterer LGBTIQ+-Personen zu verstehen, ist es notwendig, ihre Erfahrungen und Biografien in einen historischen Kontext zu stellen. Lebensläufe queerer Menschen sind häufig von struktureller Diskriminierung, gesellschaftlicher Unsichtbarkeit, rechtlicher Verfolgung sowie weltpolitischen Ereignissen und kollektiven Krisen wie der HIV/AIDS-Epidemie geprägt (Javier/Oswald 2019). Queeres Leben wurde in Österreich, aber auch in vielen anderen Ländern über Jahrzehnte hinweg kriminalisiert, marginalisiert und pathologisiert. Der Blick in die Vergangenheit macht deutlich, unter welchen Bedingungen sich diese Biografien in Österreich entwickelten und wie sich dies bis heute auf das Vertrauen in Institutionen, den Zugang zu Gesundheitsversorgung sowie das Erleben von Alter und Altern auswirken kann (Javier/Oswald 2019).

Während strafrechtliche Verfolgung insbesondere für schwule, lesbische und bisexuelle Personen prägend war, ist die historische Erfahrung intergeschlechtlicher Menschen durch medizinische Normalisierungspraktiken gekennzeichnet. Variationen der Geschlechtsmerkmale wurden über Jahrzehnte hinweg als behandlungsbedürftige Abweichung verstanden, was in vielen Fällen zu frühkindlichen operativen Eingriffen, hormonellen Behandlungen sowie zu strukturellem Schweigen innerhalb von Familien und Institutionen führte. Diese Eingriffe erfolgten meist ohne informierte Zustimmung der betroffenen Personen und können langfristige körperliche sowie psychische Auswirkungen haben. Qualitative Untersuchungen zu inter\* und Alter(n) verweisen darauf, dass diese biografischen Erfahrungen bis ins höhere Lebensalter hinein das Vertrauen in medizinische und pflegerische Institutionen prägen und mit Ängsten vor Abhängigkeit oder Retraumatisierung verbunden sein können (Pertl/Schönpflug 2022).

Für einen historischen Abriss der strukturellen Rahmenbedingungen und der LGBTIQ+-Bewegung werden in Tabelle 1 einige Meilensteine in Österreich und auch einige internationale Geschehnisse dargestellt.

Tabelle 1: Historische Meilensteine in der LGBTIQ+-Bewegung

Jahr/Zeitraum	Ereignis/Entwicklung
18. Jahrhundert	„Sodomie“/„widernatürliche Unzucht“ war unter der <i>Constitutio Criminalis Theresiana</i> (1768) mit dem Tod bedroht; unter Joseph II. wurde dies 1787 auf Kerker/Zuchthaus umgestellt (Matthes-Rösler 2024).
1852–1971	§ 129 StGB: „Unzucht wider die Natur“ mit Strafen bis zu 5 Jahren schweren Kerkers (Protestwanderweg o.J.)
1938–1945	Nationalsozialismus: Männer wurden u. a. nach deutschem § 175 und österreichischen Bestimmungen verfolgt (KZ-Kennzeichen <i>rosa Winkel</i> ), lesbische Frauen wurden in Österreich zwar strafrechtlich erfasst, wurden aber eher als „asozial“ (schwarzer Winkel) stigmatisiert und verfolgt (Schoppmann 2014; United States Holocaust Memorial Museum 2025).
ab 1945	Fortführung der Strafverfolgung nach § 129 lb von sowohl Männern als auch Frauen; lange keine spezifische Anerkennung als Opfergruppe. 2021 offizielle Entschuldigung; 2023/24 Rehabilitation/Entschädigung auf Schiene (Bundesministerium für Justiz 2024)
1969	Stonewall Riot in New York als Symbol und Wendepunkt der modernen LGBTIQ+-Bewegung. Ausgelöst wurde der Protest maßgeblich von trans Personen of Color, allen voran Marsha P. Johnson und Sylvia Rivera. Der Widerstand gegen Polizeigewalt gilt bis heute als symbolischer Wendepunkt im weltweiten Aktivismus für queere Rechte.
1971	„Kleine Strafrechtsreform“: Entkriminalisierung homosexueller Handlungen, aber Einführung diskriminierender Sonderparagrafen, die ungleiches Schutzalter, Werbe- und Vereinsverbote beinhalteten (z. B. § 209, § 220) (Bundesministerium für Justiz 2024)
1977	Die Diagnose „Transsexualität“ wurde erstmals in der 9. Revision der International Classification of Diseases (ICD-9) als pathologische Störung der Geschlechtsidentität festgehalten (Bundeszentrale für politische Bildung 2025). Transsexualität wurde innerhalb des Abschnitts „Neurosen und Psychopathien“ neben Homosexualität, Sodomie und Pädophilie unter „Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen“ genannt.
1983	Personenstandsänderung für trans Personen möglich; „Transsexuellen-Erlass“; faktische OP-/Gutachten-Pflichten; „Scheidungszwang“ wegen Eheverbots Die Novellierung des Erlasses von 1996 stellte ausdrücklich auf „nicht verheiratet“ ab (faktischer Zwang zur Ehelösung), verlangte medizinische Begutachtung; die OP-Pflicht war keine förmliche Gesetzesnorm, wurde aber faktisch verlangt, bis Höchstgerichte das korrigierten (Baumgartinger 2019).
1983	erster AIDS-Fall in Österreich
1985	Gründung der AIDS-Hilfe Wien
1990	Die WHO entfernt Homosexualität aus ihrem Diagnoseschlüssel für psychische Krankheiten; Umsetzung in den 1990ern
1996	erste Regenbogenparade in Wien
1997–2002	Abschaffung diskriminierender Paragrafen wie des § 209 (ungleiche Schutzalter) und des § 220 (Werbeverbot)
ab 2006	Der österreichische Verfassungsgerichtshof hebt den sogenannten Transsexuellen-Erlass auf.
2009	VfGH: Personenstandsänderung für trans Personen ohne (De-facto-)OP-Zwang möglich, medizinische Stellungnahmen weiterhin üblich
2009	eingetragene Partner:innenschaft für gleichgeschlechtliche Paare beschlossen, in Kraft ab 1. Jänner 2010
2000er- bis 2010er-Jahre	Zunahme öffentlicher Sichtbarkeit (z. B. Life Ball, Conchita Wurst, HOSI Wien)

Jahr/Zeitraum	Ereignis/Entwicklung
2018/2019	„Ehe für alle“ in Österreich: Mit dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs vom 4. Dezember 2017 wurde die Abgrenzung zwischen Ehe nur für verschiedengeschlechtliche Paare und eingetragener Partner:innenschaft nur zwischen gleichgeschlechtlichen Paaren aufgehoben. Das Gesetz trat am 1. Jänner 2019 in Kraft und ermöglichte gleichgeschlechtlichen Paaren die zivilrechtliche Heirat (Verfassungsgerichtshof 2017).
2019	Ein Urteil des österreichischen Verfassungsgerichtshofs ermöglicht alternative Geschlechtseinträge für intergeschlechtliche Menschen.
2021	offizielle Entschuldigung der Justizministerin für die strafrechtliche Verfolgung homosexueller Menschen
2022	Die WHO streicht Transgeschlechtlichkeit aus der Liste psychischer Störungen (ICD-11); Österreich setzt die Entpathologisierung noch nicht vollständig um. Der Ausschluss homo- und bisexueller Männer von Blutspenden wird aufgehoben.
bis heute	Trans und inter* Personen erleben weiterhin Barrieren und Diskriminierung durch die Begutachtungspflicht. In Österreich gibt es nach wie vor kein Verbot geschlechtsnormierender medizinischer Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern. LGBTIQ+ -Personen erleben Diskriminierung in vielen Lebensbereichen, u. a. in der Gesundheitsversorgung. In einigen Ländern Europas und in den USA sowie in anderen Ländern werden die Rechte queerer Menschen wieder massiv eingeschränkt.

Quelle: GÖG (EfEU 2023; ILGA Europe 2025; Larndorfer et al. 2018)

### 1.3.4 Rechtliche Situation heute

#### Antidiskriminierungsgesetze

In Österreich gibt es das Bundesgleichbehandlungsgesetz, das LGBTIQ+ -Personen vor Diskriminierung schützen soll, was über das Gesetz jedoch nur bedingt verwirklicht ist. So ist zwar Diskriminierung aufgrund des Geschlechts sowohl in der Arbeitswelt als auch beim Zugang zu Gütern, Dienstleistungen und Wohnraum gesetzlich verboten, Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung ist im Gleichbehandlungsgesetz jedoch nur für die Arbeitswelt geregelt (Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich 2023; Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) 1993). Gleiches gilt für Diskriminierung aufgrund des Alters, der Religion und der Weltanschauung. Hier bieten allerdings alle Landes-Antidiskriminierungsgesetze einen umfassenden Schutz beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die sich im Landeskompetenzbereich befinden (Gleichbehandlungsanwaltschaft 2025).

Die Europäische Kommission (2020) schuf mit der LGBTIQ+ -Gleichstellungsstrategie 2020–2025 einen umfassenden politischen Rahmen, um Diskriminierung entgegenzuwirken sowie die Gleichstellung von LGBTIQ+ -Personen zu fördern, der auch explizit ältere bzw. mehrfach marginalisierte Gruppen umfasst. Zentrale Ziele sind der diskriminierungsfreie Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen inklusive Pflege und Palliativversorgung sowie die Sensibilisierung von Fachpersonal und Institutionen. Die Strategie erkennt an, dass LGBTIQ+ -Personen häufiger unter gesundheitlicher Ungleichheit, mangelndem Zugang zu sensibilisierter Versorgung sowie unter intersektionaler Diskriminierung leiden – insbesondere in vulnerablen Lebensphasen wie dem Alter oder am Lebensende. Die Kommission hebt hervor, dass bestehende rechtliche Lücken (z. B. in Bezug auf fehlende explizite Anerkennung geschlechtlicher Identitäten im Gesundheitsbereich) geschlossen werden sollen. Auch sollen bewährte Schulungsmaterialien wie jene des EU-

Projekts *Health4LGBTI* weiterverbreitet werden. Darüber hinaus wird die Bedeutung eines intersektionalen Ansatzes betont, der Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, sozioökonomischen Status und Behinderung gleichermaßen berücksichtigt (Europäische Kommission 2020).

### Alternative Geschlechtseinträge

Mit dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) vom 15. Juni 2018 (G 77/2018) wurde festgestellt, dass intergeschlechtliche Personen / Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale<sup>2</sup> Anspruch auf eine ihrer Geschlechtsidentität entsprechende Eintragung im Personenstandsregister haben. Der VfGH verweist dabei u. a. auf die Bezeichnungen „divers“, „inter“ oder „offen“. Personenstandsbehörden dürfen die Adäquatheit der beantragten Bezeichnung prüfen (Verfassungsgerichtshof 2018). Seit Mitte September 2020 stehen in der Praxis sechs Eintragungsoptionen zur Verfügung: „weiblich“, „männlich“, „inter“, „divers“, „offen“ oder „keine Angabe“ (Gleichbehandlungsanwaltschaft 2020). Die Geschlechtszuweisung bei Neugeborenen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung obliegt in der Regel Ärzt:innen oder Hebammen, wobei beide Berufsgruppen jede der Eintragsvarianten angeben können (Stadt Wien 2025). Die Bewilligung eines alternativen Eintrags setzt nach der höchstgerichtlichen Judikatur regelmäßig ein fachärztliches Gutachten voraus, das eine Variation der Geschlechtsmerkmale belegt. Nichtbinäre Personen ohne Variation sind hier derzeit nicht umfasst, auch wenn es in jüngster Vergangenheit schon Einzelfälle gab, in denen ein alternativer Geschlechtseintrag für nichtbinäre Personen durchgesetzt wurde (Österreich.gv.at 2025).

---

<sup>2</sup> Der Begriff „Variationen der Geschlechtsmerkmale“ wird sowohl als deskriptive Bezeichnung körperlicher Ausprägungen der Geschlechtsentwicklung verwendet als auch von manchen intergeschlechtlichen Personen als Selbstbezeichnung. Im rechtlichen Kontext bezieht er sich auf körperliche Merkmale, die Grundlage für den Anspruch auf einen alternativen Geschlechtseintrag sind, ist jedoch nicht mit Geschlechtsidentität gleichzusetzen und schließt identitätsbezogene Selbstverständnisse nicht aus (TriQ/VIMÖ 2020).

## 2 Methode

Um der Heterogenität innerhalb des LGBTIQ+-Spektrums gerecht zu werden, wird in diesem Bericht dort, wo es die Evidenz zulässt, ein differenzsensibler Ansatz verfolgt. Damit soll eine undifferenzierte und homogenisierende Betrachtung „der LGBTIQ+-Bevölkerung“ vermieden werden. Studien zeigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten und Erfahrungen im Gesundheitssystem zwischen lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans und inter\* Gruppen variieren können (Gaiswinkler et al. 2023; Zeeman et al. 2019). Weiters wird anerkannt, dass einzelne Subgruppen (insbesondere trans und inter\* Personen) mit jeweils spezifischen Versorgungsanforderungen und rechtlich-ethischen Fragestellungen konfrontiert sind, die eine getrennte Darstellung erfordern (Reisner et al. 2016; Zeeman/Aranda 2020). Pflege und Betreuung werden in dieser Bestandsaufnahme als exemplarisches Feld für Versorgungs- und Unterstützungssysteme betrachtet, da sich hier altersbezogene Versorgungsfragen, institutionelle Abhängigkeiten und Fragen von Sichtbarkeit besonders verdichten. Die zugrunde liegenden Mechanismen sind jedoch nicht auf Pflegekontexte beschränkt, sondern lassen sich auch in anderen Bereichen gesundheitlicher und sozialer Versorgung beobachten.

### 2.1 Literaturrecherche

Für die Identifikation von Themenfeldern und Bedarfslagen älterer LGBTIQ+-Personen wurde ein explorativer Scoping-Review-Ansatz nach Arksey/O'Malley (2005) gewählt, der einen Überblick über gesundheitliche Herausforderungen im Alter für LGBTIQ+-Personen sowie über deren diesbezügliche Bewältigungsstrategien ermöglicht. Gesichtet wurden wissenschaftliche Datenbanken (PubMed), einschlägige Fachzeitschriften sowie Berichte und Materialsammlungen zivilgesellschaftlicher Organisationen. Berücksichtigt wurde internationale Literatur, insbesondere Übersichtsarbeiten, die in den Jahren 2019–2025 veröffentlicht worden waren, wobei auch Quellen aus der grauen Literatur (z. B. NGO-Reports) und ältere oft zitierte Publikationen herangezogen wurden. Die Auswahl erfolgte problembezogen und nicht nach dem Muster einer systematischen Vollständigkeit.

### 2.2 Quantitative Erhebung

#### 2.2.1 Pflegeeinrichtungen

Da es in Österreich bis heute keine systematischen Daten zur Thematisierung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Langzeitpflege gibt, wurde die quantitative Befragung mit einem explorativen Anspruch durchgeführt. Ihr Ziel war, ein Stimmungsbild zu erfassen und erste Einblicke in Wahrnehmungen und Erfahrungen aus der Praxis zu gewinnen.

Die Kontaktdaten der stationären Pflegeeinrichtungen wurden über die im Rahmen des Infoservice Alten- und Pflegeheime zur Verfügung gestellte Datenbank erhoben, die auf Selbstbeauskunftung und freiwilliger Aktualisierung durch die Einrichtungen beruht und daher keinen vollständigen Überblick über alle einschlägigen Einrichtungen in Österreich darstellt. Für den Bereich der mobilen Pflege wurden die Kontaktdaten über die öffentlich zugänglichen Informationen auf

der Website des Infoservice recherchiert. Insgesamt wurde die Befragung an rund 1.000 Einrichtungen versandt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der E-Mail-Adressen nicht mehr aktuell war und somit nicht alle Einrichtungen erreicht werden konnten. Insgesamt gab es 99 vollständige Antworten.

Die Befragung der Pflegeeinrichtungen basierte auf einem strukturierten Fragebogen mit geschlossenen Items und optionalen Freitextfeldern. Da mehrere Personen pro Einrichtung teilnehmen konnten und die Erhebung explorativ angelegt war, werden die Ergebnisse deskriptiv dargestellt. Für geschlossene Fragen werden die von den Befragten angegebenen Prozentwerte berichtet. Die Freitextangaben wurden themengeleitet gebündelt und zur Einordnung der quantitativen Ergebnisse herangezogen. Die Ergebnisse geben damit subjektive Einschätzungen aus der Praxis wieder und liefern erste Hinweise auf Wahrnehmungen und Handlungsbedarfe – ohne repräsentativen Anspruch.

### 2.2.2 LGBTIQ+-Organisationen

Zur Ergänzung der quantitativen Bestandsaufnahme in Pflegeeinrichtungen wurde eine Befragung aller identifizierbaren LGBTIQ+-Organisationen in Österreich (Stichtag: Mai 2025) durchgeführt – mit dem Ziel, ein kompaktes Stimmungsbild aus Community-Perspektive zu erheben. Es handelt sich hier um eine Vollerhebung mit kleiner Grundgesamtheit (n = 24). Insgesamt gingen neun verwertbare Rückmeldungen ein (n = 9).

Der strukturierte Fragebogen für die LGBTIQ+-Organisationen kombinierte geschlossene Fragen mit Freitextfeldern. Aufgrund der geringen Grundgesamtheit erfolgt die Darstellung deskriptiv: Für geschlossene Items werden absolute Häufigkeiten (z. B. „5 von 9 Organisationen ...“) bzw. Anteile ohne Nachkommastellen berichtet. Freitextangaben wurden themengeleitet verdichtet und zur Kontextualisierung der Zahlen genutzt. Die Auswertungseinheit ist die Rückmeldung/Nennung der Organisation (nicht die einzelne Person). Die Ergebnisse spiegeln eine organisationsbezogene Perspektive wider.

## 2.3 Ergänzende Expert:inneninterviews

Ergänzend zur Literaturrecherche und zur quantitativen Bestandsaufnahme wurden fünf leitfadengestützte Expert:inneninterviews durchgeführt. Sie hatten einen explorativen Charakter, um Erfahrungen, Einschätzungen und Praxisbeispiele von Akteur:innen einzubeziehen, die in der Begleitung älterer LGBTIQ+-Personen tätig sind und/oder spezifische Angebote für diese Zielgruppe entwickelt haben. Die Expert:inneninterviews dienen nicht der eigenständigen Ergebnisgenerierung, sondern der Kontextualisierung, Verdichtung und praxisbezogenen Einordnung der literaturbasierten Befunde.

Die Auswahl der Interviewpartner:innen erfolgte theoretisch und thematisch begründet im Sinne eines zielgerichteten (purposeful) Samplings. Berücksichtigt wurden dabei fünf Bereiche, die jeweils unterschiedliche für das Thema zentrale Handlungsfelder repräsentieren:

- Volkshilfe Wien: queere Wohngemeinschaft für ältere LGBTQ+-Personen
- Fachperson<sup>3</sup> aus dem Feld der Sterbe-, Trauer- und Bestattungskultur mit Erfahrung in queersensibler Begleitung
- Lebensort Vielfalt (Berlin): etabliertes Modellprojekt für queeres Wohnen im Alter in Deutschland mit Qualitätssiegel für diversitätssensible Pflege
- Häuser zum Leben (Wien): öffentliche Trägerschaft mit queersensiblen Initiativen in Pflege und Betreuung
- Alzheimer Austria

Die leitfadengestützten Interviews, deren Dauer zwischen 40 und 80 Minuten betrug, wurden im Zeitraum von Mai bis August 2025 durchgeführt, vier davon in Präsenz und eines online via MS Teams. Die Interviews wurden protokolliert, und die Protokolle wurden den interviewten Personen zur Prüfung und Freigabe gesandt. Für die Auswertung wurden ausschließlich die freigegebenen Protokolle verwendet.

Die Auswertung der Interviews erfolgte strukturierend nach Themenfeldern. Diese thematischen Schwerpunkte (z. B. Barrieren im Zugang, Bedarf an Weiterbildung, innovative Praxisansätze) wurden aus den Interviews herausgearbeitet und systematisch zusammengefasst. Das Ziel dabei war, die Perspektiven der Praxisakteur:innen mit den Ergebnissen der Literaturrecherche in Beziehung zu setzen.

Die Ergebnisse flossen themenbezogen in den Bericht ein und dienen insbesondere der Illustration und Ergänzung zentraler Erkenntnisse aus der Literatur.

---

<sup>3</sup> Die Angabe des Ortes bzw. der Institution wurde hier bewusst weggelassen, da die interviewte Fachperson aus Gründen der Anonymität nicht genannt werden möchte.

### 3 Gesundheitliche Situation im Alter

Ältere LGBTIQ+-Personen weisen im Vergleich mit cis-heterosexuellen Personen derselben Altersgruppen weitgehend einen schlechteren Gesundheitszustand auf (Lampe et al. 2023; Telazzi/Colombo 2024). Sie sind deutlich häufiger von körperlichen Einschränkungen und chronischen Gesundheitsproblemen betroffen. Darüber hinaus sind sie überdurchschnittlich stark psychischen Belastungen ausgesetzt (Telazzi/Colombo 2024). Diese gesundheitlichen Ungleichheiten sind mit lebenslang erfahrenen Diskriminierungen und Stigmatisierungen assoziiert, die zu akkumuliertem Minderheitenstress führen. Dies kann sich bis ins Alter in Form psychosozialer Belastungen und von Multimorbidität zeigen. Die Sorge vor Diskriminierung in der Versorgung und die damit verbundene Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von Versorgungs- und Unterstützungssystemen sowie die fehlende familiäre Unterstützung wirken dabei oft als zusätzliche Barrieren (Lampe et al. 2023).

Viele ältere LGBTIQ+-Personen sind, ähnlich wie andere Menschen im höheren Lebensalter, von altersbedingten chronischen Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen betroffen. Studien zeigen jedoch, dass sie diese Belastungen im Durchschnitt häufiger und ausgeprägter erleben als cis-heterosexuelle Vergleichsgruppen, was unter anderem mit lebenslangem Minderheitenstress und strukturellen Barrieren im Zugang zu Gesundheitsleistungen zusammenhängt. Über alle Subgruppen hinweg teilen ältere LGBTIQ+-Personen einige Gesundheitsrisiken. Viele ältere LGBTIQ+-Personen haben chronische körperliche Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes, Arthritis) und funktionelle Beeinträchtigungen wie Mobilitätseinschränkungen (Lampe et al. 2023; Marshall/Cahill 2022). Den subjektiven Gesundheitszustand geben LGBTIQ+-Personen im Vergleich mit heterosexuellen Personen derselben Altersgruppen als schlechter an (Telazzi/Colombo 2024). Im Alter haben LGBTIQ+-Personen häufig ein höheres Risiko für soziale Isolation. Viele von ihnen leben allein, sind seltener verheiratet oder leben seltener mit (Enkel-)Kindern im Haushalt als cis-heterosexuelle ältere Menschen. Aufgrund von Diskriminierung kommt es bei LGBTIQ+-Personen öfter zum Bruch mit der Herkunftsfamilie, folglich ist in ihrem Fall die Chance auf (kern)familiäre Pflege und Unterstützung eingeschränkt (Flatt et al. 2022; Lampe et al. 2023; Telazzi/Colombo 2024). Gegenüber cis-heterosexuellen älteren Menschen weisen ältere LGBTIQ+-Personen ein höheres Risiko für Depressionen und Angststörungen auf und zeigen vermehrt Anzeichen von Einsamkeit durch soziale Isolation (Lampe et al. 2023). Auch Suizidgedanken und -versuche treten in dieser Gruppe häufiger auf als bei ersterer (Capistrant/Nakash 2019; Lampe et al. 2023). Gesundheitsbezogene Risikoverhalten treten bei älteren LGBTIQ+-Personen in bestimmten Bereichen häufiger auf. Beispielsweise liegt ihr Konsum von Alkohol und anderen Substanzen im Durchschnitt über jenem der Gesamtbevölkerung (Lampe et al. 2023). Dieses Risikoverhalten wird mit chronischem Stress und weniger ausgeprägten Unterstützungsstrukturen in Verbindung gebracht (Telazzi/Colombo 2024). Weitverbreitete Stigmatisierung sowie häufige Pathologisierung von LGBTIQ+-Personen in der Gesundheitsversorgung führen dazu, dass sie medizinische Leistungen inklusive Vorsorgeuntersuchungen wie Mammografie seltener oder später in Anspruch nehmen (Telazzi/Colombo 2024). Frühere Erfahrungen und auch die Angst vor diskriminierenden Erfahrungen halten viele LGBTIQ+-Personen davon ab, offen über ihre Identität zu sprechen oder überhaupt medizinische Fachkräfte aufzusuchen (Lampe et al. 2023; Nowakowski et al. 2019; Pereira et al. 2019; Telazzi/Colombo 2024).

### 3.1 Bedeutung des Coming-out in der Versorgung

Viele ältere LGBTIQ+-Menschen leben vor dem Hintergrund wechselnder rechtlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 1.3.3) seit Jahrzehnten in einem ständigen Aushandeln von Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit. Das Coming-out ist für alle ein lebenslanger Prozess und kann jedoch vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen besonders belastend sein, wenn biografische Brüche, lokale Kontexte und Versorgungswege immer wieder neue Entscheidungen über Identitätsoffenlegung erzwingen (Huntley et al. 2025; Smith et al. 2024). In der Literatur werden in diesem Zusammenhang situationsabhängige Offenheit über die eigene Identität gegenüber bestimmten Personen und Kommunikation nach dem Need-to-know-Prinzip beschrieben. Zudem zeigen viele ältere LGBTIQ+-Personen eine gewisse Distanz zu gängigen Identitätslabels, sei es aufgrund generationenspezifischer Erfahrungen oder historischer Stigmatisierungen oder weil sie diese Begriffe nicht als zur eigenen Selbstbeschreibung passend empfinden. Die Entscheidung, ob und in welchem Rahmen Identität offengelegt wird, hängt dabei stark vom sozialen Umfeld ab. Beispielsweise werden religiöse Kontexte oftmals als Umfeld erlebt, in denen stark heteronormative Erwartungen vorherrschen und Offenheit über die eigene Identität erschwert wird. In kleineren sozialen Milieus wie religiösen Gemeinden oder auch in institutionellen Versorgungssettings kann zudem bereits eine einzelne Offenlegung faktisch zur Gesamtoffenlegung werden, weil Informationen in engen Netzwerken rasch weitergegeben werden. Damit wird Sichtbarkeit, bzw. Nichtsichtbarkeit schwerer steuerbar (McCarthy/das Nai 2018).

Ob und wie Menschen ihre Identität gegenüber Gesundheitsdiensten offenlegen, prägt wiederum Zugang, Qualität der Interaktion und Inanspruchnahme. Studien zeigen, dass Nichtouting mit Nachteilen in der Versorgung einhergehen kann, während ein Outing nur dann entlastet, wenn Personal und Einrichtung sicher mit der Information umgehen. Viele ältere lesbische und schwule Menschen geben an, bei Gesundheits- und Pflegefachkräften keine ausreichenden offenen und sicheren Ansprechmöglichkeiten zu finden (Di Lorito et al. 2022; Huntley et al. 2025; Smith et al. 2024).

---

#### Ergänzungen aus den Interviews

Die befragten Expert:innen beschreiben ältere LGBTIQ+-Personen als eine sehr diverse, sozial und biografisch heterogene Gruppe. Gemeinsam sei ihnen eine weitgehende Unsichtbarkeit im gesellschaftlichen Diskurs und in institutionellen Strukturen, die wiederum zur Folge habe, dass ihre spezifischen Bedarfe kaum wahrgenommen würden. Viele ältere LGBTIQ+-Personen hätten in ihrem Leben Diskriminierung und strafrechtliche Verfolgung erfahren, wodurch Strategien des Verbergens und des Nichtoutings für sie zu einer tief verinnerlichten Überlebenspraxis geworden seien. Diese Prägungen zeigten sich bis ins hohe Alter und erschwerten den Zugang zu Hilfe- und Pflegeangeboten. Einrichtungen würden vielfach als unsichere Orte erlebt, und die Angst vor einem erzwungenen Coming-out bleibe stark. Die Interviews verdeutlichen, dass das Vertrauen in Institutionen gering ausgeprägt ist. Besonders ältere Personen über 75 Jahre würden bei Begegnungen zwischen Offenheit und Rückzug schwanken, was sich als ein „Flackern“ der Sichtbarkeit äußere. Dieses Verhalten sei Ausdruck lebensgeschichtlicher Brüche und verdeutliche, dass aktuelle Identitätsbegriffe von hochaltrigen Menschen teilweise als abwertend empfunden würden. Stattdessen würden eigene, biografisch gewachsene Umschreibungen bevorzugt (z. B. „Frauen liebende Frau“ anstelle von „lesbisch“). Häufig angesprochen werden Sorgen

wegen Einsamkeit und Isolation im Alter. Viele der Expert:innen betonten, dass queere Menschen im Alter häufig auf sich allein gestellt seien, da sie keine Kinder hätten und ihnen familiäre Unterstützung fehle. Wahlfamilien könnten diese Lücken nur begrenzt schließen, da sie meist im gleichen Alter seien. Altersdiskriminierung verstärke das Risiko der Vereinsamung zusätzlich.

---

## 3.2 Datenlage für Österreich

Die folgenden Ergebnisse basieren auf Daten der dritten EU-weiten LGBTIQ+-Erhebung der Europäischen Agentur für Grundrechte (FRA 2024). Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Erhebung in Form eines Onlinefragebogens durchgeführt wurde. Dies bringt technische Limitationen mit sich. Teilnehmende mit höherer digitaler Kompetenz und ohne starke funktionelle Einschränkungen könnten überrepräsentiert sein. Die FRA weist zudem auf mögliche Verzerrungen von Selbstangaben hin. Die Ergebnisse bilden daher nicht die Gesamtheit älterer LGBTIQ+-Personen ab, sondern eher Perspektiven von Personen mit geringeren Unterstützungsbedarfen und besseren digitalen Zugängen. Da dies die einzigen verfügbaren einschlägigen Daten für Österreich sind, werden gesundheitsbezogene Ergebnisse für 55-jährige und ältere LGBTIQ+-Personen<sup>4</sup> dargestellt:

- 77 Prozent bewerten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, 20 Prozent als mittelmäßig und 3 Prozent als schlecht; „sehr schlecht“ wurde von dieser Altersgruppe nicht angegeben.
- 43 Prozent berichten eine langfristige Erkrankung oder gesundheitliche Einschränkung.
- 2 Prozent gaben eine Krebsdiagnose in den letzten zwölf Monaten an.
- In Hinblick auf absolvierte Vorsorgeuntersuchungen berichten 91 Prozent - unter den Personen, denen bei der Geburt „weiblich“ zugewiesen wurde, sowie unter trans Frauen und inter\* Personen - von einer Mammografie in den letzten zehn Jahren und 90 Prozent von einem Zervixabstrich. Insgesamt 72 Prozent aller Befragten geben an, in den letzten zehn Jahren eine Koloskopie durchgeführt zu haben.

Trotz insgesamt positiver Einschätzungen berichten ältere LGBTIQ+-Personen diskriminierende Erfahrungen im Gesundheitssystem:

- 9 Prozent erlebten unangemessene Kommentare.
- 5 Prozent hatten das Gefühl, dass spezifische Bedürfnisse ignoriert wurden, oder wechselten Ärzt:innen wegen negativer Reaktionen.
- 4 Prozent vermieden eine Behandlung aus Angst vor Diskriminierung.
- 2 Prozent fühlten sich zu Tests gedrängt oder gezwungen.
- 1 Prozent berichtet Verweigerung von Behandlungen oder das Vorhandensein von Zugangsbarrieren.

---

<sup>4</sup> Die FRA veröffentlicht für Österreich ausschließlich aggregierte Altersgruppen ab 55 Jahren. Ein maximales Alter der befragten Personen wird nicht ausgewiesen. Für die Altersgruppe 55 plus liegen österreichweit 426 gültige Antworten vor (European Union Agency for Fundamental Rights 2025).

### 3.3 Demenz und kognitive Veränderungen

Demenz wird in diesem Bericht besonders hervorgehoben, weil kognitive Veränderungen die Möglichkeit zur Selbstbestimmung deutlich einschränken und damit zentrale Schutzmechanismen unterlaufen, auf die viele ältere LGBTIQ+-Personen ihr Leben lang angewiesen waren. Mit fortschreitender kognitiver Beeinträchtigung verschiebt sich die Kontrolle über Sichtbarkeit und Selbstoffenbarung. Coming-out wird in diesem Fall zu einem vulnerablen, mitunter unfreiwilligen Prozess, etwa wenn biografische Informationen, Partnerschaften oder körperbezogene Hinweise die Identität offenlegen. Dieses Spannungsfeld zwischen Sichtbarkeit und Schutzwürdigkeit berührt das Recht auf Autonomie und Würde im Alltag (Chidiac et al. 2025; Smith et al. 2024). Besonders deutlich werden die diesbezüglichen Auswirkungen bei trans- und intergeschlechtlichen Personen, deren geschlechtsbezogene Selbstsorge, Namen, Anrede, Kleidung, Hormonersatztherapie und körpernahe Routinen elementare Bestandteile von Identität und Würde sind. Trans Personen sowie nichtbinäre Erwachsene haben im Vergleich zu cisgender Männern und Frauen höhere Risikoscores für demenzielle Erkrankungen im höheren Lebensalter (Brady et al. 2024).

Viele der im Folgenden beschriebenen Problemlagen sind nicht ausschließlich auf Demenz beschränkt, sondern betreffen viele ältere LGBTIQ+-Personen auch unabhängig von kognitiven Erkrankungen. Demenz verstärkt diese Risiken jedoch in spezifischer Weise, da kognitive Veränderungen die Möglichkeit zur Selbstbestimmung, zur Kontrolle von Sichtbarkeit und zur aktiven Aushandlung von Identität deutlich einschränken. Demenzielle Erkrankungen werden in der Wissenschaft im Zusammenhang mit sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten erst seit kurzer Zeit systematisch beforscht, die Evidenz wächst jedoch erkennbar und verweist auf spezifische Risiken im Versorgungskontext (Bailey et al. 2022; Brady et al. 2024; Chidiac et al. 2025; Smith et al. 2024; Westwood 2016). In der Literatur werden drei miteinander verknüpfte Problemkomplexe im Zusammenhang mit Demenz bei LGBTIQ+-Personen beschrieben: erstens die Gefährdung von Identitätskontinuität, die als „re-closeting“, „de-closeting“ oder „de-transitioning“ gefasst wird und durch familiäre Präferenzen oder organisationale Routinen verstärkt werden kann, etwa wenn Besuchsrechte, Fotos oder biografische Hinweise reguliert oder „bereinigt“ werden (Bailey et al. 2022; Kneale et al. 2021). Zweitens verschärfen sich Stigma und soziale Isolation. An- und Zugehörige berichten von Unsicherheit im Hilfesystem und davon, dass Versorgungsangebote an der Lebensrealität älterer LGBTIQ+-Personen vorbeigehen (Di Lorito et al. 2022). Drittens zeigen sich strukturelle Versorgungsrisiken, weil viele ältere LGBTIQ+-Menschen allein leben, seltener rechtlich abgesicherte Sorgebeziehungen haben und dadurch ein erhöhtes Risiko ökonomischer und praktischer Versorgungslücken tragen, die in Demenzverläufen rasch kritisch werden können (Fredriksen-Goldsen et al. 2016). Übergänge zwischen Haushalt, Krankenhaus, Rehabilitation und Langzeitpflege führen bei trans Personen häufig zu Unterbrechungen der Hormonersatztherapie und geschlechtsaffirmativer Alltagsroutinen. Betroffene beschreiben diese Unterbrechungen als identitätsuntergrabend und vertrauensmindernd. Jeder Wechsel des Settings verlangt eine erneute Offenlegung identitätsbezogener Informationen. Wiederholtes oder unfreiwilliges Outing wird als zentrale Belastung geschildert (Baril/Silverman 2024; Silverman/Baril 2023; Smith et al. 2024).

---

#### Ergänzungen aus den Interviews

Die Expert:innen verweisen darauf, dass demenzielle Veränderungen bestehende Verletzlichkeiten nicht neu erzeugten, sondern verstärkten. Mit dem Verlust kognitiver Kontrolle gerieten

Schutzstrategien der Unsichtbarkeit unter Druck, während biografische Erfahrungen von Verfolgung, Gewalt und Ausgrenzung wieder stärker wirksam werden könnten. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass Biografiearbeit in der Pflege ohne Wissen um queere Geschichte und kollektive Traumata belastend oder retraumatisierend wirken könne. Zeitdruck und standardisierte Abläufe ließen für eine adäquate Biografiearbeit jedoch oft wenig Raum, was das Risiko unsensibler oder überfordernder Situationen erhöht.

---

## 3.4 Gruppenspezifische gesundheitliche Risiken

Der überwiegende Teil der Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei lesbischen und bisexuellen Frauen, schwulen und bisexuellen Männern, trans und inter\* Personen ist populationsübergreifend angelegt. Viele der beschriebenen gesundheitlichen Risiken und Versorgungsbarrieren wirken über die Lebensspanne hinweg und können sich im Alter kumulieren oder in neuer Form, beispielsweise durch Multimorbidität sowie altersbedingte soziale Veränderungen, manifestieren. Im Folgenden werden zentrale gruppenspezifische Ungleichheiten dargestellt, die für das Verständnis der gesundheitlichen Situation älterer LGBTIQ+-Personen relevant sind.

### 3.4.1 Lesbische und bisexuelle Frauen

Im Folgenden werden gesundheitliche Ungleichheiten angeführt, die für lesbische und bisexuelle Frauen in generationsübergreifenden Studien beschrieben wurden. Lesbische und bisexuelle Frauen nehmen seltener an gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen teil, folglich ist ihr Risiko für Krebs erhöht (Saunders et al. 2021; Zeeman et al. 2017). Bisexuelle Frauen weisen höhere Krebsraten auf als heterosexuelle bzw. lesbische Frauen. Bisexuelle Frauen berichten häufiger von Essstörungen, selbstverletzendem Verhalten und von Depression sowie Angststörungen als die lesbische Vergleichsgruppe (Zeeman et al. 2017).

Ältere lesbische Frauen haben ein höheres Risiko für Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand als ihre heterosexuelle Vergleichsgruppe. Ältere bisexuelle Frauen weisen eine schlechtere allgemeine Gesundheit als homosexuelle Personen auf (Telazzi/Colombo 2024). Dieser Subgruppe eignet zudem auch ein schlechterer Zustand der psychischen Gesundheit und höhere Raten bei psychischen Belastungen als lesbischen Frauen (Han et al. 2020). Darüber hinaus zeigt sich bei älteren lesbischen und bisexuellen Frauen ein höheres Risiko für exzessiven Alkoholkonsum, Rauchen und Komorbiditäten chronischer Erkrankungen sowie Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen als bei heterosexuellen Frauen (Fredriksen-Goldsen et al. 2013; Fredriksen-Goldsen et al. 2017a; Telazzi/Colombo 2024). Der exzessive Alkoholkonsum ist bei lesbischen höher als bei bisexuellen Frauen (Telazzi/Colombo 2024).

Die schlechteren Gesundheitsoutcomes bisexueller Frauen werden in der Literatur vor allem auf spezifischen Minderheitenstress zurückgeführt. Bisexuelle Frauen erleben ihre sexuelle Orientierung häufiger denn lesbische bzw. heterosexuelle Frauen als infrage gestellt oder unsichtbar gemacht, da Abwertung sowohl aus heterosexuellen als auch aus lesbischen Kontexten erfolgen kann. Hinzu kommt, dass sie als Frauen zusätzlich geschlechtsspezifische Benachteiligungen erfahren, etwa in Form geringerer ökonomischer Ressourcen und geringerer sozialer Unterstüt-

zung, was sich mit bifeindlichen Erfahrungen überschneidet. Dies wirkt sich ungünstig auf psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten aus. (Colledge et al. 2015; Fredriksen-Goldsen et al. 2017b; Smith/George 2021)

### 3.4.2 Schwule und bisexuelle Männer

Ältere schwule und bisexuelle Männer erleben dieselben altersbedingten gesundheitlichen Herausforderungen wie heterosexuelle Männer. Zusätzlich erleben sie jedoch spezifische Belastungen. So haben ältere schwule und bisexuelle Männer ein höheres Risiko für chronische Erkrankungen im Zusammenhang mit HIV (Fenkl 2012; Telazzi/Colombo 2024). Zudem weisen sie im Vergleich zu heterosexuellen Männern höhere Raten von Angina Pectoris und Krebserkrankungen sowie insgesamt eine schlechtere körperliche Gesundheit auf. Verglichen mit homosexuellen Frauen, sind auch ihr Risiko für Übergewicht und der Konsum von Alkohol bei schwulen und bisexuellen Männern höher (Telazzi/Colombo 2024).

Relevante Unterschiede zeigen sich im Verlauf von Erkrankungen, in der Lebensqualität nach einer Diagnose sowie im Zugang zur und in der Qualität der Versorgung, wobei sexualitäts- und identitätsbezogene Aspekte häufig unzureichend berücksichtigt werden (Bränström et al. 2016; Lu et al. 2025; Tran et al. 2023; Yazdanpanah et al. 2023). Besonders sichtbar wird dies in der Prostatakrebsversorgung. Studien mit schwulen und bisexuellen Männern zeigten Unterschiede in der sexuellen Rekonvaleszenz und den Rollenanforderungen (z. B. Schmerzen/Veränderungen bei rezeptiver Sexualität nach Radiatio, erhebliche Belastung durch Anejakulation). Diese Aspekte greifen in Identität, Dynamiken in Partner:innenschaft und psychische Gesundheit ein und werden in standardisierten Behandlungspfaden kaum mitgedacht (McInnis/Pukall 2020; Vartolomei et al. 2025). Beim Screening ergeben sich ebenfalls gruppenspezifische Muster. In einer großen Analyse zu Sexual-/Gender-Minorities berichteten schwule Männer häufiger davon, ein PSA-Screening und „shared decision making“ als heterosexuelle Männer gemacht zu haben. Dies könnte auf eine hohe Gesundheitskompetenz hinweisen oder aber auch auf anders gelagerte Sorgen, z. B. um ejakulatorische Funktionen (Ma et al. 2021; Vartolomei et al. 2025). Bisexuelle Männer weisen ein höheres Risiko für Diabetes auf als schwule Männer. Erklärungsansätze dafür verweisen auf die Wirkung chronischer Stressbelastung, geringere Inanspruchnahme präventiver Versorgung sowie soziale und verhaltensbezogene Faktoren, die im Kontext bi-negativer Diskriminierung entstehen und sich gegenseitig verstärken. Auch im Bereich sexueller Gesundheit zeigen sich Unterschiede, da bisexuelle Männer seltener auf HIV getestet werden als schwule Männer (Telazzi/Colombo 2024).

Insgesamt deuten die Befunde darauf hin, dass bisexuelle Männer in mehreren Gesundheitsindikatoren ungünstigere Verläufe aufweisen als schwule Männer, insbesondere in Kontexten, in denen binegativer Stress und geschlechtsspezifische Normen den Zugang zu Prävention und Versorgung beeinträchtigen. Die erhöhten Gesundheitsrisiken lassen sich dabei mit Mechanismen erklären, die dem bei bisexuellen Frauen beschriebenen Minderheitenstress ähneln, sich bei bisexuellen Männern jedoch spezifisch zuspitzen. Sie sind in besonderem Ausmaß von Binegativität betroffen, was ihre gesundheitliche Lage zusätzlich belastet. Dies wird unter anderem dadurch erklärt, dass bisexuelle Frauen in heterosexuellen Kontexten oft sexualisiert werden, wodurch die Abwertung eher als sexistisch denn als bifeindlich interpretiert werden könnte. Bisexuelle Männer hingegen werden von heterosexuellen Männern deutlich negativer bewertet

und häufig als „eigentlich schwul“ eingeordnet. Diese Haltung knüpft an traditionelle Erwartungen an Männlichkeit an und interpretiert Bisexualität bei Männern als Abweichung von einem normativen männlichen Rollenbild (Velasco et al. 2024). Die Überschneidung von binegativem Stress und männlichkeitsbezogenen Zugangshürden kann zu ungünstigeren Gesundheitsverläufen bei bisexuellen Männern beitragen (Feinstein/Dyar 2017; Velasco et al. 2024).

### 3.4.3 Trans Personen

Ältere trans Personen sind in Forschung, Versorgung und Pflege nach wie vor unterrepräsentiert. Vorliegende Studien zeigen, dass sich ihre Lebenslagen sowie gesundheitlichen Ungleichheiten und Risiken von jenen anderer – insbesondere cisgeschlechtlicher bzw. nicht intergeschlechtlicher – Bevölkerungsgruppen, unterscheiden (Appenroth/Lottmann 2019; Telazzi/Colombo 2024).

Übersichtsarbeiten verweisen auf eine kumulierte gesundheitliche Belastung über den Lebensverlauf hinweg, wobei unter anderem ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, erhöhte psychische Belastungen, ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für Behinderungen bzw. chronische Erkrankungen beschrieben werden (Bailey et al. 2022; Ceolin et al. 2024; Telazzi/Colombo 2024). Wie bereits erwähnt, sind diese Ungleichheiten eng mit Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen verknüpft und wirken als dauerhafte Stressoren (Bailey et al. 2022). Ältere trans Personen berichten überproportional häufig von diskriminierenden Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung. Genannt werden in diesem Zusammenhang u. a. Misgendering, unfreiwilliges Outing, unangemessene Fragen zu Transidentität, mangelndes Fachwissen über geschlechtsspezifische Behandlungen und ein Mangel an transsensiblen Personal (Bailey et al. 2022; Telazzi/Colombo 2024). Diese Risikomuster wirken sich auf das spätere Erkrankungsrisiko aus und tragen zu einem erhöhten gesundheitlichen Risiko im höheren Lebensalter bei, insbesondere in Hinblick auf demenzielle Erkrankungen (Brady et al. 2024).

Hinzu kommt die Abhängigkeit von Gatekeeping-Strukturen (z. B. Indikationsstellungen für Hormonersatztherapie oder andere geschlechtsangleichende Maßnahmen), die Versorgungsverläufe zusätzlich erschweren (Appenroth/Lottmann 2019; Lampe et al. 2023). Eine beispielhafte Herausforderung in der Versorgungspraxis sind nichtaktuelle bzw. falsche Personenstandsdaten<sup>5</sup> (Name und Geschlecht) in Dokumenten, die zu Grenzverletzungen und Zwangsoouting führen können (Appenroth/Lottmann 2019).

Zudem nutzen trans Personen selten präventive Angebote – trotz bestehenden Bedarfs an somatischen und psychischen Versorgungsangeboten (Appenroth/Lottmann 2019). Darüber hinaus zeigen trans Personen im höheren Alter eine geringere körperliche Aktivität und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten als cisgeschlechtliche Personen (Bailey et al. 2022). In Pflegekontexten sind Alltagspraktiken geschlechtsbezogener Selbstsorge (Kleidung, Erscheinungsbild, Sprache) zentral für Würde, jedoch werden sie häufig eingeschränkt. Das Risiko für Misgendering und negative Reaktionen ist in institutionellen Settings erhöht und erfordert Präventionsmaßnahmen sowie klare Beschwerdewege (Appenroth/Lottmann 2019).

Betreffend Langzeitfolgen der Hormonersatztherapie und anderer geschlechtsaffirmativer Maßnahmen im höheren Alter besteht eine Forschungslücke (Lampe et al. 2023; Telazzi/Colombo

---

<sup>5</sup> Nicht alle Menschen wollen oder können alle Schritte eines Transitionsprozesses durchlaufen.

2024). Eine Folge dieser Lücke ist Unsicherheit in der Behandlungspraxis, da evidenzbasierte Leitlinien für altersbezogene Verläufe, Langzeiteffekte sowie den Umgang mit Komorbiditäten fehlen und bestehende Behandlungspfade häufig uneinheitlich sind oder nicht auf ältere trans Personen zugeschnitten sind. Neben potenziellen Interaktionen mit Komorbiditäten wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass Alter häufig fälschlich als Risikofaktor interpretiert wird und dies als Vorwand dient, geschlechtsaffirmative Maßnahmen zu verweigern (Lampe et al. 2023). Zudem sind für die Pflege spezifische Kenntnisse zur Nachsorge operativer Eingriffe und zur sicheren, würdevollen Unterstützung bei Körperpflege, Medikation und Wundmanagement erforderlich (Appenroth/Lottmann 2019).

#### 3.4.4 Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale

Bei intergeschlechtlichen Personen bzw. Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale werden oftmals bereits im Säuglingsalter die Weichen für gesundheitliche sowie psychosoziale Entwicklungen gestellt. Medizinische Eingriffe kurz nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren, die ohne Einwilligung der betroffenen Personen erfolgen, können nicht nur unmittelbare körperliche und psychische Belastungen verursachen, sondern auch langfristige Folgen bis ins Erwachsenenalter und hohe Alter nach sich ziehen (Berry/Monro 2022).

Kinder mit Variationen der Geschlechtsmerkmale sind in Österreich bis heute nicht umfassend und explizit vor Verletzungen zum einen ihrer genitalen Selbstbestimmung und zum anderen der Unversehrtheit ihrer körperlichen Integrität geschützt<sup>6</sup>. Sie werden häufig nicht notwendigen medizinischen Genitaloperationen unterzogen. Die Organisation Intersex International Europe (OII Europe) bezeichnet diese Eingriffe an gesunden Körpern als „intersex genital mutilation“ (IGM), also als Genitalverstümmelung im Kontext von Intergeschlechtlichkeit (FRA/Schwartz 2015; OII Europe 2023). Diese menschenrechtswidrigen Eingriffe, die zum Ziel haben, das Aussehen der Genitalien des Kindes an ein binärgeschlechtliches Ideal anzupassen, sind gut dokumentiert (Carpenter 2016; Earp/Steinfeld 2018; Lampalzer et al. 2021). Geschlechtsnormierende Eingriffe bergen ein hohes Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen und Folgen bis ins hohe Alter (Berry/Monro 2022; Danon et al. 2023; Reis 2019).

Im LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022 berichteten 53 Prozent der befragten intergeschlechtlichen Personen von geschlechtsverändernden Eingriffen, die bei 38 Prozent von ihnen ohne eigene Zustimmung vorgenommen wurden. Rund die Hälfte berichtete gesundheitliche Folgen, darunter in Einzelfällen eine posttraumatische Belastungsstörung, Schmerzen, Blasenfunktionsstörungen und Orgasmusunfähigkeit. Genannt wurden zudem eine lebenslange Abhängigkeit von Hormonen (etwa nach Entfernung der Keimdrüsen) samt Problemen bei der diesebzüglichen Kostenübernahme sowie Nebenwirkungen der Hormonbehandlung wie irreversible Veränderungen des Aussehens, Aggressivität und Depression (Gaiswinkler et al. 2023). Die Beispiele aus dem LGBTIQ+-Gesundheitsbericht machen sichtbar, dass frühe geschlechtsverändernde Eingriffe oft

---

<sup>6</sup> Das UN-Kinderrechtskomitee hat in seinem periodischen Bericht von 2020 ein Verbot medizinisch nicht notwendiger chirurgischer Eingriffe bei intergeschlechtlichen Kindern empfohlen, wenn diese Eingriffe sicher bis zu dem Zeitpunkt aufgeschoben werden können, an dem Kinder ihre informierte Einwilligung geben können. Weiters wurde eine Empfehlung zur Erhebung von Daten gegeben, um das Ausmaß unnötiger medizinischer oder chirurgischer Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern zu erfassen. Dies sei notwendig, um gefährdete Kinder leichter identifizieren und Missbrauch verhindern zu können (siehe auch <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/060/64/PDF/G2006064.pdf?OpenElement> [Zugriff am 12.03.2026]). Vonseiten des österreichischen Nationalrats existiert ein Entschließungsantrag für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen: [https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/A/1594/imfname\\_971331.pdf](https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/A/1594/imfname_971331.pdf) [Zugriff am 12.03.2026].

den Ausgangspunkt für spätere gesundheitliche Probleme, hormonelle Abhängigkeiten und psychische Belastungen bilden. Diese Befunde decken sich mit der Forschungsliteratur, die zeigt, dass die Folgen im Lebensverlauf fortwirken und im höheren Alter besonders spürbar werden, etwa wenn Pflegebedarfe entstehen (Berry/Monro 2022; Pertl/Schönpflug 2022).

Erfahrungsberichte älterer intergeschlechtlicher Personen weisen darauf hin, dass frühere medizinische Eingriffe das Verhältnis zu Gesundheits- und Pflegesystemen nachhaltig prägen können. Neben körperlichen Langzeitfolgen werden insbesondere Misstrauen gegenüber institutionellen Strukturen, Angst vor erneuter Fremdbestimmung sowie Sorge vor mangelnder Fachkenntnis im Umgang mit Varianten der Geschlechtsmerkmale beschrieben (Pertl/Schönpflug 2022). Auf Grundlage der verfügbaren, wenn auch begrenzten Evidenz zeigt sich darüber hinaus, dass viele Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale von Multimorbidität betroffen sind, altersbezogene Einschränkungen bei ihnen früher einsetzen und die psychischen Langzeitfolgen normanpassender Eingriffe zusätzliche Risiken für Folgeerkrankungen schaffen. Belastend sind nicht nur die Eingriffe selbst, sondern auch Erfahrungen von Gewalt, Fremdbestimmung über den eigenen Körper und der Verlust körperlicher Unversehrtheit, wie sie zahlreiche Betroffene schildern (Berry/Monro 2022; Pertl/Schönpflug 2022; Reuter/Brunnett 2020). Im höheren Lebensalter verschärfen sich strukturelle Risiken. Ältere intergeschlechtliche Menschen berichten über Einsamkeit und soziale Isolation und erleben überdurchschnittlich häufig Diskriminierung im Kontakt mit Gesundheits- und Sozialdiensten. Eine fachlich gute Versorgung erfordert deshalb trauma- und körpersensible Pflege mit behutsamer Intimpflege bei möglicher Über- oder Unterempfindlichkeit, mit kompetentem Umgang mit Narbengewebe, verlässlicher Dokumentation früherer Eingriffe sowie der Mitberücksichtigung langfristiger Hormonersatztherapien (IMeV 2021; OII Europe 2025; Pertl/Schönpflug 2022).

### 3.5 Resilienzfaktoren

Einerseits Herausforderungen und Risikofaktoren für die Gesundheit sowie andererseits gesundheitliche Ungleichheiten aufzuzeigen ist ebenso wichtig, wie die Stärken, die Resilienz und die Handlungsmacht in den eigenen Communitys von LGBTIQ+-Personen zu adressieren (Huntley et al. 2025).

Resilienz im Alter entsteht bei LGBTIQ+-Personen nicht allein aus individuellen Ressourcen, sondern aus der Wechselwirkung zwischen persönlichen Bewältigungsstrategien, sozialen Netzwerken und strukturellen sowie historischen Kontexten. Viele LGBTIQ+-Personen haben über Jahrzehnte hinweg Navigationsstrategien entwickelt, die ihnen auch im höheren Lebensalter Handlungsfähigkeit ermöglichen wie etwa aktives Aufsuchen affirmativer Räume oder der Aufbau stabiler Wahlfamilien. In diesem Zusammenhang prägen Konzepte wie „minority joy“ und „minority peace“ zentrale Perspektiven auf queeres Alter(n). „Minority joy“ beschreibt dabei affirmative, sinnerfüllte und freudvolle Erfahrungen, die beispielsweise aus dem Communityzugehörigkeitsgefühl und der Anerkennung in der Community sowie auch aus dem Ausbruch aus normativer Lebensgestaltung entstehen. „Minority peace“ beschreibt das Gefühl der Sicherheit und der Stabilität, das sich aus bzw. in den Community-Räumen ergibt, in denen keine Erklärungen oder Rechtfertigungen über die eigene Identität notwendig sind (Wurm et al. 2024). Anhand dieser beiden Konzepte betonen Huntley et al. (2025), dass queeres Alter(n) nicht nur risikobehaftet ist, sondern auch von Lebensfreude und Zugehörigkeit geprägt sein kann. Beide Konzepte sind stark

an den Kontext der Zugehörigkeit und an die entsprechenden Communitys gebunden (Huntley et al. 2025; Wurm et al. 2024).

Soziale Netzwerke stellen im Alter eine zentrale Ressource dar. Dies gilt für alle Menschen. Für viele ältere LGBTQ+-Personen übernehmen Wahlverwandtschaften und Community-Gruppen Funktionen emotionaler Sicherheit und Kontinuität. Studien beschreiben diese Netzwerke häufig als „safer spaces“, die der Unsichtbarkeit entgegenwirken und in denen Personen ohne Angst vor Abwertung über ihre Identität sprechen können. Diese Räume sind Orte der Identitätsstärkung und emotionalen Stabilität (McParland/Camic 2016; Smith et al. 2024; Telazzi/Colombo 2024). Dies bleibt auch im Versorgungskontext relevant. Fasullo et al. (2022) zeigen, dass in Pflegeeinrichtungen insbesondere jene Bewohner:innen eine hohe Resilienz aufweisen, die weiterhin Zugang zu ihrer Community haben und deren Identität anerkannt wird. In Einrichtungen, in denen Mitarbeitende Diskriminierung klar adressieren, Identitätsaspekte offener abgefragt werden und Community-Räume ausdrücklich unterstützt werden, berichten Bewohner:innen von höherem Sicherheits- und Zugehörigkeitsempfinden und einer stärkeren Wahrnehmung eigener Handlungsmacht (Fasullo et al. 2022).

## 4 Pflege- und Betreuungssituation

Wie bereits beschrieben, bleiben informelle Netzwerke (Freund:innenschaften, Partner:innen und Wahlfamilien) zentrale Ressourcen für Unterstützung im Alter. Im Pflegekontext bleiben sie jedoch verletzlich, weil ihnen rechtliche Absicherung und institutionelle wie soziale Anerkennung oft fehlen und weil die Beteiligten aufgrund ihrer Gleichaltrigkeit zugleich eigene altersbedingte Belastungen tragen (Acosta/Lottmann 2025; Hawthorne et al. 2020; Smith et al. 2024). Zudem fühlen sich viele ältere LGBTIQ+-Personen im Kontakt mit Pflegediensten und -einrichtungen unsichtbar. Heteronormative Routinen, fehlende Erfassung von SOGIESC-Informationen, Vorurteile und Stigmata können ein Outing verhindern und den Zugang zu einer adäquaten und notwendigen Versorgung erschweren (Kneale et al. 2021; McMullen-Roach et al. 2025).

McMullen-Roach et al. (2025) beschreiben die dominanten Erfahrungsthemen als „heterosexualized care“, „niemand schützt uns“, „90 % von sich verstecken“. Dass offene Ablehnung, Ignoranz oder Delegitimierung von Lebensrealitäten in Kontakt mit Versorgungseinrichtungen vorkommen, ist gut belegt und intersektional ungleich verteilt (Berkman et al. 2024; Smith et al. 2024; Stein et al. 2020). Beispiele dafür sind etwa respektlose Behandlung, misgendernde Ansprache und Exklusion von Partner:innen/Wahlfamilien. Besonders stark betroffen sind People of Color und Personen in ruralen Gebieten (Berkman et al. 2024; Smith et al. 2024; Stein et al. 2023). Auch für ältere trans und inter\* Menschen sind die Risiken erhöht. Systematische Reviews zeigen Lücken in Diagnostik und Langzeitbetreuung, häufiges Misgendering sowie Unterbrechungen geschlechtsaffirmierender Routinen (z. B. Hormonersatztherapien) bei Settingwechseln (Berry/Monro 2022; Ceolin et al. 2024).

Identitätsaffirmative Strukturen schaffen verlässliche Rahmenbedingungen für Einrichtungen (Fredriksen-Goldsen 2016). Sie reduzieren die Sorge, sich wieder verbergen zu müssen, stärken Vertrauen in Institutionen und fördern die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Wo communitybasierte Unterstützung, institutionelle Standards und geschulte Teams zusammenwirken, erleben ältere LGBTIQ+-Personen Pflege und Betreuung als respektvoller und sicherer (Carnahan/Pickett 2024; Fredriksen-Goldsen 2016; McMullen-Roach et al. 2025).

---

### Ergänzungen aus den Expert:inneninterviews

In den Expert:inneninterviews wurde eine Vielzahl struktureller Barrieren in der Pflege adressiert: In Österreich fehlten bislang flächendeckende Schulungen zu LGBTIQ+-Themen, und queersensible Pflege sei kaum etabliert. Besonders in der mobilen Pflege führe die häufig wechselnde Pflegeperson zu Vertrauensbrüchen, ein Problem, das gerade für Menschen mit wenig institutionellem Vertrauen schwerwiegend sei. Intime Pflegehandlungen erforderten ein Kennenlernen und ein Gefühl der Sicherheit, das unter den aktuellen Bedingungen nur schwer herzustellen sei. Ältere Bewohner:innen zensierten ihre Wohnräume häufig, um queere Identität unsichtbar zu machen, und zögerten beim Coming-out im Pflegekontext aus Sorge vor schlechterer Behandlung oder Ausgrenzung. Als entscheidend gilt laut den Expert:innen ein Umfeld, das Offenheit ermöglicht, aber nicht erzwingt. Eine Person hob hervor, dass körpernahe Pflegehandlungen, etwa das Legen eines Katheters, retraumatisierend wirken können, wenn Sensibilität und Wissen über nichtnormative Körper fehlen. Auch psychosoziale Angebote seien nicht ausreichend und seien vielfach nicht diskriminierungsfrei gestaltet. Besonders trans- und intergeschlechtliche Per-

sonen würden auf große Barrieren stoßen. Fachkräftemangel und Zeitdruck in Pflegeeinrichtungen schränken Sensibilisierung zusätzlich ein. Viele Mitarbeitende handelten zwar wohlwollend, wussten aber nicht, wie sie im konkreten Fall reagieren sollen. Wissenslücken bestünden zu medizinischen Bedarfen wie HIV, hormonellen Behandlungen oder geschlechtsangleichenden Maßnahmen sowie zum Umgang mit nichtnormativen Körpern. Einige Expert:innen verweisen auf die anhaltende Orientierung der Pflege an heteronormativen Familienmodellen. In Einrichtungen würden individuelle Lebensrealitäten durch standardisierte Abläufe häufig nicht berücksichtigt. In ambulanten Diensten verhinderten häufige Personalwechsel stabile Beziehungen. Einzelne Einrichtungen zeigen, dass strukturelle Öffnung möglich ist. Die Häuser zum Leben verfügen laut Interview über ein systematisch etabliertes Diversity-Management mit klar definierten Zuständigkeiten, regelmäßigen Schulungen, einer internen Ansprechperson für Coming-out-Begleitung und sichtbaren Zeichen nach außen. Symbolische Sichtbarkeit wie Pride-Flaggen an den Gebäuden oder Veranstaltungen im Juni werde als wichtiger Impuls gesehen, um Gespräche im Grätzl anzustoßen und Bewohner:innen, Bewerber:innen sowie Mitarbeitende positiv anzusprechen.

Die Interviews verdeutlichen, dass Sensibilisierung als kontinuierlicher Organisationsprozess verstanden werden muss. Einzelne Schulungen gelten als wichtig, aber nicht ausreichend, solange strukturelle Verankerung und Leitungseinbindung fehlen. In den Häusern zum Leben ist Diversität auf mehreren Ebenen institutionalisiert: durch interne Kodizes zum Diskriminierungsschutz, Pride-Programme, Fortbildungen im hausinternen Bildungszentrum und Formate wie „Ask & Go“. LGBTIQ+-Themen sind in Willkommensmappen, Führungskräfte trainings und interner Kommunikation sichtbar verankert. Mitarbeitende werden ermutigt, offen über ihre Lebensweisen zu sprechen, auch gegenüber Bewohner:innen, um Vorbildwirkung zu entfalten. Aus Sicht anderer befragter Expert:innen ist diese Form der institutionellen Verankerung selten. Viele Einrichtungen in Österreich stünden hier erst am Anfang. Diversity-Management hänge stark von individuellen Personen und ihrem Engagement ab. Für die Pflegeausbildung fordern die Fachpersonen verbindliche Module zu LGBTIQ+-Themen, zur geschlechtersensiblen Kommunikation und zu körper- und traumasensibler Pflege. Ebenso brauche es Wissen über queere Geschichte, insbesondere über die Auswirkungen von Kriminalisierung und Pathologisierung von LGBTIQ+ auf heutige Generationen.

---

## 4.1 Palliative Versorgung

Die palliative Versorgung stellt für ältere LGBTIQ+-Personen eine besonders sensible Versorgungsphase dar. Im Unterschied zu anderen Pflegesettings geht es hier nicht nur um Pflege und Betreuung, sondern auch um die Begleitung im Zusammenhang mit existenziellen Fragen wie Sterben, Autonomie- und Kontrollverlust, Abschied, Spiritualität und Erinnerung. Für viele LGBTIQ+-Personen sind auch diese Themen tief mit Ausschluss und Diskriminierungserfahrungen verbunden (Javier 2021; Valenti et al. 2020). Der Verlust körperlicher Selbstbestimmung oder Abhängigkeitsverhältnisse können retraumatisierend wirken, insbesondere wenn Fachpersonen mit Körperlichkeit oder Identität der pflegebedürftigen Personen unsicher oder ablehnend umgehen.

Ein zentrales Merkmal palliativer Settings ist die körperliche, emotionale und soziale Nähe. Diese Nähe erfordert nicht nur medizinische Expertise, sondern eine bewusst gestaltete Haltung ge-

genüber Diversität. In der Praxis fehlt es jedoch häufig an Konzepten, wie queere Lebensrealitäten affirmativ begleitet werden können. In der Literatur werden Beispiele beschrieben, in denen nichtnormative Körper kommentiert oder in pflegerischen Praktiken „cisnormativ korrigiert“ werden (Javier 2021). Darunter fallen Praktiken wie die Verwendung falscher Pronomen, die Orientierung pflegerischer Maßnahmen an bei Geburt zugewiesenen Geschlecht / an ebendiesen körperlichen Geschlechtsmerkmalen, die Kommentierung oder Unsichtbarmachung geschlechtlicher Merkmale sowie die implizite Rückführung von Personen und deren Körpern in ein binäres, cisnormatives Raster, beispielsweise in der Dokumentation, Intimpflege oder Kleidung (Berkman et al. 2024; Javier 2021; Lintott et al. 2022; Rosa et al. 2022).

Die palliative Versorgung stellt hohe Anforderungen an die soziale Einbindung. Während heterosexuelle cis Personen meist auf rechtlich anerkannte Familienstrukturen zurückgreifen können, beruhen queere Sorgebeziehungen häufig auf informellen Netzwerken. Diese werden jedoch im medizinischen und pflegerischen Alltag häufig nicht als gleichwertige Sorgebeziehungen anerkannt. Zwar betrifft die fehlende rechtliche Absicherung auch heterosexuelle unverheiratete Paare und Singles, doch queere Personen sind aufgrund häufiger informeller Sorgebeziehungen überproportional davon betroffen, etwa wenn Partner:innen ohne Trauschein nicht als entscheidungsbefugt gelten oder Mitglieder der Wahlfamilie als „nicht verwandt“ zurückgewiesen werden (Candrian/Cloyes 2021; Stein et al. 2020). Solche Grenzverletzungen können dazu führen, dass Menschen sich ganz aus dem Versorgungssystem zurückziehen. Folglich sind soziale Teilhabe und ein würdevolles Lebensende erschwert, wenn nicht sogar unmöglich. Darüber hinaus können konkrete Versorgungslücken entstehen, wenn Behandlungsentscheidungen übergangen oder Besuche und Abschiednehmen eingeschränkt oder gar verhindert werden (Candrian/Cloyes 2021; Stein et al. 2020).

Laut Lintott et al. (2022) fühlen sich Fachkräfte häufig unsicher im Umgang mit queeren Themen und greifen auf stereotype Annahmen oder gänzliche Neutralität zurück, was jedoch einer personenzentrierten Begleitung in der Sterbephase nicht gerecht wird. Gerade im letzten Lebensabschnitt äußern viele LGBTQ+-Personen den Wunsch, zentrale Aspekte ihrer Identität auszusprechen, vergangenes Schweigen zu brechen oder versöhnlich auf ihr Leben zurückzublicken. Dabei handelt es sich um Momente, die infolge dessen Unsicherheit oder mittels dessen Schweigens vom Gegenüber übergangen werden (können) (Rosa et al. 2022).

Die hier deutlich werdenden Bedarfe sind nicht rein kulturell oder kommunikativ, sondern betreffen auch ganz praktische Dimensionen der Versorgung wie Körperpflege, Kleidung, medikamentöse Begleitung, Formulierung von Patient:innenverfügungen, Zugang zu geschützten Rückzugsräumen oder die Wahl von Begleitpersonen am Lebensende. Die Anerkennung und die Erfüllung dieser Bedürfnisse setzen eine gezielte LGBTQ+-sensible Organisationsentwicklung voraus (Lintott et al. 2022; Rosa et al. 2022)

Damit palliative Versorgung für LGBTQ+-Personen tatsächlich trägt, bedarf es neben einer wertschätzenden Grundhaltung verbindlicher Strukturen: eines frühzeitigen Advance Care Planning mit expliziter Festlegung identitätsaffirmativer Aspekte wie Namen, Pronomen, Bevollmächtigte und Besuchsrechte, des Zugangs zu geschützten Räumen für intime Pflege sowie geschulter Teams mit klaren Beschwerdewegen. Solche Vorkehrungen verhindern zum einen den Umstand, dass Wünsche am Lebensende übergangen werden, und zum anderen jene Probleme, die häufig entstehen, wenn Menschen zwischen verschiedenen Einrichtungen oder Berufsgruppen wechseln und dabei wichtige identitätsbezogene Informationen verloren gehen. Aktuelle einschlägige

Übersichten und Praxisempfehlungen betonen, dass ohne diese organisatorischen Bausteine auch gute Kommunikation ins Leere läuft (Candrian/Cloyes 2021; De Jong et al. 2024).

## 4.2 Sterben und Trauer

Sterben und Trauer werden häufig im Rahmen gesundheitlicher Versorgungsketten verhandelt, etwa im Kontext palliativer Angebote. Doch sie sind mehr als medizinisch oder pflegerisch zu begleitende Phasen am Lebensende. Sie sind tief in soziale, kulturelle und institutionelle Kontexte eingebettet und spiegeln sich auf unterschiedlichen Ebenen des gesellschaftlichen Zusammenlebens wider (Candrian/Cloyes 2021; Wegleitner et al. 2021). Als universelle menschliche Erfahrungen betreffen sie alle Menschen im Laufe ihres Lebens, die Bedingungen, unter denen gestorben und getrauert werden kann, sind jedoch nicht für alle gleich.

Im Unterschied zur palliativen Versorgung, die primär medizinische Linderung, Begleitung und Entscheidungsfindung fokussiert (Javier 2021; Rosa et al. 2022), richtet dieses Kapitel den Blick auf die symbolischen, sozialen und politisch wirksamen Bedeutungen von Sterben und Trauer. Das Kapitel adressiert die Frage, wer in diesen Prozessen sichtbar ist, wessen Beziehungen anerkannt werden und wie gesellschaftliche Normen über Geschlecht, Familie und Zugehörigkeit auch im Tod wirken (Candrian/Cloyes 2021).

Wie bereits in Kapitel 4.1 skizziert, sind gerade für LGBTIQ+-Personen Sterben und Trauer mit spezifischen Herausforderungen verbunden, denn lebenslange Erfahrungen mit Diskriminierung und rechtlicher Unsicherheit setzen sich oft im letzten Lebensabschnitt und darüber hinaus fort, z. B. wenn transgeschlechtliche, inter\* oder nichtbinäre Personen im Bestattungsprozess mit ihrem Deadname benannt oder anderweitig in ihrer Identität missachtet werden (Lintott et al. 2022; Stein et al. 2020). Auch queere Angehörige bzw. Partner:innen erleben Abwertung oder Ausschluss, wenn ihre Trauerbeziehungen nicht als gesellschaftlich gültig gelten (Kneale et al. 2021). In Candrian/Cloyes (2021) wird dieses Phänomen als „disenfranchised grief“ benannt. Es beschreibt Trauer, die gesellschaftlich nicht anerkannt, nicht legitimiert oder nicht öffentlich werden darf, weil die Beziehung zur verstorbenen Person außerhalb normativer Vorstellungen von Familie liegt, institutionell nicht sichtbar gemacht wird oder aktiv negiert wird (Candrian/Cloyes 2021). Zugleich zeigen Erfahrungen aus queeren Communitys, beispielsweise im Kontext der AIDS-Epidemie, dass marginalisierte Gruppen eigene Formen des Abschieds, der Erinnerung und des kollektiven Trauerns entwickeln können (Crimp 1989). Dies geschieht in Form von Gegenentwürfen zu einer Gesellschaft, die sie lange unsichtbar gemacht hat. Solche Rituale sind nicht nur Ausdruck von Trauer, sondern auch Akte der Selbstbehauptung, Gemeinschaftsbildung und öffentlichen Sichtbarkeit (Radomska et al. 2020).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Sterben und Trauer durch Anerkennung, Zugehörigkeit sowie gesellschaftliche Normen geprägt werden und damit nicht nur individuelle oder klinische Versorgungswege betreffen, sondern die Gestaltung gemeinsamer Lebensbedingungen. Wegleitner et al. (2021) verorten Sterben und Trauer in einer Public-Health-Perspektive, die als kommunale Sorgeskultur verstanden wird. Diese Perspektive eröffnet Räume für soziale Teilhabe, für Gespräche über gutes Leben bzw. ein gutes Sterben und stärkt Sorgebeziehungen zwischen formellen Organisationen, (Wahl-)Familien und lokalen Netzwerken. Für ältere LGBTIQ+-Personen rücken damit die sichtbare Anerkennung von Beziehungen, die Einbindung von Wahlfamilien und der Abbau diskriminierender Praktiken in den Mittelpunkt.

---

## Ergänzungen aus den Expert:inneninterviews

In den Berichten aus der Praxis wird betont, dass viele ältere LGBTIQ+-Personen medizinische und palliative Angebote aus Angst vor Diskriminierung und aufgrund früherer Erfahrungen mit Gewalt und Zurückweisung vermieden. Diese Zurückhaltung führe zu verspäteter Diagnostik und unzureichender Versorgung. In Bezug auf Tod und Bestattung wiesen mehrere Expert:innen auf rechtliche Unsicherheiten hin. Die bestehenden Bestattungsgesetze seien cis-heteronormativ geprägt und führten dazu, dass queere Verstorbene nach dem Tod häufig „zurückgeholt“ würden, etwa wenn gewählte Namen, partnerschaftliche Beziehungen oder die Wahlfamilie zugunsten der Vorstellungen der Herkunftsfamilie übergangen würden.

Wahlfamilien könnten zwar durch Bestattungsverfügungen eingebunden werden, dies erfordere jedoch Wissen, Organisation und oft die Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie. Auch ökonomische Aspekte spielten eine Rolle. Fehle die rechtliche und finanzielle Absicherung, komme es häufig zu Sozialbestattungen, obwohl sich Zugehörige kümmern würden, diese jedoch nicht als solche identifiziert würden, weil Wahlfamilien und informelle Sorgebeziehungen im Verfahren oft nicht erfasst oder anerkannt würden.

In den Gesprächen wurde betont, dass die Grabwahl für viele queere Personen eine Frage des Stigmas sei, z. B. bei Familiengräbern. Mehrere Expert:innen machen auf fehlende rechtliche Absicherung aufmerksam. Ohne Ehe oder eingetragene Partnerschaft bestehe kein gesichertes Auskunftsrecht in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Die Betroffenen seien vom Wohlwollen der Institutionen oder von Einzelpersonen abhängig. Es fehle ein einklagbares Recht auf Information oder Mitbestimmung durch Wahlfamilien. Als pragmatische Lösung würden manche Paare im Alter heiraten, um gegenseitige Absicherung zu gewährleisten, auch wenn dies nicht ihrem Lebensziel entspreche. Zudem zeige sich, dass rechtliche Regelungen wie Testament oder Patient:innenverfügung für viele Menschen komplex und schwer zugänglich seien. Mehrere Fachpersonen verwiesen auf die Notwendigkeit eines Totenfürsorgerechts nach deutschem Vorbild, das Bestattungsverfügungen rechtlich absichern würde. Auch die rechtliche Stärkung von Wahlfamilien im Rahmen der Pflege und Betreuung, Auskunfts- und Entscheidungsrechten wird wiederholt genannt.

---

## 5 Ergebnisse der Erhebungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der beiden Befragungen dargestellt. Wie bereits im Methodenteil beschrieben (siehe Kapitel 2.2), bildet die Befragung unter Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen personenbezogene Einschätzungen aus der Praxis ab. Die Befragung unter LGBTIQ+-Organisationen spiegelt eine organisationsbezogene Perspektive wider.

### 5.1 Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Der erste Teil der Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die Befragung von Mitarbeitenden in unterschiedlichen Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Die Auswertung zeigt ein Stimmungsbild zu Wahrnehmungen und Erfahrungen aus diesem Arbeitsfeld.

#### 5.1.1 Allgemeine Informationen zu den Befragten und Einrichtungen

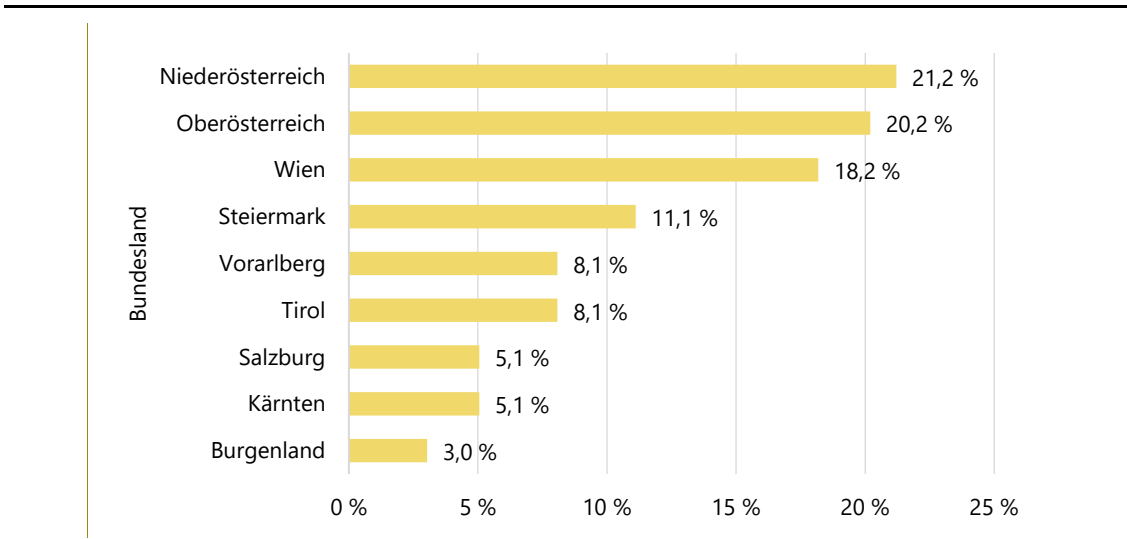
In die Auswertung flossen die Angaben von insgesamt  $n = 99$  Personen ein, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt hatten. Die Befragten stammen aus unterschiedlichen pflegerischen Settings und Bundesländern. Neben Merkmalen der jeweiligen Einrichtungen wurden auch soziodemografische Informationen zur befragten Person erhoben, darunter Alter, Geschlecht und sexuelle Orientierung. Die folgende Übersicht ermöglicht eine Einordnung der Stichprobe.

#### Merkmale der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden waren zwischen 26 und 64 Jahre alt (Median 52 Jahre). Von den Befragten waren 77 Prozent weiblich, 20 Prozent männlich, 1 Prozent war nichtbinär und 2 Prozent machten diesbezüglich keine Angabe. Die Mehrheit der Befragten (72,7 %) bezeichnete sich in der Selbstauskunft als heterosexuell. Weitere 6,1 Prozent ordneten sich als bi- oder pansexuell ein, 3 Prozent beschrieben sich als schwul und 2 Prozent wählten die Kategorie „andere“. Insgesamt machten 16,2 Prozent keine Angabe zur sexuellen Orientierung.

Die Befragten stammten aus allen Bundesländern Österreichs, mit einer Konzentration auf den östlichen Teil des Landes. Die Verteilung der Befragten auf die Bundesländer wird in Abbildung 1 dargestellt. Die größten Anteile entfallen auf Niederösterreich (21,2 %) und Oberösterreich (20,2 %), gefolgt von Wien mit 18,2 Prozent. Aus der Steiermark stammen 11,1 Prozent der Befragten, aus Tirol und Vorarlberg jeweils 8,1 Prozent. Salzburg und Kärnten sind mit jeweils 5,1 Prozent vertreten, das Burgenland mit 3,0 Prozent.

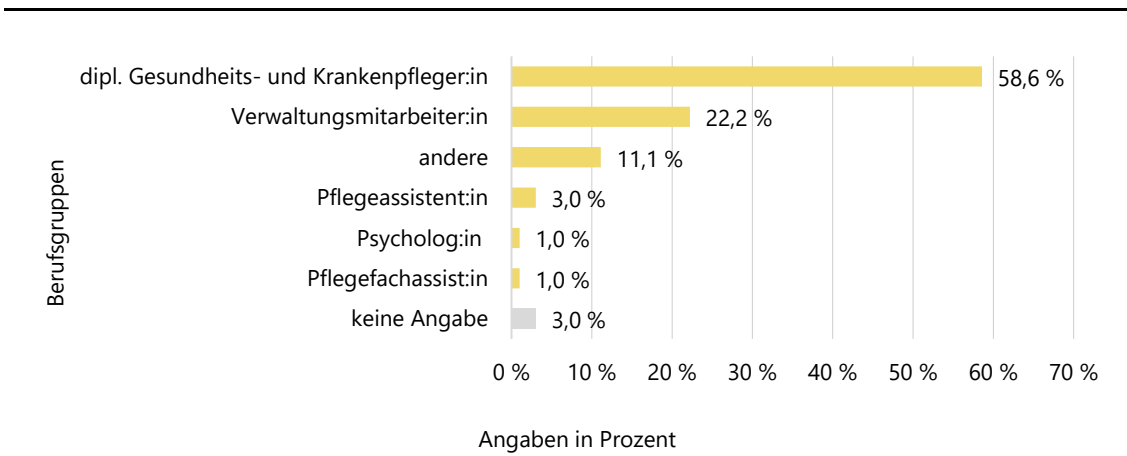
Abbildung 1: Verteilung der Befragten nach Bundesländern in Prozent



Quelle: GÖG

In Abbildung 2 werden die Berufsgruppen der Teilnehmenden dargestellt. Die Mehrheit der Befragten (58,6 %) sind als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson tätig. Weitere 22,2 Prozent arbeiten im Verwaltungsbereich, 3 Prozent in der Pflegeassistenz und je 1 Prozent in der Pflegefachassistenz bzw. als Psycholog:in. 11,1 Prozent ordneten sich der Kategorie „andere“ zu. In den Freitextangaben wurden dabei unter anderem Leitungsfunktionen wie Direktion, Hausleitung, Pflegedienstleitung (PDL) oder Organisationsentwicklung (OE) genannt, ebenso wie sozialarbeiterische, hospizbezogene oder therapeutische Tätigkeiten. 3 Prozent machten keine Angabe zu ihrer beruflichen Funktion.

Abbildung 2: Berufsgruppen der Befragten in Prozent



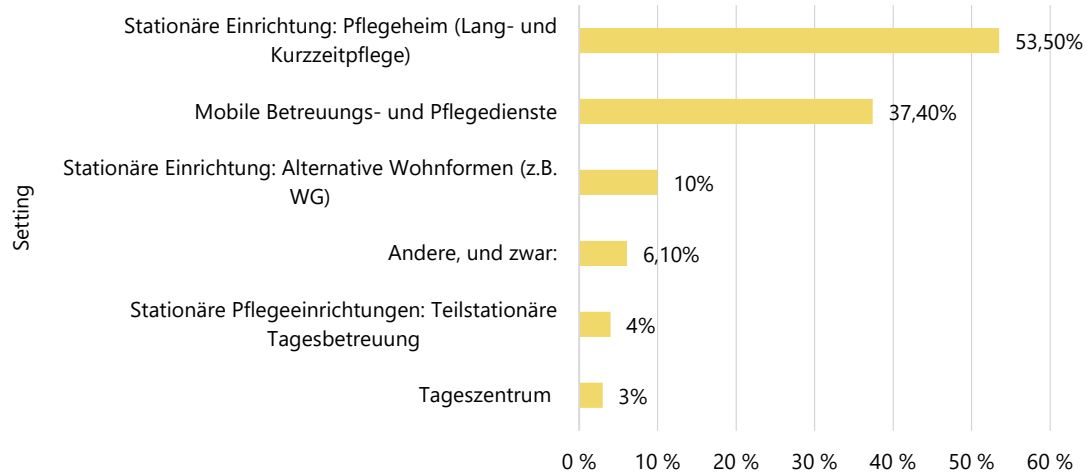
Quelle: GÖG

Fast drei Viertel der Befragten (73,7 %) verfügen über langjährige Berufserfahrung (mehr als 10 Jahre) im jeweiligen Tätigkeitsbereich. 11,1 % sind seit sechs bis zehn Jahren tätig und 15,2 % zwischen zwei und fünf Jahren. Berufseinsteiger:innen mit weniger als zwei Jahren Berufspraxis waren nicht vertreten.

## Settingbezogene Angaben

Wie Abbildung 3 zeigt, gab die Mehrheit (53,5 %) der Befragten an, in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig zu sein. In etwa ein Drittel der Befragten waren bei mobilen Betreuungs- und Pflegediensten beschäftigt (37,4 %). Alternative Wohnformen, etwa in Gestalt von Wohngemeinschaften, nannten 10 Prozent der Befragten, teilstationäre Tagesbetreuung gaben 4 Prozent und Tageszentren 3 Prozent von ihnen an.

Abbildung 3: Verteilung der Settings in Prozent (Mehrfachantworten)



Quelle: GÖG

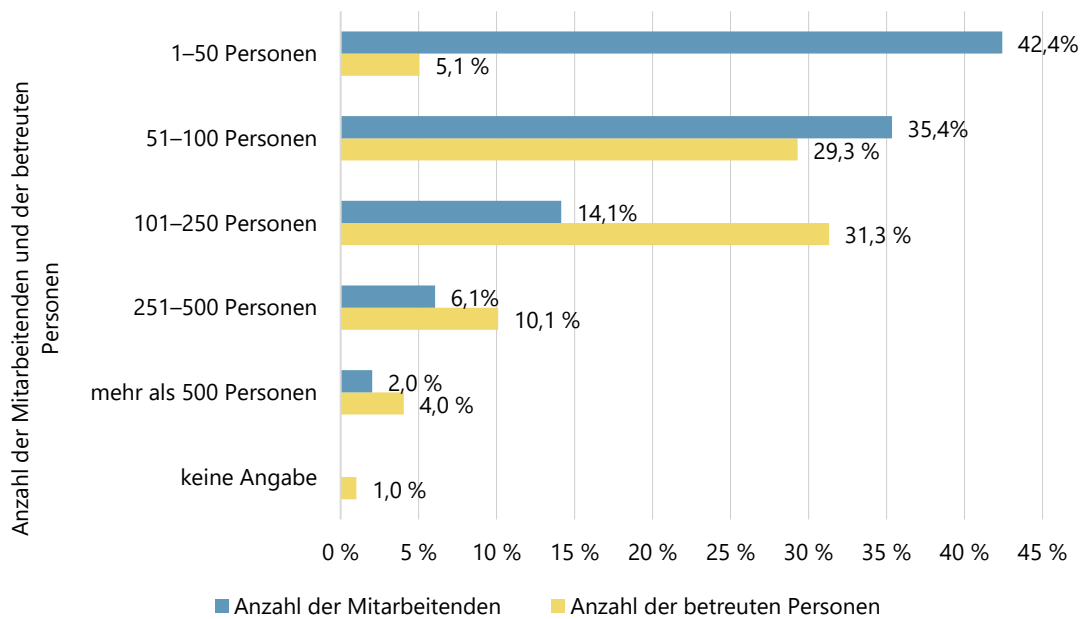
6,1 Prozent wählten die Option „andere“ und machten im Freitextfeld ergänzende Angaben zum Tätigkeitsbereich ihrer Einrichtung:

- Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung
- Pflegeentwicklung
- Rehabilitation
- betreubares Wohnen
- beratende Tätigkeiten

Da Mehrfachnennungen möglich waren, kann eine Einrichtung mehreren Kategorien zugeordnet sein, etwa wenn ein Träger sowohl mobile Dienste als auch stationäre Pflegeangebote umfasst.

Abbildung 4 zeigt den prozentuellen Anteil der Befragten in Bezug auf die Größe ihres unmittelbaren Arbeitsumfelds, differenziert nach Anzahl der Mitarbeitenden (blau) und Anzahl der betreuten Personen (orange). Die häufigste Antwortkategorie für die Zahl der Mitarbeitenden ist „1–50 Personen“ (42,4 %), gefolgt von „51–100 Personen“ (35,4 %). Bei den betreuten Personen liegt die größte Gruppe in der Kategorie „101–250 Personen“ (31,3 %), dicht gefolgt von „51–100 Personen“ (29,3 %).

Abbildung 4: Größe des unmittelbaren Arbeitsumfelds: Mitarbeitende vs. betreute Personen (in Prozent)



Quelle: GÖG

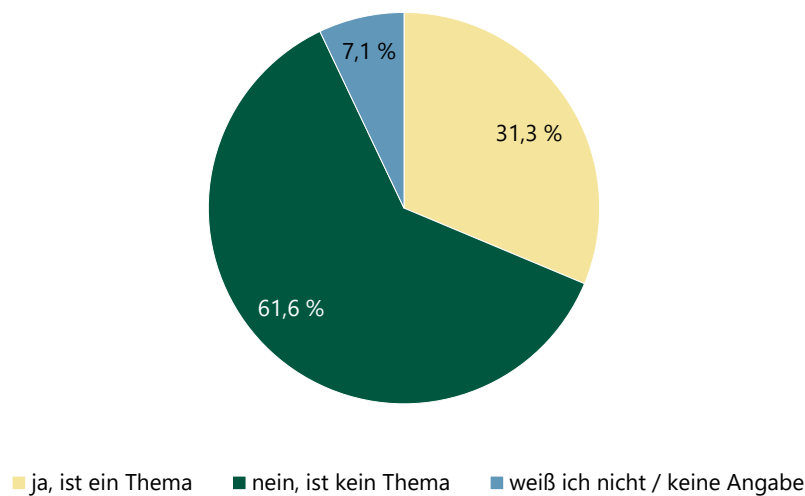
Die Differenz zwischen Teamgrößen und den dabei höheren Zahlen betreuter Personen verweist auf eine unterschiedliche Betreuungsdichte, die je nach Versorgungsform stark variieren kann. Die Werte für größere Einrichtungsgrößen (über 250 Personen) liegen jeweils im einstelligen Bereich.

### 5.1.2 Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in den Einrichtungen

Im Rahmen der Erhebung wurde gefragt, ob in den Einrichtungen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt thematisiert wird. Diese Fragestellung wurde bewusst allgemein gehalten, weil damit das Ziel verfolgt wurde, zunächst in Erfahrung zu bringen, ob sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in den Einrichtungen überhaupt als Thema wahrgenommen oder adressiert wird. Mit dieser Herangehensweise sollte ein erster Überblick gewonnen werden.

Abbildung 5 zeigt das Antwortverhalten in Bezug auf diese Frage. Etwa ein Drittel der Befragten (31,3 %) gab an, dass sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in ihrer Einrichtung thematisiert wird. Fast zwei Drittel (61,6 %) verneinten dies. Einige der Befragten gaben an, dass sie hierzu keine Angabe machen können oder nicht wissen, ob das Thema in der eigenen Einrichtung aufgegriffen wird (7,1 %).

Abbildung 5: Verteilung der Antworten auf die Frage „Ist in Ihrer Einrichtung sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ein Thema?“ in Prozent



Quelle: GÖG

Damit zeigt sich, dass das Thema aus Sicht der Befragten überwiegend nicht in den Einrichtungen aufgegriffen wird, auch wenn es in einem kleineren Teil davon durchaus thematisiert wird.

Im Anschluss an die geschlossene Frage hatten die Befragten, die „ja, ist ein Thema“ angegeben hatten, die Möglichkeit, in einem offenen Freitextfeld zu beschreiben, in welchem Zusammenhang das Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in ihrer Einrichtung diskutiert wird. Häufig genannt wurden Team-, Fall- und Dienstbesprechungen, Einzelgespräche sowie Übergaben als Gelegenheiten, an denen das Thema fallbezogen oder regelmäßig thematisiert werde. Darüber hinaus wurden Schulungen, Fortbildungen, Leitlinien, Leitbilder und Konzepte genannt – teils mit Verweis auf Sexualität im Alter oder Diversität allgemein.

Einzelne Einrichtungen verwiesen auf eine strukturelle Verankerung durch Verhaltens- oder Ethikkodizes, interne Informationsmaterialien, Intranetbeiträge, Mitarbeiter:innenzeitungen, Veranstaltungen, Ansprechpersonen oder organisationsinterne Gremien. Auch biografieorientierte Zugänge wie Anamneseerhebung, Pflegeplanung oder der Umgang mit Aufnahmeformularen wurden genannt, zum Beispiel im Zusammenhang der Auswahlmöglichkeiten im Formularwesen.

Mehrere Rückmeldungen machten deutlich, dass LGBTIQ+-Mitarbeitende in den Einrichtungen tätig sind. In manchen Fällen wurde ihre Sichtbarkeit als Teil institutioneller Vielfalt wahrgenommen.

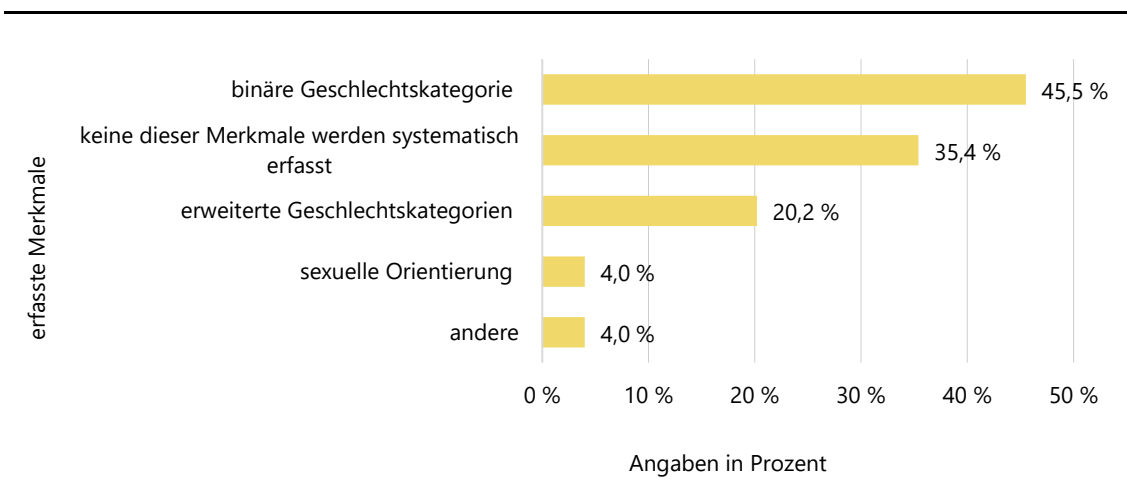
In einigen Rückmeldungen wurde beschrieben, dass das Thema nicht explizit aufgegriffen werde, sondern ihm im Alltag eher individuell nachgegangen werde oder es neutral behandelt werde. Andere verwiesen auf kritische Leerstellen, zum Beispiel darauf, dass nichtheterosexuelle Bewohner:innen in der Begleitung kaum sichtbar würden oder dass sexuelle und geschlechtliche Vielfalt intern kaum angesprochen werde. Vereinzelt wurden auch konkrete Alltagssituationen benannt, etwa bei Fragen zur Kleidung oder in Betreff des Umgangs mit eigenen Unsicherheiten im Team. Einzelne Befragte verwiesen im gegenständlichen Zusammenhang auf Initiativen im Rahmen von

Projektarbeit, die Begleitung Auszubildender oder punktuelle interne Auseinandersetzungen im Kontext von Teamsitzungen und persönlichem Austausch.

### Erfassung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt

Auf die Frage, ob in den Einrichtungen bestimmte Identitätskategorien hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt betreuter Personen systematisch erfasst werden (siehe Abbildung 6), gaben 45,5 Prozent an, dass die binäre Geschlechtskategorie „Mann/Frau“ dokumentiert wird. Erweiterte Geschlechtskategorien wie divers, nichtbinär, trans oder intergeschlechtlich werden in 20,2 Prozent der Einrichtungen berücksichtigt. Die systematische Erfassung sexueller Orientierung erfolgt lediglich in 4 Prozent der Fälle.

Abbildung 6: Verteilung der Antworten auf die Frage „Werden in Ihrer Einrichtung bestimmte Identitätskategorien hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt betreuter Personen systematisch erfasst (z. B. in Aufnahmebögen oder internen Dokumentationen)?“ in Prozent (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG

Darüber hinaus berichteten 35,4 Prozent, dass keine dieser Merkmale erhoben werden. Weitere 4 Prozent machten Angaben im Freifeld, und 6,1 Prozent gaben an, dies nicht zu wissen oder keine Auskunft erteilen zu können. In den Freitextangaben wurden unterschiedliche Aspekte genannt, darunter die Erfassung von „männlich, weiblich, divers“, die Berücksichtigung im Rahmen der Biografiearbeit sowie die Dokumentation von Konfession und Nationalität. Genannt wurden Aufnahmebögen und interne Dokumentationen als Erfassungsrahmen.

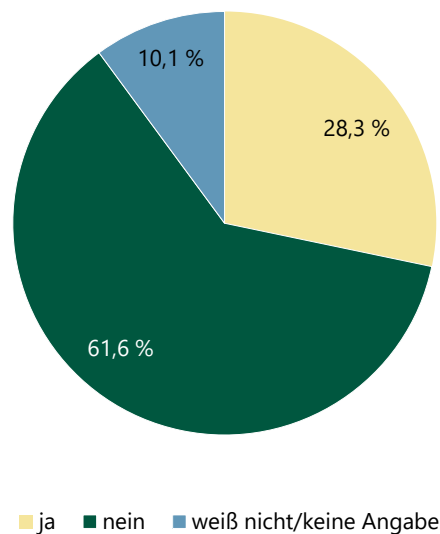
### Maßnahmen zur Sensibilisierung

Schulungen zu Diversität sind ein wichtiges Werkzeug, um Wissen und Sensibilität im Umgang mit unterschiedlichen Lebens- und Körperrealitäten und Vielfalt zu fördern. Sie tragen zur Entwicklung kultureller Kompetenz bei. Diese ist eine Schlüsselqualifikation für Pflegekräfte mit einer zunehmend heterogenen Zielgruppe. Kulturelle Kompetenzmaßnahmen stärken das Bewusstsein, Wissen und die Fähigkeiten von Pflegekräften, kulturelle Unterschiede zu erkennen

und im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung zu berücksichtigen (Osmanovic et al. 2025; Yu et al. 2023).

Auf die Frage „Gibt es in Ihrer Einrichtung Schulungen zu Diversität?“ (siehe Abbildung 7) antworteten 28,3 Prozent der Befragten mit „ja“. Etwa doppelt so viele (61,6 %) gaben an, dass es in der eigenen Einrichtung keine entsprechenden Schulungen gibt. Jede:r Zehnte (10,1 %) der Befragten machte keine Angabe oder konnte diese Frage nicht beantworten.

Abbildung 7: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Gibt es in Ihrer Einrichtung Schulungen zu Diversität?“ in Prozent

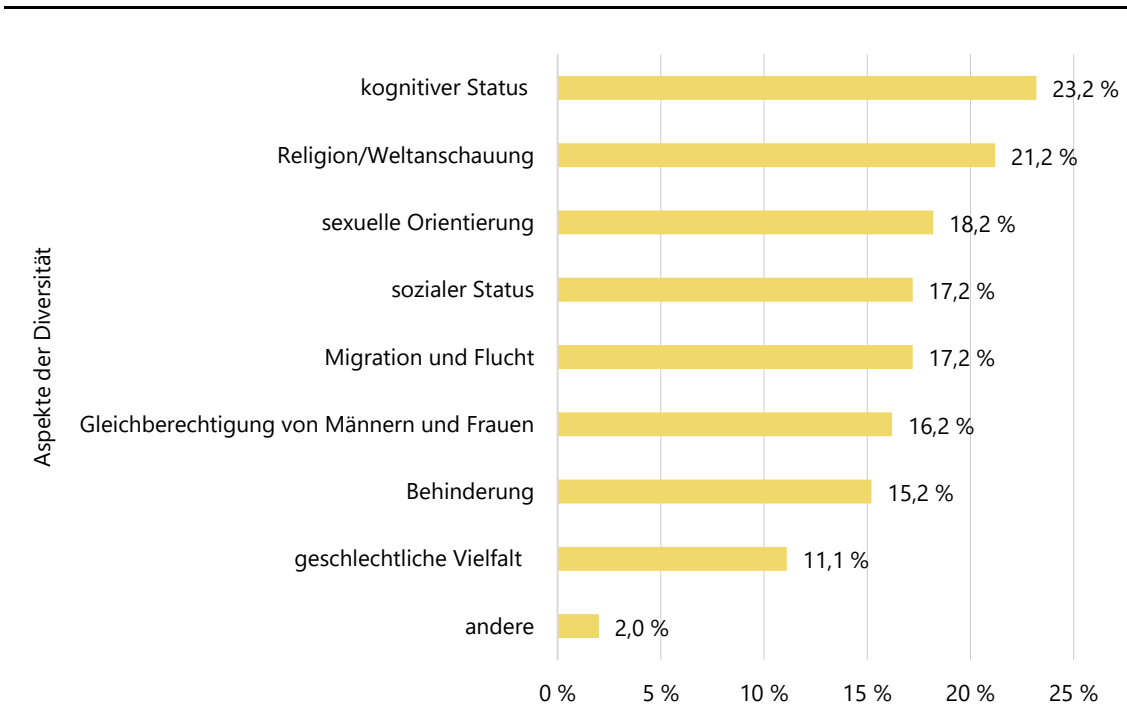


Quelle: GÖG

Auf die Frage, zu welchen Aspekten von Diversität in den Einrichtungen Schulungen angeboten werden, nannten die Befragten unterschiedliche Themenfelder (siehe Abbildung 8). Diese Frage erschien nur für jene Teilnehmenden, die zuvor angegeben hatten, dass in ihrer Einrichtung Schulungen zu Diversität durchgeführt werden.

Am häufigsten wurde der kognitive Status als Thema der Schulungen genannt (23,2 %). Ebenfalls häufig thematisiert wurden Religion bzw. Weltanschauung (21,2 %) sowie sexuelle Orientierung (18,2 %). Mit jeweils 17,2 Prozent nannten die Befragten außerdem Migration und Flucht sowie den sozialen Status. Das Thema Gleichberechtigung/Unterschiede von Männern und Frauen wurden von 16,2 Prozent angegeben, Behinderung von 15,2 Prozent und geschlechtliche Vielfalt – beispielsweise Unterschiede oder Gemeinsamkeiten im Kontext nicht-binärer, trans- oder intergeschlechtlicher Identitäten von 11,1 Prozent.

Abbildung 8: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Zu welchen Aspekten der Diversität?“ in Prozent (Mehrfachantworten möglich)



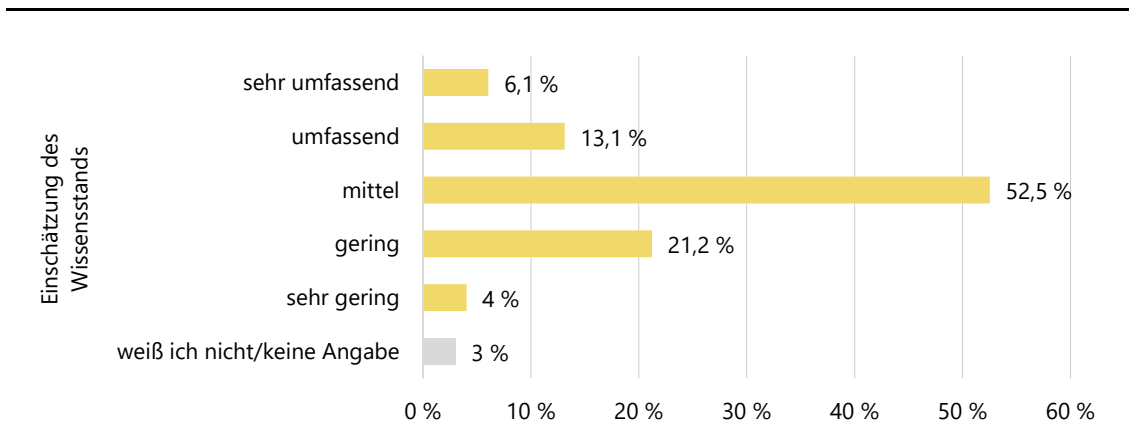
Quelle: GÖG

Auf die Frage, in welchem Umfang beziehungsweise in welcher Form in den Einrichtungen Fortbildungen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt (LGBTIQ+-spezifischen Themen) stattfinden, nannten 5,1 Prozent der Befragten weitreichende interne Schulungen, bei denen die Hälfte oder mehr der Mitarbeitenden geschult wurde. Ebenfalls 5,1 Prozent gaben an, dass interne Schulungen lediglich einige Mitarbeitende erreichten. Externe Fortbildungen einzelner Mitarbeitender wurden von 6,1 Prozent genannt. Ein Anteil von 3 Prozent konnte hierzu keine Angabe machen oder wusste nicht, ob derartige Schulungen angeboten wurden.

Auf die Frage, ob es sich bei den Fortbildungen um freiwillige Schulungen oder um Pflichtveranstaltungen handelte, gaben 12,1 Prozent der Befragten an, dass die Teilnahme freiwillig war. Deutlich seltener wurde angegeben, dass es sich um verpflichtende Veranstaltungen handelte (6,1 %). Ein kleiner Anteil (1 %), machte hierzu keine Angabe oder wusste es nicht.

Auf die Frage, wie umfassend das Wissen der Mitarbeitenden über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt eingeschätzt wird, bewertete mehr als die Hälfte der Befragten (52,5 %) den Kenntnisstand als „mittel“. Etwa ein Fünftel schätzte das Wissen hingegen als „gering“ ein (21,2 %), und 4 Prozent stuften den Wissenstand der Mitarbeitenden als „sehr gering“ ein. 13,1 Prozent gaben das Wissen als „umfassend“ an und 6,1 Prozent als „sehr umfassend“. 3 Prozent wählte hierzu die Antwort „weiß ich nicht/keine Angabe“.

Abbildung 9: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie umfassend schätzen Sie das Wissen der Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ein?“ in Prozent



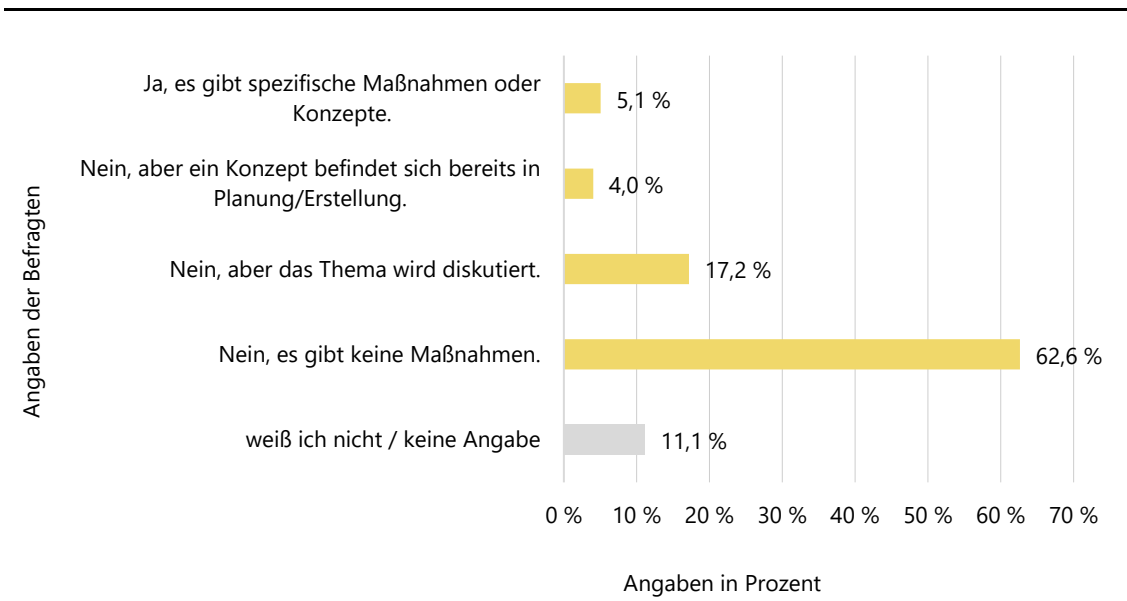
Quelle: GÖG

### 5.1.3 Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen

Im nächsten Schritt wurde erhoben, ob in den Einrichtungen bereits Maßnahmen oder Konzepte existieren, die sich explizit auf die Pflege und Betreuung älterer LGBTIQ+-Personen beziehen. Das Ziel dabei war, den Stand institutioneller Auseinandersetzung mit dem Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt zu erfassen. Abbildung 10 zeigt das Antwortverhalten auf die Frage nach gezielten Maßnahmen.

Ein kleiner Teil der Befragten (5,1 %) gab an, dass bereits spezifische Maßnahmen oder Konzepte für die Pflege und Betreuung älterer LGBTIQ+-Personen bestehen. Nach Angaben von 4 Prozent befindet sich ein solches Konzept in Planung oder Erstellung. Weitere 17,2 Prozent berichteten, dass das Thema zumindest diskutiert wird, auch wenn es noch keine Umsetzung gibt. Fast zwei Drittel der Befragten (62,6 %) gaben an, dass keinerlei derartige Maßnahmen vorhanden seien. Zudem gaben 11,1 Prozent an, nicht zu wissen, ob es in ihrer Einrichtung entsprechende Konzepte gibt, bzw. machten sie hierzu keine Angabe.

Abbildung 10: Verteilung der Antworten auf die Frage „Gibt es in Ihrer Einrichtung gezielte Konzepte für die Pflege und Betreuung von älteren LGBTIQ+-Personen (z. B. Leitlinien, spezialisierte Angebote, Netzwerke)?“ in Prozent



Quelle: GÖG

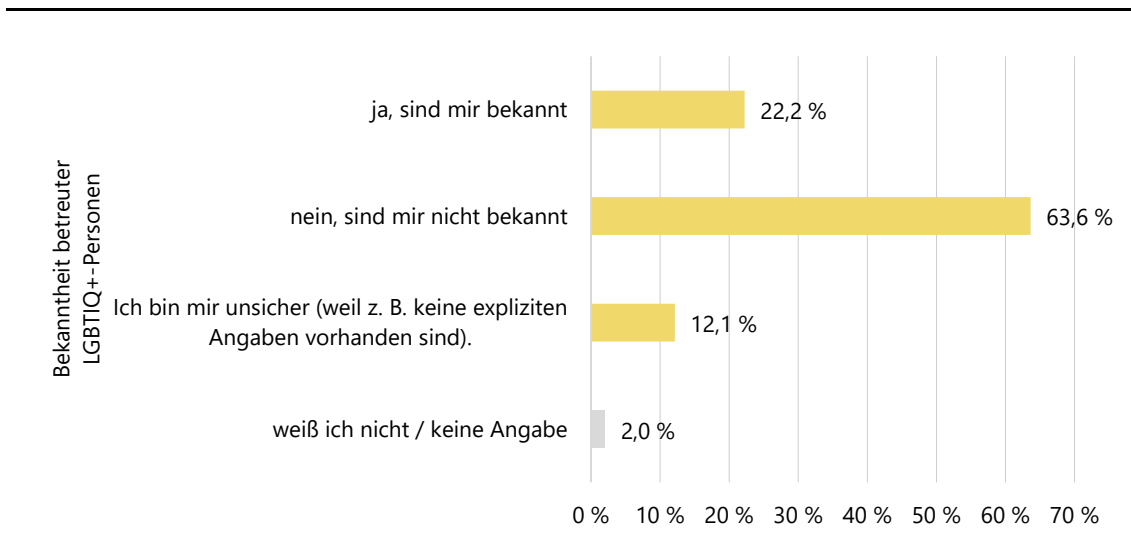
Die Frage nach konkreten Beispielen für bestehende oder geplante Konzepte und Maßnahmen wurde als Filterfrage nur jenen Teilnehmenden gestellt, die zuvor angegeben hatten, dass es in ihrer Einrichtung bereits Maßnahmen und/oder Konzepte gibt, solche in Planung sind oder zumindest diskutiert werden.

Strukturelle Maßnahmen wurden unter anderem in Form von Ansprechpersonen oder individuellen Schulungen für Mitarbeitende genannt. Auch die Entwicklung eines Konzepts zum Thema Sexualität oder die Arbeit nach pflegefachlichen Rahmenmodellen wie personenzentrierten oder integrativen Pflegekonzepten, die Biografie und Identität der betreuten Personen explizit berücksichtigen, wurden beschrieben. Im Bereich sichtbarer Zeichen und räumlicher Gestaltung wurden Regenbogenfahnen und dekorative Elemente genannt sowie Überlegungen zu Unisex-Toiletten und -Umkleiden angemerkt. Ein weiterer Themenbereich betrifft reflexive und kritische Perspektiven. Einzelne Beiträge thematisierten Bedenken in Bezug auf die Erhebung bestimmter Merkmale (z. B. der sexuellen Orientierung) und verwiesen dabei auf potenzielle Diskriminierung in diesem Zusammenhang.

#### 5.1.4 Institutionelle Wahrnehmung von LGBTIQ+-Personen

Auf die Frage, ob den Befragten in ihrer Einrichtung betreute ältere LGBTIQ+-Personen bekannt sind, antworteten 22,2 Prozent mit „ja“ (siehe Abbildung 11). Ein Großteil der Befragten (63,6 %) gab an, dass ihnen keine entsprechenden Personen bekannt sind. Weitere 12,1 Prozent äußerten diesbezügliche Unsicherheit, etwa weil keine expliziten Angaben der betreuten Personen vorliegen. 2 Prozent machten keine Angabe oder wussten es nicht.

Abbildung 11: Verteilung der Antworten auf die Frage „Sind Ihnen in Ihrer Einrichtung betreute ältere LGBTIQ+-Personen bekannt?“ in Prozent

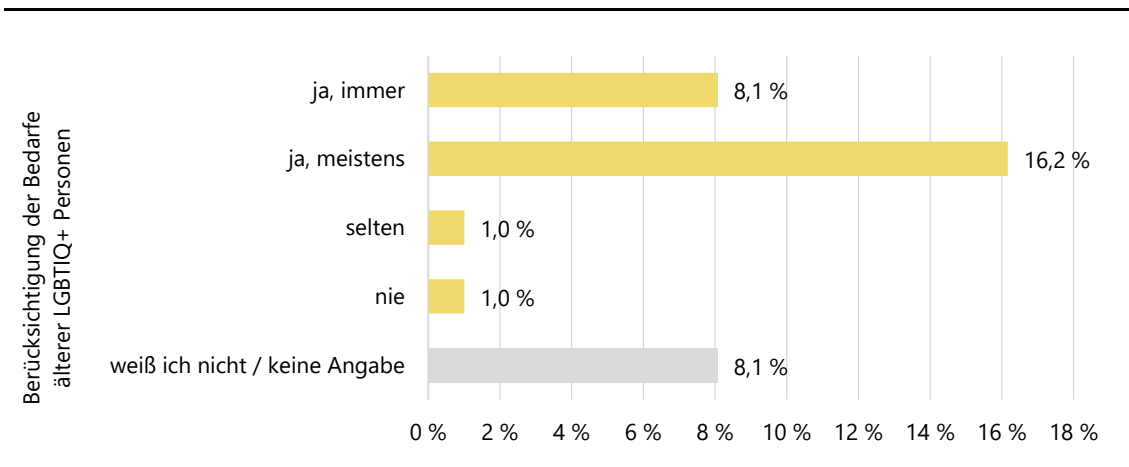


Quelle: GÖG

Die Frage, ob in der pflegerischen Betreuung die Bedürfnisse, Bedarfe und Wünsche älterer LGBTIQ+-Personen berücksichtigt werden, wurde nur jenen Befragten gestellt, die zuvor angegeben hatten, dass ihnen entsprechende Personen in der Einrichtung bekannt seien oder sie das Vorhandensein älterer LGBTIQ+-Personen ebendort zumindest nicht ausschließen könnten. Die Prozentangaben (siehe Abbildung 12) beziehen sich trotz Filterung der Frage auf die Gesamtheit der Befragten.

8,1 Prozent der Befragten gaben an, dass dies immer der Fall sei, weitere 16,2 Prozent antworteten mit „meistens“. In Einzelfällen wurde angegeben, dass eine Berücksichtigung der Bedürfnisse, Bedarfe und Wünsche älterer LGBTIQ+-Personen selten oder gar nicht (jeweils 1 %) erfolge. 8,1 Prozent machten keine Angabe oder wussten es nicht.

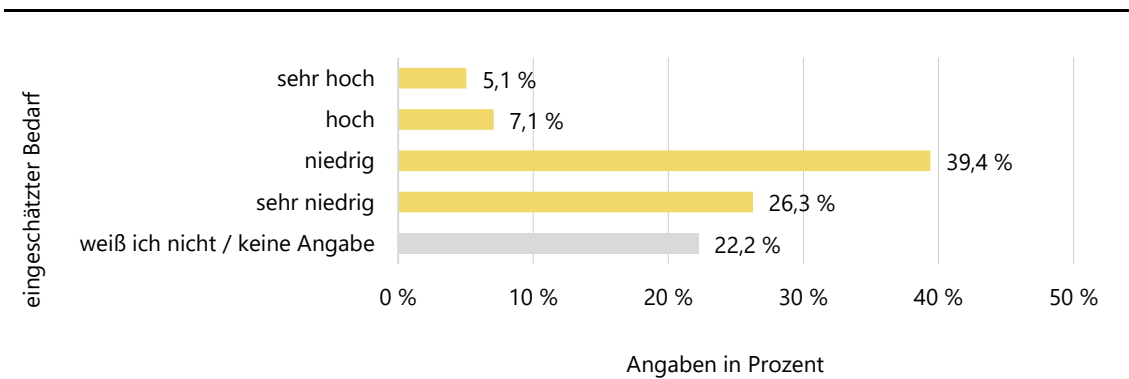
Abbildung 12: Verteilung der Antworten auf die Frage „Werden in Ihrer Einrichtung die Bedürfnisse, Bedarfe und Wünsche von älteren LGBTIQ+-Personen in der Pflege und Betreuung berücksichtigt?“ in Prozent



Quelle: GÖG

Die Einschätzung des Bedarfs an spezifischen Angeboten für ältere LGBTIQ+-Personen fällt insgesamt zurückhaltend aus. Die Frage bezog sich auf eine allgemeine Einschätzung des Bedarfs, nicht auf die Situation in der jeweils eigenen Einrichtung. 39,4 Prozent der Befragten bewerteten den Bedarf als „niedrig“, 26,3 Prozent als „sehr niedrig“. Höhere Bedarfe wurden deutlich seltener genannt. So schätzten 7,1 Prozent den Bedarf als „hoch“ ein, 5,1 Prozent als „sehr hoch“. Zudem machten 22,2 Prozent keine Angabe, bzw. erklärten sie, dies nicht beurteilen zu können.

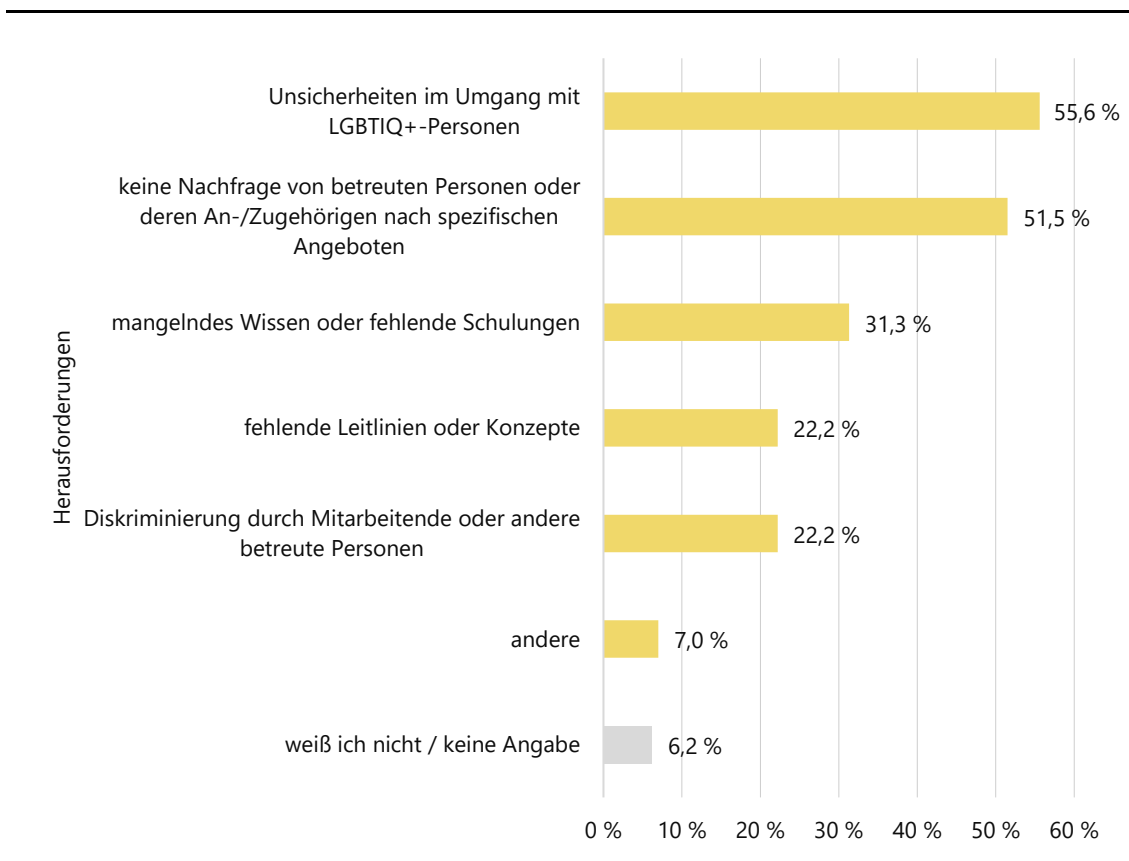
Abbildung 13: Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Bedarf an spezifischen Angeboten für ältere LGBTIQ+-Personen?“ in Prozent



Quelle: GÖG

Auf die Frage „Welche Herausforderungen sehen Sie in Ihrer Einrichtung bei der Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen?“ wählten die Befragten am häufigsten die Antwort „Unsicherheiten im Umgang“ (55,6 %) sowie „keine Nachfrage seitens betreuter Personen oder An- und Zugehöriger nach spezifischen Angeboten“ (51,5 %). Mangelndes Wissen beziehungsweise fehlende Schulungen wurden von 31,3 Prozent angegeben. Jeweils 22,2 Prozent verwiesen auf fehlende Leitlinien oder Konzepte sowie auf Diskriminierung durch Mitarbeitende oder andere betreute Personen. Weitere Nennungen verwiesen auf andere Herausforderungen im Freitextfeld (7 %) und „weiß ich nicht / keine Angabe“ kreuzten 6,2 Prozent an.

Abbildung 14: Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Herausforderungen sehen Sie in Ihrer Einrichtung bei der Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen?“ in Prozent



Quelle: GÖG

Im dazugehörigen Freitextfeld wurden als weitere Herausforderungen unterschiedliche Aspekte genannt. Einzelne Befragte gaben an, derzeit keine Herausforderungen zu sehen und betonten einen grundsätzlichen Anspruch auf gleiche Behandlung. Andere verwiesen auf Skepsis im Umfeld, ausbleibende oder zurückhaltende Bekanntgabe der sexuellen Orientierung bzw. Geschlechtsidentität bei der Aufnahme sowie eine generelle Unsichtbarkeit des Themas. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass Fragen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt entweder hinter anderen pflegebezogenen Prioritäten zurückstünden oder aus Sorge, den Gleichbehandlungsgrundsatz zu verletzen, gar nicht erst gestellt würden. In diesen Fällen wird spezifische Sensibilität als potenzieller Verstoß gegen Gleichbehandlung verstanden, wodurch identitätsrelevante Aspekte nicht systematisch erfasst werden. Genannt wurden zudem strukturelle Rahmenbedingungen wie zu wenig Zeit im Versorgungsalltag infolge des Fachkräftemangels. Eine Antwort wies darauf hin, dass zwar Mitarbeitende als offen wahrgenommen würden, jedoch vereinzelt diskriminierende oder aggressive Haltungen durch andere betreute Personen auftreten könnten.

### Beispiele für (nicht) gelungene Berücksichtigung von Bedürfnissen

Die offenen Rückmeldungen zur Frage nach gelungenen Beispielen der Berücksichtigung oder Unterstützung von LGBTIQ+-Personen decken ein vielfältiges Spektrum ab. Sie reichen von „bisher keine Erfahrungen“ bis zu detaillierten Fallbeschreibungen. Mehrere Befragte gaben an, dass es in ihrer Einrichtung bislang keine als LGBTIQ+ bekannten Bewohner:innen gegeben habe oder

sie mit dem Thema noch nicht konfrontiert gewesen seien. Teils ergänzten die Befragten, dass sie in Zukunft mit entsprechenden Situationen rechnen würden, oder sie verwiesen grundsätzlich auf eine Haltung der Gleichbehandlung („alle werden gleich behandelt“). Einzelne Einträge nannten außerdem Kontexte jenseits der Fragestellung, etwa betreffend Flucht/Integration oder demenzspezifische Settings.

Wo konkrete Beispiele geschildert wurden, betreffen sie vor allem alltagspraktische Unterstützung und respektvolle Ansprache. Genannt wurden beispielsweise das Ermöglichen gewünschter Kleidung und anderer Formen des Geschlechtsausdrucks (z. B. Nagellack, Unterwäsche), die Begleitung bei der Pronomenfindung sowie die Nutzung von Supervision. In mehreren Antworten wurde die Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Partnerschaften und regelmäßiger Besuche betont. Eine ausführliche Fallbeschreibung schilderte die langjährige Begleitung einer älteren Person bei der Transition inklusive Anpassung der Dokumentation unter fachärztlicher Begleitung – bei professionell respektvollem Umgang damit im Team.

Auf Teamebene verwiesen einige Rückmeldungen auf eine vielfältige Belegschaft, darunter auch trans und queere Kolleg:innen sowie auf ein wertschätzendes Miteinander. Zugleich wurde vereinzelt auf offene Punkte hingewiesen (etwa Klärungsbedarf bei Umkleide Regelungen). Andere Antworten beschrieben positive Erfahrungen mit queeren Kolleg:innen, beispielsweise von einer gelungenen Integration einer zu Beginn verunsicherten trans Person im Kollegium.

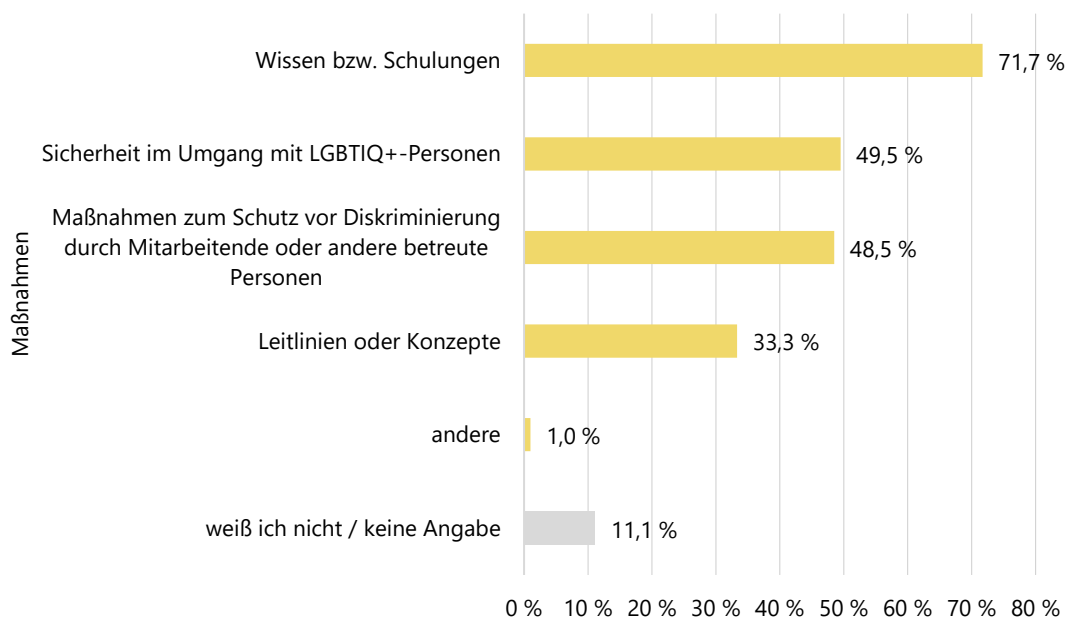
Die offenen Antworten zur Frage nach Beispielen für nicht gelungene Berücksichtigungen der Bedürfnisse von LGBTIQ+-Personen benennen überwiegend den Umstand, dass bislang keine entsprechenden Erfahrungen vorliegen oder keine Fälle bekannt sind (Formulierungen wie „derzeit nicht“, „keine Erfahrungen“, „nein“). Vereinzelt wurden Themen genannt, die nicht unmittelbar LGBTIQ+-bezogen sind, oder allgemeine Leitsätze, welche die Frage nach einem konkreten Negativbeispiel nicht adressieren. Dort, wo konkrete Situationen beschrieben wurden, bezogen sich diese vor allem auf fehlende oder missachtete geschlechtssensible Kommunikation. Genannt wurde etwa ein Fall, in dem eine betreute Person ohne Pronomen angesprochen werden wollte, in einer Teamsitzung jedoch mehrheitlich ein geschlechtsreferenzierendes Pronomen verwendet wurde.

Einzelne Stimmen relativierten die Relevanz des Themas grundsätzlich und regten an, sich vorrangig anderen Problemlagen der Pflege zu widmen. Die Rückmeldungen reichen zusammenfassend von keinen bzw. nicht vorliegenden Erfahrungen über nicht themenspezifische Verweise bis hin zu punktuellen Hinweisen auf nicht gelungene Berücksichtigung der Bedürfnisse betreuter LGBTIQ+-Personen.

### **Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität**

In Rahmen des Surveys wurde auch erhoben, welche Maßnahmen die Qualität der Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen in der eigenen Einrichtung verbessern könnten. Das Antwortverhalten wird in Abbildung 15 dargestellt. Die Befragten nannten hier an erster Stelle „Wissen bzw. Schulungen“ (71,7 %). Mit Abstand folgten darauf „Sicherheit im Umgang mit LGBTIQ+-Personen“ (49,5 %) sowie „Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung durch Mitarbeitende oder andere betreute Personen“ (48,5 %). Die Antwort „Leitlinien oder Konzepte“ wurde von einem Drittel der Befragten gewählt. Die Freitextoption nutzte ein Prozent von ihnen, und „weiß ich nicht / keine Angabe“ wählten 11,1 Prozent.

Abbildung 15: Verteilung der Antworten auf die Frage „Welche Maßnahmen könnten die Qualität der Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen in Ihrer Einrichtung verbessern?“ in Prozent



Quelle: GÖG

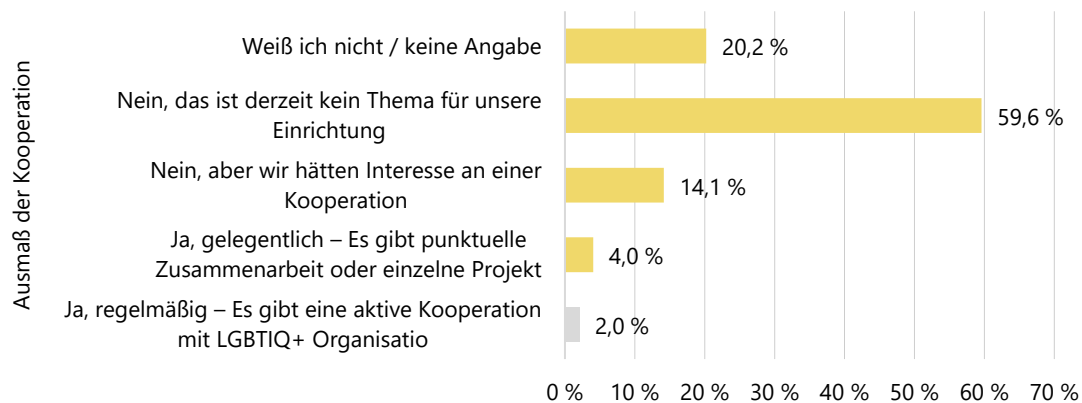
Im Freitextfeld wurden Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung durch andere betreute Personen sowie Angebote zur Stärkung der Resilienz von Menschen, die sich diskriminiert fühlen genannt. Der Hinweis bezog sich insbesondere auf Situationen des gemeinschaftlichen Wohnens, in denen bei Pflegebedürftigkeit die Wahl der Mitbewohnenden eingeschränkt ist.

### 5.1.5 Vernetzung mit LGBTIQ+-Organisationen

Kooperationen mit LGBTIQ+-Organisationen zeigen, ob Einrichtungen externe, zielgruppenorientierte Expertise einbinden sowie für Fortbildungen nutzen. Die Frage danach gibt Hinweise darauf, ob das Thema über Einzelinitiativen hinaus organisatorisch verankert ist. Internationale Studien zeigten, dass die Zusammenarbeit mit Community-Organisationen bzw. externen LGBTIQ+-Expert:innen die Entwicklung und Umsetzung inklusiver Strukturen in Pflegeeinrichtungen erleichtert und mit messbaren Verbesserungen in Prozessen und Organisationskultur verbunden sein kann (Hafford-Letchfield et al. 2018; Pijpers/Honsbeek 2025; Yu et al. 2024).

Kooperationen mit LGBTIQ+-Community-Organisationen sind nach Angaben der Befragten in Österreich jedoch eher die Ausnahme (siehe Abbildung 16). Eine regelmäßige Zusammenarbeit mit einschlägigen Organisationen nannten 2 Prozent, eine punktuelle Kooperation mit ihnen 4 Prozent. 14,1 Prozent äußerten Interesse an einer solchen Kooperation. Mehr als die Hälfte der Befragten (59,6 %) gab an, dass eine Zusammenarbeit mit einer LGBTIQ+-Organisation in ihren Einrichtungen derzeit kein Thema sei. 20,2 Prozent machten keine Angabe dazu bzw. erklärten, dies nicht zu wissen.

Abbildung 16: Verteilung der Antworten auf die Frage „Arbeitet Ihre Einrichtung mit LGBTIQ+-Community-Organisationen zusammen?“ in Prozent



Quelle: GÖG

### 5.1.6 Offene Rückmeldungen zur Abschlussfrage

Die Reaktionen auf die abschließende Frage „Gibt es noch etwas, was Sie zum Thema LGBTIQ+ und Alter(n) ergänzen möchten?“ fielen sehr unterschiedlich aus.

Mehrere Antworten befürworten die Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex LGBTIQ+ und Alter ausdrücklich, verweisen auf den enttabuisierenden Effekt und wünschen sich langfristig mehr Angebote bzw. Wohnformen für ältere LGBTIQ+-Personen. Genannt wurden zudem allgemeine Leitgedanken wie Wertschätzung, Respekt, Selbstbestimmung und eine individuelle Ausrichtung an Bedürfnissen, teils mit dem Hinweis, dass Fragen zu sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität als Privatsache gesehen würden.

Häufig angesprochen wurden Generationsaspekte und Sichtbarkeit. Einige Befragte schildern, dass die derzeit betreuten Generationen selten über das Thema sprächen, Unsicherheiten bestünden oder queere Bewohner:innen kaum sichtbar seien. Dennoch wird erwartet, dass kommende Jahrgänge offener auftreten. Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass die gegenseitige Akzeptanz zwischen Bewohner:innen in den Einrichtungen kaum thematisiert werde.

Mehrere Beiträge thematisieren Rahmenbedingungen. Mehrmals genannt wurden hier Personalmangel, Zeitdruck und der Wunsch nach einheitlichen bzw. verbesserten Personalschlüsseln. Fortbildungen wurden teils befürwortet, teils wurde Skepsis dahingehend geäußert, ob zusätzliche Schulungen im Alltag realistisch umsetzbar sind. Einzelne Antworten verweisen auf Herausforderungen durch religiös begründete Haltungen einzelner Mitarbeitender und auf die Notwendigkeit professioneller Abgrenzung.

Neben zustimmenden Äußerungen finden sich auch kritische bzw. ablehnende Positionen. Auch bei dieser Frage relativieren einige Antworten die Relevanz des Themas im Vergleich zu anderen Aufgabenfeldern der Langzeitpflege oder formulieren ein strikt binäres Geschlechterverständnis.

## 5.2 LGBTIQ+-Organisationen

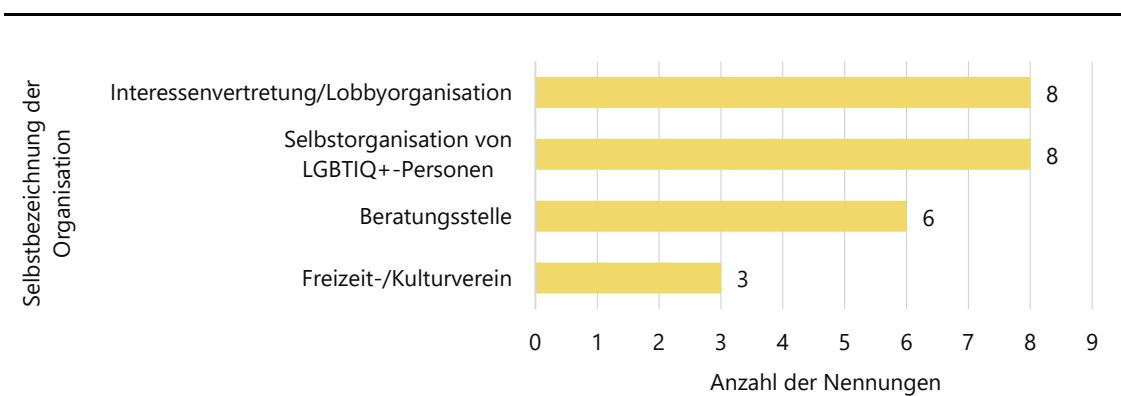
Der zweite Teil der Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die Befragung von LGBTIQ+-Organisationen in Österreich. Die Auswertung gibt Einblicke in Strukturen, Angebote und Einschätzungen dieser Einrichtungen sowie in deren Perspektiven auf das Thema Alter(n).

### 5.2.1 Allgemeine Informationen zu den Einrichtungen

Der Fragebogen wurde insgesamt von neun Organisationen beantwortet. Anhand der Angaben zum Entstehungsjahr kann davon ausgegangen werden, dass es sich um unterschiedliche Einrichtungen handelt.

Zur Selbstbeschreibung der Organisation bzw. des Vereins wurden insgesamt 25 Nennungen erfasst (Mehrfachauswahl). Je acht Nennungen entfielen auf die Antworten „Selbstorganisation von LGBTIQ+-Personen“ sowie „Interessenvertretung/Lobbyorganisation“. Die Antwort „Beratungsstelle“ wurde sechsmal gewählt, „Freizeit-/Kulturverein“ dreimal.

Abbildung 17: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Wie würden Sie Ihre Organisation / Ihren Verein beschreiben?“ (Mehrfachantworten)

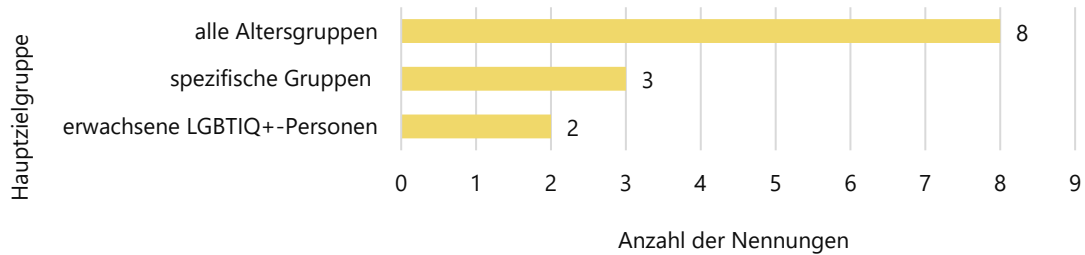


Quelle: GÖG

Laut der Befragten bewegt sich die Bestehensdauer der Einrichtungen zwischen 2 und 45 Jahren (Median: 34 Jahre), sie verteilen sich auf mehrere Bundesländer, mit einem Schwerpunkt in urbanen Räumen. Eine Organisation ist österreichweit tätig.

Bei der Frage „Wer sind die Hauptzielgruppen Ihrer Organisation / Ihres Vereins?“ entfielen acht Nennungen auf „alle Altersgruppen“. Zwei Nennungen bezogen sich auf „erwachsene LGBTIQ+-Personen“. Zwei Nennungen galten spezifischen Gruppen im Freitext, insbesondere trans und nichtbinären Personen. Sowohl ältere als auch jüngere LGBTIQ+-Personen waren als Antwort verfügbar, allerdings wurde keine der beiden Gruppen genannt.

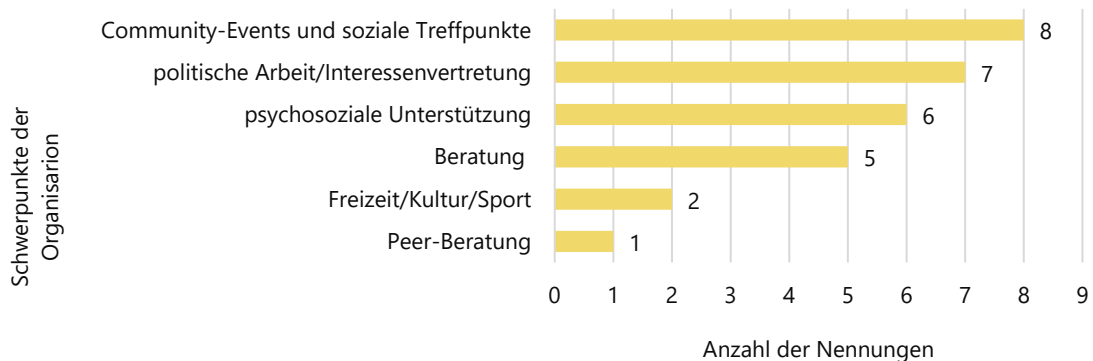
Abbildung 18: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Wer sind die Hauptzielgruppen Ihrer Organisation / Ihres Vereins?“ (Mehrfachantworten)



Quelle: GÖG

Auf die Frage nach den Angeboten und Schwerpunkten ihrer Einrichtungen (Mehrfachantworten) nannten die Befragten „Community-Events und soziale Treffpunkte“ (8 Nennungen), „politische Arbeit / Interessenvertretung“ (7 Nennungen) sowie „psychosoziale Unterstützung“ (6 Nennungen). Weitere Schwerpunkte betreffen „Beratung“ (5 Nennungen), „Freizeit/Kultur/Sport“ (2 Nennungen) und „Peer-Beratung“ (1 Nennung, unter „Sonstiges“).

Abbildung 19: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Welche Angebote/Schwerpunkte hat Ihre Organisation / Ihr Verein?“ (Mehrfachantworten)



Quelle: GÖG

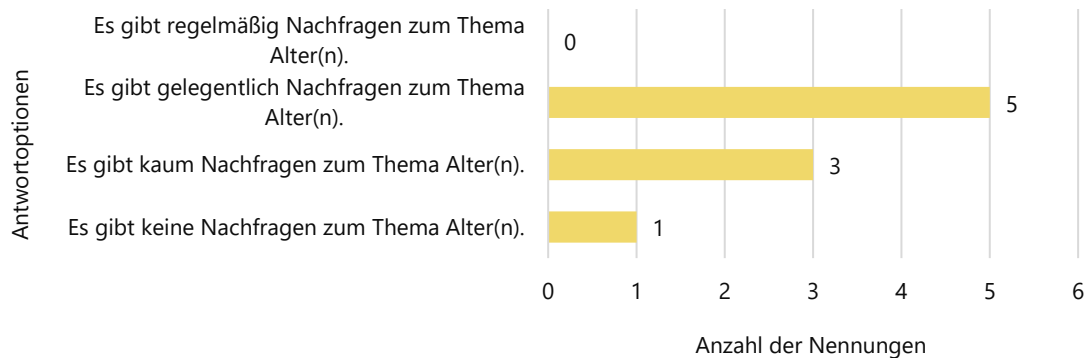
### 5.2.2 Präsenz und Beteiligung älterer Menschen

Bei der Frage nach der Präsenz des Themas Alter(n) in den Organisationen wählten sieben Organisationen von neun die Antwortoption „moderat präsent – das Thema wird diskutiert, aber es gibt nur wenige oder keine konkreten Angebote“. Zwei Organisationen entschieden sich für die Antwortoption „kaum präsent – es wird selten thematisiert“.

Die weiteren Antwortoptionen „sehr präsent – es gibt konkrete Projekte/Initiativen dazu, und es ist ein fester Bestandteil unserer Arbeit“, „gar nicht präsent – es ist bisher kein Thema in unserer Organisation“ wurden von keiner Person gewählt.

Gefragt nach der Häufigkeit aktiver Nachfragen zum Thema Alter(n), berichteten fünf Organisationen von gelegentlichen derartigen Anfragen. Drei Organisationen wählten die Antwortoption „Es gibt kaum Nachfragen.“, und eine Organisation gab an, dass es „keine Nachfragen“ gebe. Die Antwortoptionen „Es gibt regelmäßig Nachfragen zum Thema Alter(n).“ sowie „weiß ich nicht / keine Angabe“ wurden von keiner Organisation ausgewählt.

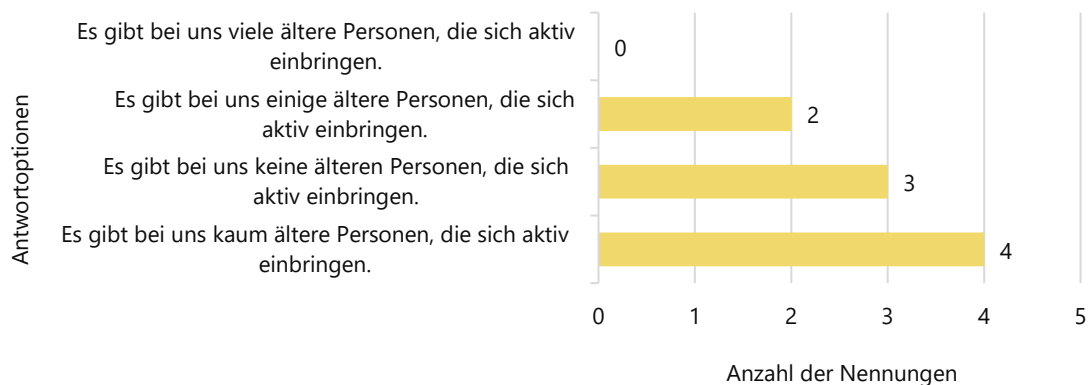
Abbildung 20: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Wie oft wird das Thema Alter(n) in Ihrer Organisation / Ihrem Verein aktiv nachgefragt?“



Quelle: GÖG

Gefragt nach der aktiven Beteiligung älterer LGBTQ+-Personen (ab 65 Jahren) in ihren Organisationen gaben zwei Organisationen an, dass sich einige ältere Personen einbrächten. Vier Organisationen wählten die Option „kaum ältere Personen, die sich aktiv einbringen“ und drei die Option „keine älteren Personen“.

Abbildung 21: Anzahl der Nennungen auf die Frage: „Gibt es in Ihrer Organisation/Ihrem Verein ältere LGBTQ+-Personen (ab 65 Jahren), die sich aktiv einbringen?“

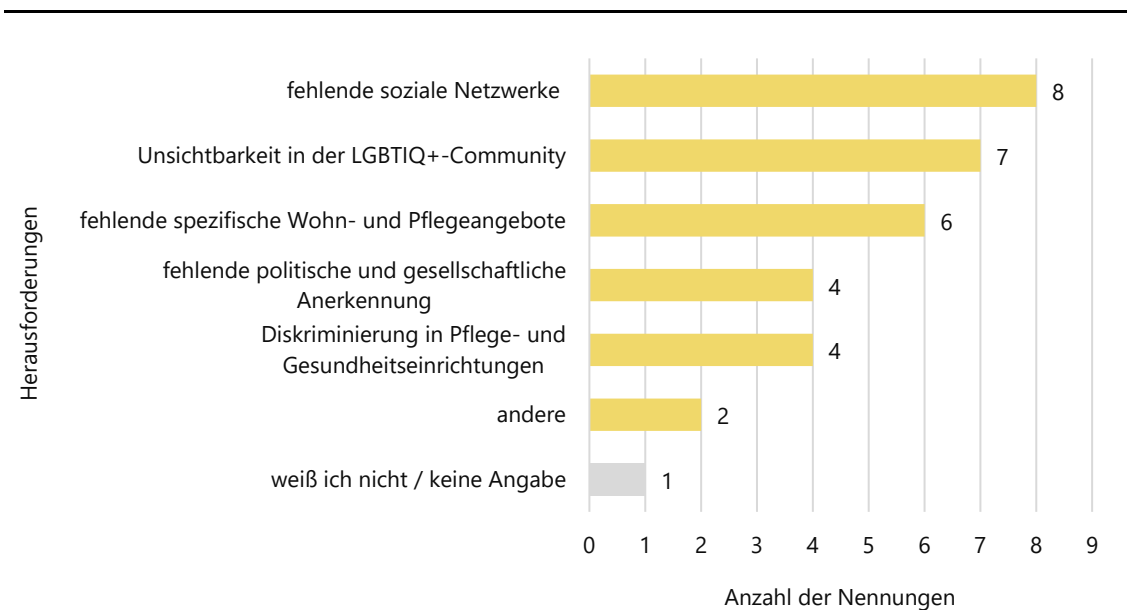


Quelle: GÖG

### 5.2.3 Herausforderungen älterer LGBTIQ+-Personen

Auf die Frage, welche Herausforderungen ältere LGBTIQ+-Personen (ab 65 Jahren) besonders stark erleben, wurden mehrere Aspekte benannt. Am häufigsten genannt wurde die Antwortoption „fehlende soziale Netzwerke“ (8 Nennungen). Ebenfalls häufig verwiesen die Befragten auf „Unsichtbarkeit in der LGBTIQ+-Community“ (7) sowie auf „fehlende spezifische Wohn- und Pflegeangebote“ (6).

Abbildung 22: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Welche Herausforderungen erleben ältere LGBTIQ+-Personen (ab 65 Jahren) in Ihrer Organisation / Ihrem Verein besonders stark?“ (Mehrfachantworten)



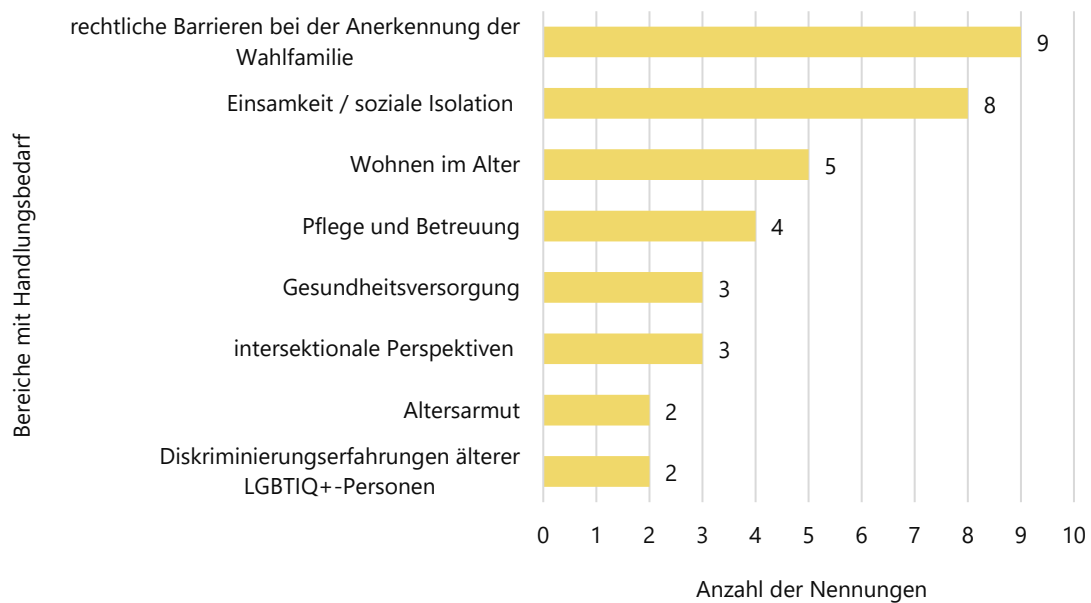
Quelle: GÖG

Vier Organisationen gaben an, dass Diskriminierung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie fehlende politische und gesellschaftliche Anerkennung von LGBTIQ+ zu den zentralen Herausforderungen zählten. Zwei Nennungen entfielen auf die Kategorie „andere“, hier wurden im Freitext gesundheitliche Einschränkungen sowie Unwissenheit über gesundheitliche und andere Bedarfe von LGBTIQ+-Menschen in medizinischen und pflegenden Einrichtungen genannt. Eine Person wählte die Option „weiß ich nicht / keine Angabe“.

Gefragt nach Bereichen, in denen besonderer Handlungsbedarf in puncto LGBTIQ+ und Alter(n) gesehen wird, verwiesen die Befragten am häufigsten auf rechtliche Barrieren bei der Anerkennung der Wahlfamilie (9 Nennungen). Ebenfalls stark hervorgehoben wurden hier Einsamkeit und soziale Isolation (8) sowie das Thema Wohnen im Alter (5).

Weitere Bereiche betreffen Pflege und Betreuung (4 Nennungen), intersektionale Perspektiven wie Rassismus, Behinderung, Migration und Alter (3) sowie die Gesundheitsversorgung (3). Seltener genannt wurden Diskriminierungserfahrungen älterer LGBTIQ+-Personen (2) und Altersarmut (2).

Abbildung 23: Anzahl der Nennungen auf die Frage „In welchen Bereichen sehen Sie besonderen Handlungsbedarf zum Thema LGBTIQ+ und Alter(n)?“ (Mehrfachantworten)



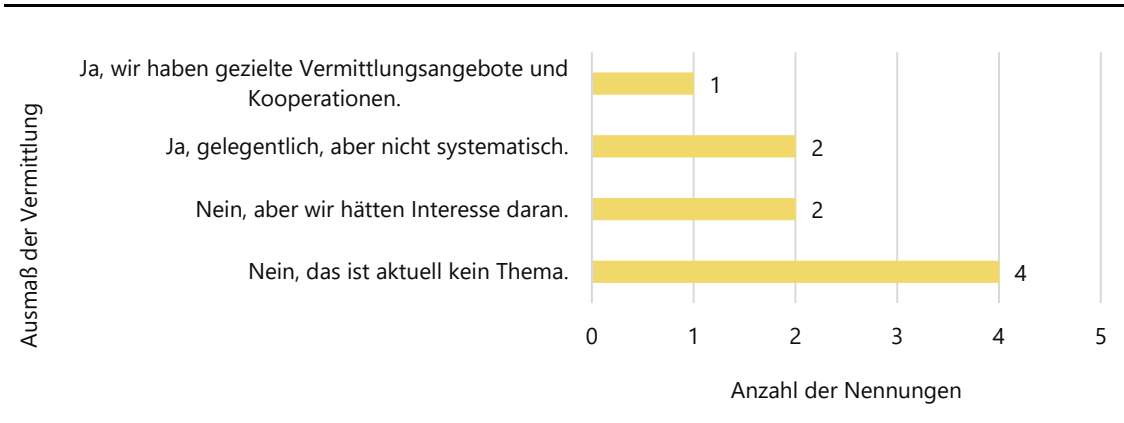
Quelle: GÖG

#### 5.2.4 Kooperationen und Vermittlungsstrukturen

In Bezug auf Kooperationen im Bereich Alter(n) sowie Pflege und Betreuung gaben zwei Organisationen an, bereits entsprechende Zusammenarbeit zu pflegen. Eine davon gab an, mit LGBTIQ+-spezifischen Organisationen zum Thema Alter zusammenzuarbeiten, die andere erklärte, dies mit allgemeinen Organisationen zum Thema Alter/Pflege zu tun. Sieben Organisationen wählten die Antwortoption „Nein, aber wir hätten Interesse an Kooperation“.

Auf die Frage, ob ältere LGBTIQ+-Personen von den Einrichtungen aktiv an altersspezifische Angebote oder Unterstützungsstrukturen vermittelt werden, antwortete eine Organisation mit „Ja, wir haben gezielte Vermittlungsangebote und Kooperationen“. Zwei Einrichtungen gaben an, dass dies gelegentlich, aber nicht systematisch erfolge. Zwei weitere wählten die Antwortoption „Nein, aber wir hätten Interesse daran“. Vier Organisationen führten an, dass dies für sie aktuell kein Thema sei.

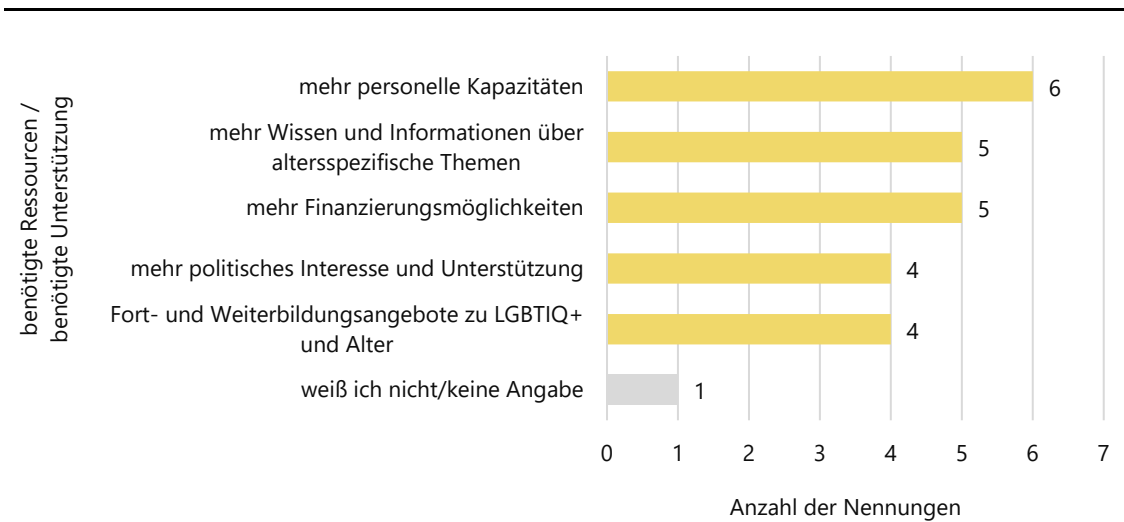
Abbildung 24: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Vermittelt Ihre Community/Organisation ältere LGBTQ+-Personen aktiv an altersspezifische Angebote oder Unterstützungsstrukturen?“



Quelle: GÖG

Gefragt nach Ressourcen oder Unterstützungsformen, die Einrichtungen benötigen würden, um das Thema Alter(n) stärker bearbeiten zu können, wurde am häufigsten mehr personelle Kapazität genannt (6 Nennungen). Ebenfalls häufig verwiesen die Befragten auf den Bedarf an mehr Finanzierungsmöglichkeiten (5) sowie an mehr Wissen und Informationen über altersspezifische Themen (5). Vier Nennungen entfielen auf Fort- und Weiterbildungsangebote zu LGBTQ+ und Alter sowie auf mehr politisches Interesse und Unterstützung. Eine Person wählte die Antwortoption „weiß ich nicht / keine Angabe“.

Abbildung 25: Anzahl der Nennungen auf die Frage „Welche Ressourcen oder welche Unterstützung würde Ihre Organisation brauchen, um das Thema Alter(n) stärker zu bearbeiten?“ (Mehrfachantworten)



Quelle: GÖG

### 5.2.5 Offene Rückmeldungen zur Abschlussfrage

Auf die Abschlussfrage hin, ob die Befragten noch etwas zum Thema LGBTIQ+ und Alter(n) ergänzen möchten, wurde mehrfach betont, dass das Thema inzwischen deutlich stärker wahrgenommen werde als noch vor zehn Jahren, insbesondere in Wien, wo bereits einige einschlägige Angebote bestünden.

Einzelne Teilnehmende gaben an, dass Alter derzeit in ihrer Organisation bzw. Arbeit kaum eine Rolle spiele, da die Zielgruppe an einem anderen Punkt im Leben sei (z. B. bei der Familienplanung). Zugleich wurde festgehalten, dass das Thema mit dem Älterwerden dieser Gruppen relevanter werden dürfte und man dafür offen sei. Hervorgehoben wurde dabei auch, dass diese Personen bereits durch bestehende Netzwerke erreichbar seien.

Mehrere Rückmeldungen unterstrichen, dass die Themen LGBTIQ+ und Alter(n) in Kombination nach wie vor zu wenig Aufmerksamkeit erhielten. Angesprochen wurde die Notwendigkeit, die Vielfalt innerhalb des queeren Spektrums stärker zu berücksichtigen, da bestimmte Gruppen (etwa schwule Männer in urbanen Kontexten) häufiger im Fokus stünden und andere schwerer erreichbar seien und Unterstützungsangebote nicht in Anspruch nehmen könnten. Dies bezog sich einerseits auf die Subgruppen (L, G, B, T, I und Q), andererseits auf regionale Bedingungen (städtische/ländliche Regionen).

In Bezug auf ländliche Regionen wurde berichtet, dass viele ältere queere Menschen dort Schwierigkeiten hätten, offen mit ihrer Identität umzugehen. Auch wenn es inzwischen sichtbare jüngere Personen und Strukturen wie LGBTIQ+-Stammtische gebe, fühlten sich viele Ältere weiterhin stark an soziale Erwartungen gebunden. Besonders hervorgehoben wurde, dass auf dem Land für viele ein Coming-out im öffentlichen Raum nie stattgefunden habe.

Weiters wurde hervorgehoben, dass es in allen Institutionen spezifischer Schulungen und Ansprechpersonen für die unterschiedlichen Gruppen innerhalb von LGBTIQ+ bedürfe, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Konkret genannt wurden unter anderem queere Alters-WGs sowie trans-sensibles Pflegepersonal.

## 6 Diskussion

Die folgenden Ausführungen ordnen die Ergebnisse aus einer Public-Health-Perspektive ein und nehmen dabei insbesondere gesundheitliche Chancengerechtigkeit als zentralen Bezugspunkt in den Blick. Die Analyse zielt nicht auf die Bewertung individueller Haltungen, sondern auf strukturelle Rahmenbedingungen, die Handlungsspielräume eröffnen oder begrenzen.

Die in den offenen Antworten beschriebenen Belastungen im Versorgungs- und Betreuungsalltag wie Zeitdruck, Personalmangel und die Wahrnehmung, es gebe wichtigere Themen, sprechen aus Public-Health-Perspektive nicht gegen eine organisationale Verankerung von LGBTIQ+-Anliegen, sondern im Gegenteil gerade für eine solche. Wo Zuständigkeiten, Prozesse und Standards klar geregelt sind, müssen sensible Situationen nicht immer wieder ad hoc verhandelt werden. Internationale Studien zeigen konsistent, dass mehrstufige, institutionell abgesicherte Ansätze mit strukturellen Anpassungen, klaren Vorgaben und kontinuierlicher Schulung den Versorgungsalltag entlasten, weil sie Unsicherheiten auf allen Seiten reduzieren (Fasullo et al. 2022; McMullen-Roach et al. 2025; Yu et al. 2025).

Teilhabechancen entstehen nicht allein in der Interaktion zwischen Individuen, sondern durch normative Organisationskultur und Handlungen wie hetero- und cisnormative Routinen, Formulare, Dokumentationswege oder Regelungen zu Zimmerzuweisungen oder von Besuchsrechten. Analysen zeigen, dass gerade scheinbar kleine Mikropraktiken wie Anredeformen, Formularlogiken oder der Umgang mit Beschwerden signalisieren, ob Personen willkommen sind (McMullen-Roach et al. 2025). Standards, Schulung und sichtbare Zeichen wirken hierbei gemeinsam (Hafford-Letchfield et al. 2018). Einrichtungen, die klare Vorgaben etwa zu Ansprache, Zimmervergabe, Rechten von An- und Zugehörigen oder Beschwerdemanagement implementieren sowie die Einführung dieser Regelungen durch kontinuierliche Community-Beratung begleiten lassen, erreichen messbare Verbesserungen in der Organisationskultur. Wiederholte praxisnahe Fortbildungen stärken Wissen, Haltung und Handlungssicherheit (Yu et al. 2023). Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass diversitätssensible Einrichtungen durch weniger Burnout, höhere Arbeitszufriedenheit und eine besser eingeschätzte Pflegequalität gekennzeichnet sind. Dies spiegelt wider, dass auch Pflege- und Betreuungsteams selbst vielfältig zusammengesetzt sind und ein Arbeitsumfeld benötigen, das diese Vielfalt sichtbar wertschätzt und schützt, was die Bedeutung einer diversitätssensiblen Kultur zusätzlich unterstreicht (Yu et al. 2025).

Auf individueller Ebene erfordert die Gewährleistung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit Kompetenzen, die in Schlüsselsituationen notwendig sind. Dazu gehören die korrekte Anrede und Dokumentation, eine sensible, nichtnormierende Erhebung von Bezugspersonen und Lebenssituationen, die sichere Versorgung nichtnormativer Körper und die reflektierte Gestaltung von Intim- und Körperpflege (Berry/Monro 2022; Loeb et al. 2021; Yu et al. 2023). Bei geschlechtlicher Vielfalt wird der Bedarf an Fachwissen besonders deutlich, etwa in Hinblick auf Hormonersatztherapie, Traumafolgen, Minderheitenstress, urologisch/gynäkologische Fragen, Wund- und Katheterversorgung oder End-of-Life-Themen (Catlett et al. 2023; Loeb et al. 2021). Aufseiten der Nutzer:innen sind Bewältigungsstrategien und das Verhalten in Bezug auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen eng mit gemachter Diskriminierungserfahrung, antizipierter Zurückweisung und dem als sicher erlebten Rahmen verwoben. Hierbei handelt es sich um einen Befund, der die Notwendigkeit institutioneller Verankerung von Diversitätssensibilität und dementsprechenden Sicherheitsstrukturen unterstreicht (Huntley et al. 2025; Loeb et al.

2021). Qualitative Befunde aus Österreich zeigen, dass diese Dynamiken auch im nationalen Kontext empirisch fassbar sind. In der Bedarfserhebung zu LGBTQI+-Senior\*innen-Wohngemeinschaften wurden Altersarmut, soziale Isolation, generationsspezifische Diskriminierungserfahrungen sowie der Wunsch nach strukturell abgesicherten, sicheren Räumen als zentrale Bedarfe identifiziert (Schönpflug/Eberhardt 2021). Die dort beschriebenen Unterstützungsbedarfe erscheinen nicht als Ausdruck individueller Vulnerabilität, sondern als Folge historisch gewachsener Exklusions- und Unsichtbarkeitsstrukturen. Damit bestätigen auch nationale Daten, dass diversitätssensible Versorgungsmodelle als strukturelle Antwort auf bestehende Ungleichheiten zu verstehen sind.

In den offenen Rückmeldungen der Befragung wird deutlich, dass sich ein Teil der Mitarbeitenden explizit auf den Anspruch beruft, alle betreuten Personen gleich zu behandeln und daher keine spezifischen Herausforderungen im Umgang mit älteren LGBTQI+-Personen zu sehen. Diese Gleichheitsrhetorik steht jedoch in einem Spannungsverhältnis zu den gleichzeitig berichteten fehlenden Leitlinien, geringen Schulungsaktivitäten und der weitgehenden Unsichtbarkeit von LGBTQI+-Themen in den Einrichtungen. Sie ist nicht als Ausdruck individueller Ignoranz zu verstehen, sondern verweist auf eine verbreitete Gleichheitslogik, die Unterschiede ausblendet und in welcher Gleichbehandlung häufig mit Nichtthematisierung gleichgesetzt wird. Wenn alle „gleich“ behandelt werden sollen, ohne strukturelle Ungleichheiten mitzudenken, bleiben genau jene Differenzlinien und Machtverhältnisse unsichtbar (Berkaş/Tanrıverdi 2025), die gesundheitliche Risiken und Versorgungsbarrieren – etwa aufgrund von Diskriminierungserfahrungen, fehlender familiärer Unterstützung oder erhöhter Prävalenzen chronischer und psychischer Erkrankungen – für ältere LGBTQI+-Personen erhöhen (Simpson et al. 2018). Internationale Studien zeigen, dass solche Differenzen ausblendende Gleichheitsansprüche unbeabsichtigt zur Reproduktion von Ausschlüssen beitragen können, weil sie Institutionen von der aktiven Auseinandersetzung mit spezifischen Bedarfen entlasten und notwendige Anpassungen der Strukturen, Routinen und Kompetenzen verzögern (Hafford-Letchfield et al. 2018; McMullen-Roach et al. 2025; Simpson et al. 2018). Systematische Reviews zu Langzeitpflege und älteren LGBTQI+-Personen machen zudem deutlich, dass sich diese keine „Sonderbehandlung“ wünschen, sondern eine gute Versorgung, in der ihre Identität weder unsichtbar gemacht noch als Störfaktor markiert wird (Caceres et al. 2020; McMullen-Roach et al. 2025).

Ein diversitätssensibler Ansatz beruft sich daher nicht auf die Maxime „gleich für alle“, sondern auf eine begründete ungleiche Behandlung im Sinne bedarfsgerechter Unterstützung, in der Unterschiede in Lebenslage, Körperlichkeit und Diskriminierungserfahrungen systematisch berücksichtigt werden (Hafford-Letchfield et al. 2018). Ein solcher Ansatz stärkt nicht nur die Versorgung von LGBTQI+-Personen, sondern verbessert grundsätzlich die Aufmerksamkeit für vielfältige Differenzlinien und damit die Qualität der Unterstützung für all jene, deren Lebenssituationen in standardisierten Angeboten bislang zu wenig berücksichtigt wurden.

Aus Public-Health- und Chancengerechtigkeitsperspektive wird klar, dass Gleichbehandlung im Ton keine Chancengleichheit im Ergebnis erzeugt, wenn strukturelle Ungleichheiten bestehen bleiben. Erst das Zusammenspiel aus strukturellen Anpassungen, organisational verankerten Standards und individuellen Kompetenzen reduziert Barrieren, stabilisiert die Versorgung und reduziert Minderheitenstress (McMullen-Roach et al. 2025; Yu et al. 2024). Einrichtungen, die diesen mehrstufigen Ansatz verfolgen, berichten von stabileren Abläufen, geringerer Belastung und höherer Teamstabilität (Yu et al. 2025). Zugleich werden Bedingungen geschaffen, unter denen ältere LGBTQI+-Personen würdevoll versorgt werden können.

## 6.1 Limitationen

Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Die Befragungen basieren auf freiwilliger Teilnahme und bilden daher nur ein begrenztes Spektrum der Praxis und Community-Arbeit ab. Die geringe Rücklaufquote sowie die Heterogenität der Zielgruppe schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Zudem ist die Datenlage zu älteren LGBTIQ+-Personen in Österreich insgesamt sehr dünn, was die Analyse erschwert. Die Literaturrecherche folgt dem Ansatz eines Scoping-Reviews und ist nicht vollständig systematisch; sie liefert einen Überblick, aber keine abschließende Evidenz. Die explorative Ausrichtung der Studie bedeutet, dass deren Ergebnisse vor allem als Impulse für weiterführende Arbeiten zu verstehen sind.

## 7 Best Practice

Die folgenden Beispiele zeigen, wie Einrichtungen und Organisationen Wege gefunden haben, LGBTIQ+-Anliegen im Alter systematisch zu berücksichtigen. Sie veranschaulichen, welche strukturellen und organisatorischen Lösungen sich in der Praxis bewährt haben und welche Formate der Unterstützung, Weiterbildung und Community-Arbeit international und national bereits etabliert sind. Die Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt exemplarische Ansätze vor, die unterschiedliche strategische und organisatorische Vorgehensweisen sichtbar machen. Die Beispiele zeigen, dass diversitätssensible Strukturen nicht vom individuellen Engagement Einzelner abhängen, sondern das Ergebnis bewusster organisatorischer und politischer Entscheidungen sind.

### 7.1 National

- **LGBTIQ+-Aktionsplan Vorarlberg (2022)**  
ein umfassender strategischer Rahmen zur Stärkung von Rechten, Sichtbarkeit und Schutz von LGBTIQ+ Personen. Der Aktionsplan enthält Maßnahmen zu Pflege, Gesundheit, Bildung und Verwaltung sowie konkrete Vorgaben für Landesinstitutionen. ([https://vorarlberg.at/-/aktionsplan-lgbtqi\\*](https://vorarlberg.at/-/aktionsplan-lgbtqi*))
- **Regenbogen.Treff Wien**  
ein regelmäßiges Begegnungs- und Austauschformat der Pensionist\*innenklubs Wien für ältere LGBTIQ+-Personen. Der Treff bietet offene Stammtischabende, thematische Aktivitäten sowie niedrigschwellige Vernetzung und stärkt soziale Teilhabe sowie Sichtbarkeit im Alter innerhalb kommunaler Strukturen. (<https://kwp.at/pensionistenklubs/programm-im-regenbogen-treff>)
- **50+ Prime Timers (Wien)**  
ein Angebot im Rahmen der Vienna Pride für ältere schwule und bisexuelle Männer mit Veranstaltungen, Austauschformaten und Freizeitaktivitäten. Es stärkt soziale Einbindung und bietet generationenspezifischen Austausch. (<https://viennapride.at/event/50-prime-timers>)
- **KWP – Häuser zum Leben (Wien)**  
ein Angebot der Stadt Wien, das leistbares Wohnen im Alter mit einem breiten Angebot an Aktivitäts- und Community-Programmen verbindet. In den Häusern werden Initiativen zur Öffnung gegenüber LGBTIQ+-Lebensrealitäten umgesetzt, etwa durch Sensibilisierung, thematische Veranstaltungen und Kooperationen mit Community-Akteur\*innen, um Teilhabe und Sichtbarkeit im Alltag älterer LGBTIQ+-Personen zu stärken. (<https://kwp.at/kategorie/lgbtqi>)
- **Tamo-Bestattungen (Wien)**  
ein Bestattungsunternehmen, das Bestattung als Teil des Sorge- und Care-Kontinuums versteht und sich explizit an Menschen richtet, deren soziale Bindungen nicht den traditionellen Familienstrukturen entsprechen. Tamo legt Wert auf diversitätssensible Ansprache, Berücksichtigung biografischer Lebenslagen und eine Gestaltung des Abschiedsprozesses, die Würde und Selbstbestimmung respektiert. (<https://tamo-bestattungen.at>)
- **Our Bodies (österreichweit, online)**  
ein österreichisches Projekt bzw. Kollektiv, das sich auf körperbezogene Erfahrungen marginalisierter Gruppen konzentriert und auch LGBTIQ+-Personen im Alter adressiert – mit

Fokus auf Selbstbestimmung, Körperlichkeit und Zugang zu sicheren Räumen  
(<https://ourbodies.at>)

## 7.2 International

- **Lebensort Vielfalt (Deutschland)**  
ein queeres Wohnprojekt der Schwulenberatung Berlin, das sich explizit an ältere LGBTIQ+-Personen richtet und auf eine diversitätssensible Ausgestaltung von Betreuung und Pflege abzielt. Ergänzend dazu hat die Schwulenberatung Berlin ein bundesweites Qualitätssiegel mit dem Namen „Lebensort Vielfalt“ entwickelt, das im Rahmen eines Zertifizierungsprogramms an Pflege- und Betreuungseinrichtungen vergeben wird, die definierte Standards diversitätssensibler Versorgung erfüllen. Das Wohnprojekt selbst ist damit Namensgeber eines Konzepts, das sowohl praktisch erprobt als auch über das Qualitätssiegel in andere Einrichtungen übertragen wird.  
(<https://schwulenberatungberlin.de/angebote/lebensort-vielfalt-2>)
- **Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (Deutschland)**  
ein Verein, der Community-Arbeit, Beratung, Bildungsangebote und politische Interessenvertretung schwuler Männer im höheren Lebensalter verbindet, mit dem zentralen Fokus auf Community-Bindung und Empowerment (<https://schwuleundalter.de>)
- **Lesben und Alter e.V. (Deutschland)**  
ein bundesweiter Dachverband, der lesbische Lebensrealitäten im Alter sichtbar macht, Forschung sammelt, Weiterbildungen anbietet und Einrichtungen bei der Implementierung lesbenspezifischer Bedarfe unterstützt (<https://www.lesbenundalter.de>)
- **Seminare von PMG Pflege: „LGBTQIA+ in der Pflege (multiperspektiv)“ (Deutschland)**  
ein Weiterbildungsformat, das Pflegeeinrichtungen bei der Entwicklung diversitysensibler Praxis unterstützt – mit einem Schwerpunkt auf multiprofessionellem Zugang, Fallbesprechungen und systematischer Reflexion (<https://pmg-pflege.de/lgbtqia-in-der-pflege-multi-perspektiv>)
- **queerAltern.ch (Schweiz)**  
ein Netzwerkprojekt, das altersfreundliche Strukturen für LGBTIQ+-Personen fördert. Es bietet Sensibilisierung, Beratung, Austauschformate und arbeitet mit Pflegeinstitutionen an der Entwicklung diversitysensibler Standards. (<https://queeraltern.ch>)
- **National Resource Center on LGBTQ+ Aging (USA)**  
ein nationales Kompetenzzentrum, das Forschung, Schulungen, Materialien und Policy-Guidelines zur Verbesserung der Lebensbedingungen älterer LGBTIQ+-Personen bereitstellt. Eine besondere Stärke dieser Einrichtung besteht in Fortbildungen und evidenzbasierten Toolkits für Pflegeeinrichtungen. (<https://lgbtagingcenter.org>)
- **SAGE (USA)**  
eine der größten Organisationen für ältere LGBTIQ+-Menschen weltweit. Sie bietet Unterstützungsprogramme, Advocacy, Community-Ressourcen, Trainings für Pflegeeinrichtungen und betreibt eigene Housing-Projekte. Der Schwerpunkt von Sage liegt auf Antidiskriminierung, Gesundheit und sozialer Teilhabe. (<https://www.sageusa.org>)

- **Fenway Health / LGBTQIA+ Aging Project (USA)**  
ein Public-Health- und Versorgungsinstitut in Boston mit starkem Fokus auf Forschung, klinischer Versorgung und professionellen Trainings. Das Aging Project entwickelt Fortbildungen und Modelle zur diversitätssensiblen Pflege älterer LGBTQIA+-Personen. (<https://fenwayhealth.org/the-fenway-institute/lgbtqia-aging-project/training>)
- **LGBT Foundation: Pride in Ageing Programme (UK)**  
ein Programm zur Förderung der Lebensqualität älterer LGBTQIA+-Personen inklusive Sensibilisierung von Einrichtungen, Peer-Support, Beratungsangeboten und struktureller Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern (<https://lgbt.foundation/pride-in-ageing-programme>)

## 8 Empfehlungen

Aus Public-Health-Perspektive resultieren aus den vorliegenden Ergebnissen zwei zentrale Ziele: (1) einerseits der Abbau struktureller Barrieren und Diskriminierung, (2) andererseits die Förderung von Chancengerechtigkeit, gesundheitlicher Teilhabe, Empowerment und Gesundheit älterer LGBTIQ+-Personen als spezifische Zielgruppe mit kollektiven Biografiebrüchen.

Besonders hervorzuheben ist die Rolle des Community-Empowerments. LGBTIQ+-Organisationen verfügen über gewachsene Strukturen und Netzwerke, die gerade jene Gruppen erreichen können, die für das Versorgungssystem oft schwer zugänglich sind. Auch wenn ältere Generationen noch nicht in gleichem Maße an LGBTIQ+-Netzwerke angebunden sind, liegt hier ein erhebliches Zukunftspotenzial: Mit gezielter Vorbereitung können diese Netzwerke zur zentralen Brücke werden, um kommende Generationen besser einzubinden.

Damit wird ein entscheidendes Prinzip verwirklicht: „mit statt über“. Ältere LGBTIQ+-Personen sollen nicht nur als Zielgruppe definiert, sondern als aktive Mitgestaltende in der Entwicklung von Angeboten und Strukturen beteiligt werden. Dies entspricht einem Public-Health-Verständnis, das Gesundheit nicht allein als individuelle Aufgabe begreift, sondern als Ergebnis sozialer Bedingungen, politischer Rahmen und kollektiver Teilhabe.

Die folgenden Empfehlungen orientieren sich an der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Sie adressieren strukturelle und organisationale Voraussetzungen, unter denen vielfältige Lebenslagen im Alter berücksichtigt und unterstützt werden können.

### **Alter und sexuelle/geschlechtliche Vielfalt systematisch in Chancengerechtigkeitsstrategien verankern**

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter sollte explizit als Querschnittsthema in bestehenden Strategien zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit berücksichtigt werden.

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass ältere LGBTIQ+-Personen von mehrfachen, sich überlagernden Ungleichheiten betroffen sind, die sich aus Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, biographischen Erfahrungen und sozialen Lebenslagen ergeben. Ohne ihre explizite Berücksichtigung bleibt diese Gruppe in Planungs- und Steuerungsprozessen weitgehend unsichtbar.

### **Sensibilisierung für altersbezogene Lebensrealitäten queerer Menschen stärken**

In der Entwicklung von Maßnahmen zur Chancengerechtigkeit sollte auf die spezifischen biographischen und historischen Erfahrungen älterer LGBTIQ+-Personen Bezug genommen werden.

Viele ältere LGBTIQ+-Personen haben Diskriminierung, Pathologisierung oder rechtliche Verfolgung erlebt. Diese Erfahrungen prägen Vertrauen in Institutionen, Inanspruchnahme von Angeboten und Sichtbarkeitsstrategien bis ins hohe Alter. Eine chancengerechte Ausrichtung erfordert daher Wissen über diese Kontexte.

## **Chancengerechte Zugänge statt formaler Gleichbehandlung stärken**

Maßnahmen zur Gleichbehandlung sollten durch einen expliziten Fokus auf chancengerechte Zugänge ergänzt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass formale Gleichbehandlung nicht ausreicht, wenn spezifische Bedarfe, Unsicherheiten oder Barrieren nicht aktiv berücksichtigt werden. Chancengerechtigkeit bedeutet, unterschiedliche Ausgangslagen mitzudenken und strukturelle Hürden abzubauen.

## **Aufbau von Alterskompetenz in LGBTIQ+-Communitys fördern**

Der Aufbau von Alterskompetenz in LGBTIQ+-Communitys sollte gezielt gefördert werden, um die spezifischen Lebenslagen, Bedarfe und Ressourcen älterer LGBTIQ+-Personen stärker zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zeigen, dass Alter(n) in vielen LGBTIQ+-Organisationen bislang nur eine untergeordnete Rolle gespielt hat, obwohl diese Strukturen für viele queere Menschen zentrale Orte von Zugehörigkeit, Vertrauen und Empowerment darstellen. Darüber hinaus verfügen Community-Organisationen über gewachsene Netzwerke und niedrigschwellige Zugänge, die besonders für Personen relevant sind, die institutionelle Angebote als unsicher oder schwer zugänglich erleben. Eine stärkere altersbezogene Sensibilisierung innerhalb der Communitys kann dazu beitragen, soziale Isolation zu reduzieren, Teilhabe zu fördern und Übergänge in alters- und versorgungsbezogene Unterstützungsstrukturen besser zu begleiten.

## **Förderung von Vernetzung zwischen Communitys und institutionellen Versorgungsstrukturen**

Die systematische Vernetzung zwischen LGBTIQ+-Communitys sowie institutionellen Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen sollte gestärkt und strukturell unterstützt werden.

Die Bestandsaufnahme verdeutlicht, dass bis heute nur wenige formalisierte Kooperations- und Vermittlungsstrukturen zwischen Community-Organisationen sowie formellen Versorgungs- und Unterstützungssystemen bestehen. Dabei können solche Schnittstellen eine zentrale Brückenfunktion übernehmen, insbesondere für ältere LGBTIQ+-Personen, die aufgrund früherer Diskriminierungserfahrungen oder fehlender familiärer Unterstützung zögerlich gegenüber institutionellen Angeboten sind. Vernetzung trägt dazu bei, Vertrauen aufzubauen, Zugangsbarrieren zu reduzieren und Versorgungswege besser auf die Lebensrealitäten marginalisierter Gruppen abzustimmen.

## **Wissen zu Alter und queeren Lebenslagen als Teil von Chancengerechtigkeit verstehen**

Der Aufbau und die Weitergabe von Wissen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Alter sollten als Bestandteil von Chancengerechtigkeit verstanden werden.

Fehlendes Wissen führt nicht zwangsläufig zu bewusster Diskriminierung, kann aber unbeabsichtigt zu Ausschlüssen und Unsicherheiten beitragen. Die Bestandsaufnahme verdeutlicht, dass Informationslücken auf struktureller Ebene bestehen.

## **Gruppenspezifische Aufbereitung von Informationsmaterialien und Schulungsangeboten**

Informationsmaterialien und Schulungsangebote sollten differenziert nach Subgruppen innerhalb der LGBTIQ+-Community aufbereitet und weiterentwickelt werden, insbesondere mit Blick auf das höhere Lebensalter.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zeigen, dass gesundheitliche Risiken, Versorgungsbedarfe und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans und inter\* Personen deutlich unterschiedlich sind und sich im Alter weiter ausdifferenzieren. Undifferenzierte Informations- und Schulungsangebote greifen daher zu kurz. Eine subgruppenspezifische Aufbereitung kann dazu beitragen, fachliche Handlungssicherheit zu erhöhen, stereotype Annahmen zu vermeiden und Bedarfe angemessen zu adressieren. Dies betrifft sowohl Community-Kontexte als auch professionelle Handlungsfelder und leistet einen wichtigen Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

## **Forschung, Daten und Monitoring im Sinne von Chancengerechtigkeit weiterentwickeln**

Zur nachhaltigen Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sollte die Daten- und Wissensbasis zu Alter und sexueller/geschlechtlicher Vielfalt schrittweise ausgebaut werden.

Die Bestandsaufnahme macht deutlich, dass valide Daten zu älteren LGBTIQ+-Personen in Österreich weitgehend fehlen. Diese Unsichtbarkeit erschwert eine bedarfsgerechte Planung und Evaluation.

## 9 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Die vorliegende Bestandsaufnahme zeigt, dass die Überschneidung von Alter mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt eine bislang wenig berücksichtigte Konstellation im Kontext gesundheitlicher Chancengerechtigkeit darstellt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass ältere LGBTIQ+-Personen in besonderem Maß von struktureller Unsichtbarkeit, biografisch gewachsenen Vertrauensbrüchen und Zugangsbarrieren betroffen sind, die sich auf ihre Gesundheit, Teilhabe und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten auswirken. Diese Ungleichheiten sind nicht als individuelle Besonderheiten zu verstehen, sondern als Ausdruck historischer und institutioneller Rahmenbedingungen.

Über die spezifische Zielgruppe hinaus verweisen die Befunde auf grundlegende Mechanismen, die viele Gruppen betreffen, die historisch und strukturell benachteiligt oder ausgegrenzt wurden. Formale Gleichbehandlung reicht dort nicht aus, wo unterschiedliche Ausgangslagen, Diskriminierungserfahrungen und soziale Machtverhältnisse fortwirken. Chancengerechtigkeit erfordert vielmehr Strukturen, die Unterschiede anerkennen, ohne sie zu problematisieren, und die Sicherheit, Orientierung und Teilhabe ermöglichen.

Die Analyse verdeutlicht zudem, dass Organisationen und Institutionen zentrale Orte sind, an denen Chancengerechtigkeit ermöglicht oder erschwert wird. Klare Standards, transparente Zuständigkeiten, qualifizierte Handlungssicherheit sowie Kooperationen mit zivilgesellschaftlichen und communitybasierten Akteur:innen tragen dazu bei, Unsicherheiten zu reduzieren und Zugänge zu stabilisieren. Dies gilt für Pflege- und Betreuungskontexte ebenso wie für andere Bereiche gesundheitlicher und sozialer Versorgung. Besondere Bedeutung kommt dabei partizipativen Ansätzen zu. Die Einbindung von Betroffenen und Community-Strukturen stärkt nicht nur die Passung von Angeboten, sondern fördert Vertrauen, Selbstwirksamkeit und nachhaltige Teilhabe. Community-Empowerment erweist sich damit als zentrale Ressource für Public Health, insbesondere dort, wo formale Strukturen allein nicht ausreichen, um marginalisierte Gruppen zu erreichen.

Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen und zunehmender gesellschaftlicher Vielfalt wird deutlich, dass die Auseinandersetzung mit Alter und queeren Lebenslagen über eine spezifische Zielgruppe hinausweist. Sie fungiert als exemplarisches Feld, um strukturelle Bedingungen von Chancengerechtigkeit sichtbar zu machen und weiterzuentwickeln. Die vorliegende Bestandsaufnahme versteht sich daher als Ausgangspunkt für eine breitere Diskussion darüber, wie Gesundheits- und Unterstützungssysteme so gestaltet werden können, dass sie der Vielfalt von Lebensrealitäten im Alter gerecht werden.

# Literatur

- Acosta, Maria Magdalena; Lottmann, Ralf (2025): Soziale Netzwerke und Pflege von älteren lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans\* und inter\* Personen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 58/5:383-389
- Appenroth, Max Nicolai; Lottmann, Ralf (2019): Altern Trans anders? Empirische Befunde internationaler Untersuchungen zu trans Identitäten, Gesundheit und Alter(n). In: Trans & Care Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Hg. v. Appenroth, Max Nicolai; Varela, María do Mar Castro. transcript Verlag, Bielefeld. S. 287-S. 302
- Arksey, Hilary; O'Malley, Lisa (2005): Scoping studies: towards a methodological framework. In: International Journal of Social Research Methodology 8/1:19-32
- Bailey, Dan; Calasanti, Toni; Crowe, Andrew; di Lorito, Claudio; Hogan, Patrick; de Vries, Brian (2022): Equal but different! Improving care for older LGBT+ adults. In: Age and Ageing 51/6:142
- Baril, Alexandre; Silverman, Marjorie (2024): "We're still alive, much to everyone's surprise": The experience of trans older adults living with dementia in an ageist, cisgenderist, and cognitivist society. In: Journal of Aging Studies 68/:101208
- Baumgartinger, Persson Perry (2019): Die staatliche Regulierung von Trans: Der Transsexuellen-Erlass in Österreich (1980-2010). Eine Dispositivgeschichte. Hg. v. Universität Wien, Theodor-Körner-Fonds agpro-Forschungspreis. 1st ed. Aufl., transcript Verlag, Bielefeld
- Berkman, Cathy; Stein, Gary L.; Javier, Noelle Marie; O'Mahony, Sean; Maingi, Shail; Godfrey, David (2024): Disrespectful and inadequate palliative care to transgender persons. In: Palliative and Supportive Care 22/1:3-9
- Berktaş, Aleyna Demirel; Tanrıverdi, Gulbu (2025): Intercultural tolerance in nursing care: A cross-sectional study with practical reflections. In: Nursing Communications 9/:e2025001–e2025032
- Berry, Adeline W.; Monro, Surya (2022): Ageing in obscurity: a critical literature review regarding older intersex people. In: Sexual and Reproductive Health Matters 30/1:2136027
- Brady, Brooke; Zheng, Lidan; Kootar, Scherazad; Anstey, Kaarin Jane (2024): Sex and gender differences in risk scores for dementia and Alzheimer's disease among cisgender, transgender, and non-binary adults. In: Alzheimers Dement 20/1:5-15
- Bränström, Richard; Hatzenbuehler, Mark L.; Pachankis, John E.; Link, Bruce G. (2016): Sexual Orientation Disparities in Preventable Disease: A Fundamental Cause Perspective. In: Am J Public Health 106/6:1109-1115
- Bundesministerium für Justiz (2024): Befreiter Regenbogen – Studie „Befreiter Regenbogen: Die Beseitigung von Verfolgung und Diskriminierung in Österreich 1945-2024“ [online]. <https://www.bmj.gv.at/themen/Fokusthemen/Befreiter-Regenbogen.html> [Zugriff am 22.09.2025]

- Bundeszentrale für politische Bildung (2025): Medizinische Einordnung von Trans-Identität [online]. <https://www.bpb.de/themen/gender-diversitaet/geschlechtliche-vielfalt-trans/245353/medizinische-einordnung-von-trans-identitaet/> [Zugriff am 22.09.2025]
- Caceres, Billy A.; Travers, Jasmine; Primiano, Jillian E.; Luscombe, Rachel E.; Dorsen, Caroline (2020): Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. In: *The Gerontologist* 60/3:e169-e183
- Candrian, Carey; Cloyes, Kristin G. (2021): "She's Dying and I Can't Say We're Married?": End-of-Life Care for LGBT Older Adults. In: *Gerontologist* 61/8:1197-1201
- Capistrant, Benjamin D.; Nakash, Ora (2019): Suicide Risk for Sexual Minorities in Middle and Older Age: Evidence From the National Survey on Drug Use and Health. In: *Am J Geriatr Psychiatry* 27/5:559-563
- Carnahan, Jennifer L.; Pickett, Andrew C. (2024): Postacute Care and Long-term Care for LGBTQ+ Older Adults. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 40/2:321-331
- Carpenter, Morgan (2016): The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change. In: *Reproductive Health Matters* 24/47:74-84
- Catlett, Lauren; Acquaviva, Kimberly D.; Campbell, Lisa; Ducar, Dallas; Page, Enoch H.; Patton, Jude; Campbell, Cathy (2023): End-of-Life Care for Transgender Older Adults. In: *Global Qualitative Nursing Research* 10/:1-13
- Ceolin, Chiara; Papa, Mario V.; Scala, Alberto; Sergi, Giuseppe; Garolla, Andrea (2024): Getting old in the desired gender: a systematic review on aging diseases in transgender people. In: *Journal of Endocrinological Investigation* 47/8:1851-1862
- Chidiac, Claude; Walshe, Catherine; Lowers, Jane; Preston, Nancy (2025): The needs, preferences, and experiences of LGBT + people living with dementia: a systematic review with thematic synthesis. In: *BMC Geriatrics* 25/1:326
- Colledge, Lisa; Hickson, Ford; Reid, David; Weatherburn, Peter (2015): Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. In: *J Public Health (Oxf)* 37/3:427-437
- Crimp, Douglas (1989): Mourning and Militancy. In: *JSTOR* 51/3:18
- Danon, Limor Meoded; Schweizer, Katinka; Thies, Barbara (2023): Opportunities and challenges with the German act for the protection of children with variations of sex development. In: *International Journal of Impotence Research* 35/1:38-45
- De Jong, Anna; Swerhun, Kyle; Brink, Peter; Martin, Lynn (2024): Palliative care service provision and use among 2SLGBTQIA + individuals: a scoping review. In: *BMC Palliative Care* 23/1:243
- Di Lorito, Claudio; Bosco, Alessandro; Peel, Elizabeth; Hinchliff, Sharron; Dening, Tom; Calasanti, Toni; de Vries, Brian; Cutler, Neil; Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Harwood, Rowan H. (2022): Are dementia services and support organisations meeting the needs of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) caregivers of LGBT people living with dementia? A scoping review of the literature. In: *Aging Ment Health* 26/10:1912-1921

- Dunne, Melissa (2024): IPSOS LGBT+ PRIDE REPORT 2024. A 26-Country Ipsos Global Advisor Survey. Ipsos, Paris
- Earp, Brian D.; Steinfeld, Rebecca (2018): Genital autonomy and sexual well-being. In: Current Sexual Health Reports 10/:7-17
- EfEU (2023): Meilensteine der LGBTIAQ\* Geschichte in Österreich. Verein EfEU, Wien
- Europäische Kommission (2020): Mitteilung der Kommission an das europäische Parlament, den Rat den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Europäische Kommission, Brüssel
- European Commission (2020): Union of Equality: LGBTIQ Equality Strategy 2020–2025. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- European Union Agency for Fundamental Rights (2025): EU LGBTIQ Survey III: Technical Report. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Fasullo, Katherine; McIntosh, Erik; Buchholz, Susan W.; Ruppert, Todd; Ailey, Sarah (2022): LGBTQ Older Adults in Long-Term Care Settings: An Integrative Review to Inform Best Practices. In: Clinical Gerontologist 45/5:1087-1102
- Feinstein, Brian A.; Dyar, Christina (2017): Bisexuality, Minority Stress, and Health. In: Current Sexual Health Reports 9/1:42-49
- Fenkl, Eric A. (2012): Aging Gay Men: A Review of the Literature. In: Journal of LGBT Issues in Counseling 6/3:162-182
- Flatt, Jason D.; Cicero, Ethan C.; Kittle, Krystal R.; Brennan-Ing, Mark (2022): Recommendations for Advancing Research With Sexual and Gender Minority Older Adults. In: J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 77/1:1-9
- FRA (2009): Charta der Grundrechte der Europäischen Union [online]. European Union Agency for Fundamental Rights <https://fra.europa.eu/de/eu-charter> [Zugriff am 04.04.2025]
- FRA (2024): EU LGBTIQ Survey III, 2023 [online]. European Agency for Fundamental Rights. <https://fra.europa.eu/de/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtig-survey-iii> [Zugriff am 04.04.2025]
- FRA; Schwartz, Luc (2015): Fundamental Rights of Intersex People in Europe. European Institute for Gender Equality, Lithuania
- Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Jen, Sarah; Bryan, Amanda E. B.; Goldsen, Jayn (2016): Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Other Dementias in the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Older Adults and Their Caregivers: Needs and Competencies. In: Journal of Applied Gerontology 37/5:545-569
- Fredriksen-Goldsen, Karen I. (2016): The Future of LGBT+ Aging: A Blueprint for Action in Services, Policies, and Research. In: Generations 40/2:6-15

- Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Kim, Hyun-Jun; Barkan, Susan E.; Muraco, Anna; Hoy-Ellis, Charles P. (2013): Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. In: *Am J Public Health* 103/10:1802-1809
- Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Kim, Hyun-Jun; Shui, Chengshi; Bryan, Amanda E. B. (2017a): Chronic Health Conditions and Key Health Indicators Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older US Adults, 2013-2014. In: *Am J Public Health* 107/8:1332-1338
- Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Shiu, Chengshi; Bryan, Amanda E. B.; Goldsen, Jayn; Kim, Hyun-Jun (2017b): Health Equity and Aging of Bisexual Older Adults: Pathways of Risk and Resilience. In: *The Journals of Gerontology: Series B* 72/3:468-478
- Gaiswinkler, Sylvia; Pfabigan, Johanna; Pentz, Richard; Teufel, Lukas; Winkler, Roman (2023): *LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Gleichbehandlungsanwaltschaft (2020): Neuer Erlass zur Anerkennung intergeschlechtlicher Menschen [online]. <https://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.gv.at/aktuelles-und-services/aktuelle-informationen/Neuer-Erlass-zur-Anerkennung-intergeschlechtlicher-Menschen.html> [Zugriff am 22.09.2025]
- Gleichbehandlungsanwaltschaft (2025): Gleichstellungspolitik – Forderungen [online]. <https://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.gv.at/Gleichstellungspolitik/Forderungen.html> [Zugriff am 04.02.2025]
- Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich (2023): Für LGBTQIA+ – Das sind deine Rechte! (2023). Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, Wien
- Hafford-Letchfield, Trish; Simpson, Paul; Willis, Paul B.; Almack, Kathryn (2018): Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. In: *Health & Social Care in the Community* 26/2:e312-e320
- Han, Benjamin H.; Duncan, Dustin T.; Arcila-Mesa, Mauricio; Palamar, Joseph J. (2020): Co-occurring mental illness, drug use, and medical multimorbidity among lesbian, gay, and bisexual middle-aged and older adults in the United States: a nationally representative study. In: *BMC public health* 20/1:1123
- Hawthorne, Oliver; Camic, Paul M.; Rimes, Katharine A. (2020): Understanding the structure, experiences and challenges of social support for older lesbian, gay and bisexual people: a systematic review. In: *Ageing and Society* 40/2:282-305
- Huntley, Richard; Andrietta, Svärd; Ann-Christine, Petersson Hjelm; Matilda, Wurm; and Bratt, Anna Sofia (2025): Lived Experiences of Older LGBTQI+ Adults Aged 60 or Older: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. In: *Journal of homosexuality* 73/1:26-63
- ILGA Europe (2025): Rainbow Map – Legal & policy maps for LGBTI rights in Europe [online]. <https://rainbowmap.ilga-europe.org/> [Zugriff am 22.09.2025]

- IMeV (2021): Faktenpapier 5: Fakten zu Intergeschlechtlichkeit. Wie können intergeschlechtliche Menschen in Pflegeeinrichtungen gut versorgt werden? Intergeschlechtliche Menschen e. V., Hamburg
- Javier, Noelle Marie (2021): Palliative care needs, concerns, and affirmative strategies for the LGBTQ population. In: Palliat Care Soc Pract 15/:1-17
- Javier, Noelle Marie; Oswald, Austin Gerhard (2019): Health for the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ) Older Adults. In: Current Geriatrics Reports 8/2:107-116
- Kneale, Dylan; Henley, Josie; Thomas, James; French, Robert (2021): Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. In: Ageing and Society 41/3:493-515
- Lampalzer, Ute; Briken, Peer; Schweizer, Katinka (2021): 'That decision really was mine...'. Insider perspectives on health care controversies about intersex/diverse sex development. In: Culture, Health & Sexuality 23/4:472-483
- Lampe, Nik M.; Barbee, Harry; Tran, Nathaniel M.; Bastow, Skyler; McKay, Tara (2023): Health Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Older Adults: A Structural Competency Approach. In: The International Journal of Aging and Human Development 98/1:39-55
- Larndorfer, Peter; Meran, Eva; Beckershaus, Louise (2018): Kämpfe um Gleichstellung: Die Homosexuellenbewegung in Österreich – Unterrichtsmaterialien. Haus der Geschichte Österreich, Wien
- Lintott, Lisa; Beringer, Robert; Do, Annie; Daudt, Helena (2022): A rapid review of end-of-life needs in the LGBTQ+ community and recommendations for clinicians. In: Palliative Medicine 36/4:609-624
- Loeb, Aaron J.; Wardell, Diane; Johnson, Constance M. (2021): Coping and healthcare utilization in LGBTQ older adults: A systematic review. In: Geriatric Nursing 42/4:833-842
- Lu, Junje Anderson; Soltani, Shamsi; Austin, S. Bryn; Rehkopf, David H.; Lunn, Mitchell R.; Langston, Marvin E. (2025): Mental Health Disparities by Sexual Orientation and Gender Identity in the All of Us Research Program. In: JAMA Netw Open 8/1:e2456264
- Ma, Sung Jun; Oladeru, Oluwadamilola T.; Wang, Katy; Attwood, Kristopher; Singh, Anurag K.; Haas-Kogan, Daphne A.; Neira, Paula M. (2021): Prostate Cancer Screening Patterns Among Sexual and Gender Minority Individuals. In: European urology 79/5:588-592
- Marshall, Austin; Cahill, Sean (2022): Barriers and opportunities for the mental health of LGBT older adults and older people living with HIV: a systematic literature review. In: Aging Ment Health 26/9:1845-1854
- Matthes-Rösler, Sascha P. (2024): Die österreichische Strafrechtsgeschichte im Vergleich zwischen Maria Theresia und Joseph II. Joseph dem Zweiten, Salzburg, 1 Online-Ressource (78 Seiten), Illustrationen

- McCarthy, Joanne; das Nai, Roshan (2018): Levels and layers of invisibility. Exploring the intersections of ethnicity, culture and religion in the lives of older LGBT people. In: Older Lesbian, Gay, Bisexual and Trans People Minding the Knowledge Gaps. Hg. v. King, Andrew et al. Routledge, London. S. 92-S. 75
- McInnis, Meghan K.; Pukall, Caroline F. (2020): Sex After Prostate Cancer in Gay and Bisexual Men: A Review of the Literature. In: Sexual Medicine Reviews 8/3:466-472
- McMullen-Roach, Sarah; Kumar, Saravana; Inacio, Maria; Murray, Carolyn (2025): The Perspectives and Experiences of Older LGBTI+ Adults About Long-Term Care: A Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. In: Gerontologist 65/7:1-17
- McParland, James; Camic, Paul M. (2016): How do lesbian and gay people experience dementia? In: Dementia 17/4:452-477
- Nowakowski, Alexandra C. H.; Chan, Alan Y.; Miller, Jordan F.; Sumerau, J. E. (2019): Illness Management in Older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Couples: A Review. In: Gerontol Geriatr Med 5/:2333721418822865
- OII Europe (2023): What is Intersex Genital Mutilation (IGM)? [online]. Organisation Intersex International Europe e.V. [https://www.oii europe.org/igm/#:~:text=protection%20from%20IGM-.What%20is%20Intersex%20Genital%20Mutilation%20\(IGM\)%3F,%E2%80%9D%20or%20%E2%80%9Cfemale%E2%80%9D%20genitals](https://www.oii europe.org/igm/#:~:text=protection%20from%20IGM-.What%20is%20Intersex%20Genital%20Mutilation%20(IGM)%3F,%E2%80%9D%20or%20%E2%80%9Cfemale%E2%80%9D%20genitals) [Zugriff am 12.03.2026]
- OII Europe (2025): Yellow. Purple. Silver. What about intersex seniors? [online]. Organisation Intersex International Europe. <https://campaigns.oii europe.org/yellow-purple-silver-campaign/> [Zugriff am 07.10.2025]
- OpenGlobalRights (2023): From LGBTQIA+ to SOGIESC: Reframing sexuality, gender, and human rights [online]. <https://www.openglobalrights.org/lgbtqia-to-sogiesc-reframing-sexuality-gender-human-rights/> [Zugriff am 22.09.2025]
- Organization Intersex International Germany (2021): Inter\* und Sprache A – Z: Leitfaden zu Begriffen rund um Intergeschlechtlichkeit. OII Germany, Berlin
- Osmancevic, Selvedina; Steiner, Laura Maria; Großschädl, Franziska; Lohrmann, Christa; Schoberer, Daniela (2025): The effectiveness of cultural competence interventions in nursing: A systematic review and meta-analysis. In: International Journal of Nursing Studies 167/:105079
- Österreich.gv.at (2025): Änderung der Geschlechtszugehörigkeit [online]. [https://www.oesterreich.gv.at/de/themen/persoенliche\\_dokumente\\_und\\_bestaetigungen/aenderung-der-geschlechtszugehoerigkeit](https://www.oesterreich.gv.at/de/themen/persoенliche_dokumente_und_bestaetigungen/aenderung-der-geschlechtszugehoerigkeit) [Zugriff am 22.09.2025]
- Pereira, Henrique; de Vries, Brian; Serzedelo, António; Serrano, Juan Pedro; Afonso, Rosa Marina; Esgalhado, Graça; Monteiro, Samuel (2019): Growing Older Out of the Closet: A Descriptive Study of Older LGB Persons Living in Lisbon, Portugal. In: Int J Aging Hum Dev 88/4:422-439

- Pertl, Luan; Schönplflug, Karin (2022): Inter\* und Alter(n) – Erste Handlungsempfehlungen für Berlin. Schwulenberatung Berlin gGmbH, Fachstelle LSBTI\*, Altern und Pflege, Berlin
- Pijpers, Roos; Honsbeek, Krystel (2025): The complexities of implementing an LGBT inclusion scheme in residential care: sharing knowledge, overcoming opposition and producing in- and exclusion. In: *Ageing and Society* 45/3:594-613
- Plan International (2024): Plan International's Position Paper on People with diverse Sexual Orientation, Gender Identity and Expression and Sex Characteristics (SOGIESC). Plan International, London
- Protestwanderweg (o.J.): Strafrechtliche Verfolgung in Österreich [online]. Wiener Forum für Demokratie und Menschenrechte. Martin Auer.  
[https://www.protestwanderweg.at/roliv/villa\\_05.php](https://www.protestwanderweg.at/roliv/villa_05.php) [Zugriff am 22.09.2025]
- Radomska, Marietta; Mehrabi, Tara; Lykke, Nina (2020): Queer Death Studies: Death, Dying and Mourning from a Queerfeminist Perspective. In: *Australian Feminist Studies* 35/104:81-100
- Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) (1993): Bundes-Gleichbehandlungsgesetz – B-GIBG (Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 21. September 2025)
- Reis, Elizabeth (2019): Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery. In: *Medical Law Review* 27/4:658-674
- Reisner, Sari L.; Poteat, Tonia; Keatley, JoAnne; Cabral, Mauro; Mothopeng, Tampose; Dunham, Emilia; Holland, Claire E.; Max, Ryan; Baral, Stefan D. (2016): Global health burden and needs of transgender populations: a review. In: *The Lancet* 388/10042:412-436
- Reuter, Friederike; Brunnett, Regina (2020): 3.5 Inter\* und Alter(n). In: *LSBTIQ\* und Alter(n)*. Hg. v. Zeyen, Tamara-Louise et al. Vandenhoeck & Ruprecht, GöttingenS. 119-126
- Riebenbauer, Anna; Schenk, Martin (2017): Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Rosa, William E.; Roberts, Kailey E.; Braybrook, Debbie; Harding, Richard; Godwin, Kendra; Mahoney, Cassidy; Mathew, Shiyon; Atkinson, Thomas M.; Banerjee, Smita C.; Haviland, Kelly; Hughes, Tonda L.; Walters, Chasity B.; Parker, Patricia A. (2022): Palliative and end-of-life care needs, experiences, and preferences of LGBTQ+ individuals with serious illness: A systematic mixed-methods review. In: *Palliative Medicine* 37/4:460-474
- Saunders, Catherine L.; Massou, Efthalia; Waller, Jo; Meads, Catherine; Marlow, Laura A. V.; Usher-Smith, Juliet A. (2021): Cervical screening attendance and cervical cancer risk among women who have sex with women. In: *Journal of Medical Screening* 28/3:349-356
- Schönplflug, Karin; Eberhardt, Viktoria (2021): Senior\*innen-WGs für LGBTQI+ Personen. Bedarfsevaluation. Institut für Höhere Studien (IHS); Institut für Konfliktforschung (IKF), Wien

- Schoppmann, Claudia (2014): Lesbische Frauen und weibliche Homosexualität im Dritten Reich Forschungsperspektiven. In: *Homosexuelle im Nationalsozialismus: Neue Forschungsperspektiven zu Lebenssituationen von lesbischen, schwulen, bi-, trans- und intersexuellen Menschen 1933 bis 1945*. Hg. v. Michael Schwartz. De Gruyter Oldenbourg, München. S. 85-S. 92
- Silverman, Marjorie; Baril, Alexandre (2023): "We Have to Advocate so Hard for Ourselves and Our People": Caring for a Trans or Non-Binary Older Adult with Dementia. In: *LGBTQ+ Family: an Interdisciplinary Journal* 19/3:187-210
- Simpson, Paul; Almack, Kathryn; Walthery, Pierre (2018): 'We treat them all the same': the attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes. In: *Ageing and Society* 38/5:869-899
- Smith, Carly P.; George, Daniel R. (2021): Bisexual Women's Invisibility in Health Care. In: *AMA J Ethics* 23/7:E563-568
- Smith, Louisa; Chesher, Isabelle; Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Ward, Richard; Phillipson, Lyn; Newman, Christy E.; Delhomme, Felix (2024): Investigating the lived experience of LGBT+ people with dementia and their care partners: a scoping review. In: *Ageing and Society* 44/4:843-866
- Stadt Wien (2025): Anerkennung von Intergeschlechtlichkeit in Österreich – Anerkennung dritte Geschlechterkategorie [online]. <https://www.wien.gv.at/zusammenleben/anererkennung-dritte-geschlechterkategorie> [Zugriff am 22.09.2025]
- Statistik Austria (2025): Statistik des Bevölkerungsstandes (gerundete Ergebnisse), ab 2025: Bevölkerungsprognose 2025 (gerundete Ergebnisse). Bevölkerung im Jahresdurchschnitt [online]. Statistik Austria. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender> [Zugriff am 07.10.2025]
- Stein, Gary L.; Berkman, Cathy; Acquaviva, Kimberly; Woody, Imani; Godfrey, David; Javier, Noelle Marie; O'Mahony, Sean; gonzález-rivera, christian; Maingi, Shail; Candrian, Carey; Rosa, William E. (2023): Project Respect: experiences of seriously ill LGBTQ+ patients and partners with their health care providers. In: *Health Affairs Scholar* 1/4:qxad049
- Stein, Gary L.; Berkman, Cathy; O'Mahony, Sean; Godfrey, David; Javier, Noelle M.; Maingi, Shail (2020): Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients and Families in Hospice and Palliative Care: Perspectives of the Palliative Care Team. In: *J Palliat Med* 23/6:817-824
- Telazzi, Ilaria; Colombo, Barbara (2024): Health disparities among LGBTQ+ older adults: challenges and resources. A systematic review. In: *Journal of Health and Social Sciences* 2024/9 (1):24-85
- Teufel, Lukas; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2025): Gender identity and sexual orientation in Austrian adolescents. In: *PLOS Glob Public Health* 5/2:e0004279

- Tran, Nguyen K; Lunn, Mitchell R; Schulkey, Claire E; Tesfaye, Samantha; Nambiar, Siddhartha; Chatterjee, Snigdhasu; Kozlowski, Dawn; Lozano, Paula; Randal, Fornessa T; Mo, Yicklun; Qi, Siya; Hundertmark, Ell; Eastburn, Chloe; Pho, Anthony T; Dastur, Zubin; Lubensky, Micah E; Flentje, Annesa; Obedin-Maliver, Juno (2023): Prevalence of 12 Common Health Conditions in Sexual and Gender Minority Participants in the All of Us Research Program. In: JAMA Netw Open 6/7:e2324969
- Trans Student Educational Resources (o. J.): Why We Used Trans\* and Why We Don't Anymore [online]. Trans Student Educational Resources. <https://transstudent.org/issues/asterisk/> [Zugriff am 12.01.2026]
- TrIQ; VIMÖ (2020): INTER\*. Informationen für Ärzt\_innen, Therapeut\_innen & andere pflegende und medizinische Berufsgruppen. Aufl. 2. vollständig überarbeitete Auflage, Dezember 2020 (Die 1. Auflage wurde 2013 von TrIQ in Kooperation mit OII-Deutschland herausgegeben). TransInterQueer e.V., Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich, Berlin
- United Nations (2015): Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, New York
- United States Holocaust Memorial Museum (2025): Lesbians under the Nazi regime [online]. <https://encyclopedia.ushmm.org/content/de/article/lesbians-under-the-nazi-regime> [Zugriff am 22.09.2025]
- Valenti, Korijna G.; Jen, Sarah; Parajuli, Jyotsana; Arbogast, Annabelle; Jacobsen, Anna L.; Kunkel, Suzanne (2020): Experiences of Palliative and End-of-Life Care among Older LGBTQ Women: A Review of Current Literature. In: J Palliat Med 23/11:1532-1539
- Vartolomei, Liliana; Petrov, Patrik; Vartolomei, Mihai Dorin; Shariat, Shahrokh F. (2025): Impact of Prostate Cancer Treatment on Quality of Life of LGBTQ+ Patients: A Systematic Review. In: World J Mens Health 43/4:773-783
- Velasco, Judith; Miranda-Tena, Andrea; Sanmartín, Francisco J. (2024): Bisexual Discrimination, Internalized Binegativity and their Impact on Mental Health. In: Sexuality Research and Social Policy 21/3:1100-1111
- Verfassungsgerichtshof (2017): Unterscheidung zwischen Ehe und eingetragener Partnerschaft verletzt Diskriminierungsverbot. Der VfGH hebt die unterschiedlichen Regelungen für verschieden- und gleichgeschlechtliche Paare mit Ablauf des 31. Dezember 2018 auf [online]. [https://www.vfgh.gv.at/medien/Ehe\\_fuer\\_gleichgeschlechtliche\\_Paare.de.php](https://www.vfgh.gv.at/medien/Ehe_fuer_gleichgeschlechtliche_Paare.de.php) [Zugriff am 07.10.2025]
- Verfassungsgerichtshof (2018): Intersexuelle Personen haben Recht auf adäquate Bezeichnung im Personenstandsregister [online]. [https://www.vfgh.gv.at/medien/Personenstandsgesetz\\_-\\_intersexuelle\\_Personen.php](https://www.vfgh.gv.at/medien/Personenstandsgesetz_-_intersexuelle_Personen.php) [Zugriff am 22.09.2025]
- Wegleitner, Klaus; Heller, Andreas; Schuchter, Patrick (2021): Public Health als kommunale Sorgeskultur. In: Public Health: Disziplin – Praxis – Politik. Hg. v. Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden S. 285-302

- Westwood, Susan Linda (2016): Gender, sexuality, gender identity and dementia. In: (In)equality issues. Hg. v. Westwood, Sue; Price, Elizabeth. RoutledgeS. 21-34
- World Population Review (2025): Which Country Has the Largest LGBTQI+ Population? [online]. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/lgbtq-population-by-country> [Zugriff am 07.08.2025]
- Wurm, Matilda; Tove, Lundberg; Mejias, Nihlén T.; and Malmquist, Anna (2024): Minority joy, minority growth, and minority peace: Transgender and gender diverse people's varied positive lived experiences. In: International Journal of Transgender Health 27/1:608-623
- Yazdanpanah, Omid; Benjamin, David J.; Rezazadeh Kalebasty, Arash (2023): Prostate Cancer in Sexual Minorities: Epidemiology, Screening and Diagnosis, Treatment, and Quality of Life. In: Cancers 15/9:2654
- Yu, Hyunmin; Ancheta, April J.; Flores, Dalmacio Dennis; Bonett, Stephen; Meanley, Steven; Choi, Seul Ki; Bauermeister, José A. (2024): Nurse leaders' recommendations for implementing LGBTQ+ inclusive practices in health systems: A qualitative descriptive study. In: International Journal of Nursing Studies Advances 7/:100262
- Yu, Hyunmin; Flores, Dalmacio Dennis; Bonett, Stephen; Bauermeister, José Arturo (2023): LGBTQ + cultural competency training for health professionals: a systematic review. In: BMC Medical Education 23/1:558
- Yu, Hyunmin; McHugh, Matthew D.; Bauermeister, José A.; Hanneman, Tari; Lasater, Karen B. (2025): LGBTQ+ Inclusive Policies, Nurse Job Outcomes, and Quality of Care in Hospitals. In: JAMA Network Open 8/3:e251765-e251765
- Zeeman, Laetitia; Aranda, Kay (2020): A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance. In: Int J Environ Res Public Health 17/18:6533
- Zeeman, Laetitia; Sherriff, Nigel; Browne, Kath; McGlynn, Nick; Aujean, Sophie; Pinto, Nuno; Davis, Ruth; Mirandola, Massimo; Gios, Lorenzo; Amaddeo, Francesco; Donisi, Valeria; Rosinska, Magdalena; Niedźwiedzka-Stadnik, Marta; Pierson, Anne (2017): Health4LGBTI. State-of-the-Art Synthesis Report (SSR). European Union
- Zeeman, Laetitia; Sherriff, Nigel; Browne, Kath; McGlynn, Nick; Mirandola, Massimo; Gios, Lorenzo; Davis, Ruth; Sanchez-Lambert, Juliette; Aujean, Sophie; Pinto, Nuno; Farinella, Francesco; Donisi, Valeria; Niedźwiedzka-Stadnik, Marta; Rosińska, Magdalena; Pierson, Anne; Amaddeo, Francesco (2019): A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. In: European journal of public health 29/5:974-980
- Anhang 1:  
Fragebogen für stationäre Pflegeeinrichtungen

## Einleitung

Die Betreuung und Pflege älterer Menschen erfordern eine sensible und bedarfsgerechte Herangehensweise. Dabei spielen auch geschlechtliche und sexuelle Vielfalt eine wichtige Rolle.

Oft wird der Begriff LGBTQ+ verwendet, um diese Vielfalt zu beschreiben. Er steht für lesbisch, schwul (gay), bisexuell, trans, intergeschlechtlich und queer. Für eine bessere Lesbarkeit werden in diesem Fragebogen folgende Begriffe verwendet:

- „geschlechtliche und sexuelle Vielfalt“, wenn es um das Thema allgemein geht
- „LGBTIQ+“, wenn es um Personen geht

Was wird darunter verstanden?

- **geschlechtliche Vielfalt:** die Vielfalt an Geschlechtern, Geschlechtsidentitäten und Geschlechtsausdrücken, die über die binäre Vorstellung von „männlich“ und „weiblich“ hinausgeht
- **sexuelle Vielfalt:** unterschiedliche sexuelle und romantische Orientierungen (z. B. heterosexuell, lesbisch, schwul, bisexuell, pansexuell, asexuell).

Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt ist in Pflegeeinrichtungen unterschiedlich präsent. Egal, ob dies in Ihrer Einrichtung bereits ein Thema ist oder nicht – Ihre Erfahrungen und Einschätzungen sind wertvoll, um Bedarfe und mögliche Verbesserungen sichtbar zu machen und die Vernetzung in diesem Bereich zu stärken.

Dieser Fragebogen ist Teil einer Bestandsaufnahme zu LGBTQ+ und Alter in Österreich, die von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durchgeführt wird.

Dabei soll Folgendes in Erfahrung gebracht werden:

- Wie präsent sind geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in Ihrer Einrichtung?
- Gibt es bereits Angebote für ältere LGBTQ+-Personen oder Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt?

Das Ziel des Fragebogens ist, zu erfassen, wie Pflegeeinrichtungen mit der Vielfalt der Geschlechter und sexuellen Orientierungen umgehen, welche Erfahrungen und Bedarfe in dieser Hinsicht bestehen und welche Unterstützung in diesem Bereich notwendig wäre.

Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 10–15 Minuten.

**Jede Rückmeldung ist wertvoll – vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Bei Fragen und Anregungen können Sie sich gern an uns wenden: [johanna.pfabigan@goeg.at](mailto:johanna.pfabigan@goeg.at)

---

## Allgemeine Informationen zur Einrichtung

---

Erklärung für die folgenden Fragen:

Wir bitten Sie, die Fragen für Ihren unmittelbaren Arbeitsbereich zu beantworten, zu dem Sie eine Einschätzung abgeben können. Das kann zum Beispiel sein:

- der Wohnbereich, in dem Sie arbeiten
  - das Gebiet, in dem Sie arbeiten
  - das Haus, in dem Sie arbeiten
  - im Fall der zentralen Verwaltung möglicherweise auch die gesamte Organisation
1. Wie würden Sie den Tätigkeitsbereich Ihrer Einrichtung beschreiben? [Mehrfachnennungen möglich]
    - a) stationäre Einrichtung: Pflegeheim (Lang- und Kurzzeitpflege)
    - b) stationäre Einrichtung: alternative Wohnformen (z. B. WG)
    - c) stationäre Pflegeeinrichtungen: teilstationäre Tagesbetreuung
    - d) mobile Betreuungs- und Pflegedienste
    - e) Tageszentrum
    - f) andere, und zwar: [FREITEXT]
  2. Unter welcher Postleitzahl befindet sich Ihre Einrichtung?
    - a) [PLZ]
  3. Bundesland:
    - a) Burgenland
    - b) Kärnten
    - c) Niederösterreich
    - d) Oberösterreich
    - e) Salzburg
    - f) Steiermark
    - g) Tirol
    - h) Vorarlberg
    - i) Wien
    - j) österreichweite Einrichtung
  4. Wie viele Personen arbeiten (in etwa) in Ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld?
    - a) 1–50 Personen
    - b) 51–100 Personen
    - c) 101–250 Personen
    - d) 251–500 Personen
    - e) mehr als 500 Personen
    - f) keine Angabe

5. Wie viele Personen werden momentan in Ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld (in etwa) betreut?
- a) 1–20 Personen
  - b) 21–50 Personen
  - c) 51–100 Personen
  - d) 101–250 Personen
  - e) 251–500 Personen
  - f) mehr als 500 Personen
  - g) keine Angabe

---

#### Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der Einrichtung

---

6. Ist in Ihrer Einrichtung sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ein Thema?
- a) ja, ist ein Thema
  - b) nein, ist kein Thema
  - c) weiß ich nicht / keine Angabe

**Filter: wenn mit „ja“ beantwortet:**

7. Können Sie bitte kurz beschreiben, in welchem Zusammenhang dieses Thema in Ihrer Einrichtung behandelt wird? (z. B. durch Teambesprechungen, Schulungen, Leitlinien, Angebote, Projekte etc.)
- a) Freitext: \_\_\_\_\_
8. Gibt es in Ihrer Einrichtung Schulungen zu Diversität?
- a) ja
  - b) nein
  - c) weiß ich nicht / keine Angabe

**Filter: wenn 8 mit „ja“ beantwortet:**

9. zu welchen Aspekten der Diversität? [Mehrfachnennungen möglich]
- a) Gleichberechtigung/Unterschiede von Männern und Frauen (Männer/Frauen)
  - b) geschlechtliche Vielfalt (z. B. Unterschiede/Gemeinsamkeiten nichtbinär, trans, intergeschlechtlich)
  - c) sexuelle Orientierung
  - d) Migration und Flucht
  - e) Religion/Weltanschauung
  - f) sozialer Status
  - g) Behinderung
  - h) kognitiver Status (z. B. zum Thema Demenz, psychische Erkrankungen)
  - i) andere, und zwar: [Freifeld Text]

**Filter: wenn 8 mit „ja“ beantwortet:**

10. In welchem Umfang bzw. in welcher Form gab es in Ihrer Einrichtung Fortbildungen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt (zu LGBTQI+-spezifischen Themen)?

*Interne Schulungen werden durch hauseigene Expert:innen oder Lehrende angeboten, externe Schulungen durch Fachorganisationen, Beratungsstellen oder spezialisierte Trainer:innen. Eine Einschätzung reicht, Sie müssen es nicht auf den Prozentpunkt genau wissen.*

- a) weitreichende interne Schulung(en) vieler Mitarbeitender (50 % oder mehr der Mitarbeitenden wurden geschult)
- b) interne Schulungen einiger Mitarbeitender (weniger als 50 % der Mitarbeitenden wurden geschult)
- c) weitreichende externe Schulungen vieler Mitarbeitender (50 % oder mehr der Mitarbeitenden wurden geschult)
- d) externe Schulungen einiger Mitarbeitender (weniger als 50 % der Mitarbeitenden wurden geschult)
- e) weiß ich nicht / keine Angabe

**Filter: wenn 8 mit „ja“ beantwortet:**

11. Handelte es sich um freiwillige Schulung oder eine Pflichtveranstaltung?

- a) freiwillige Schulung
- b) Pflichtveranstaltung
- c) weiß ich nicht / keine Angabe

12. Wie umfassend ist nach Ihrer Einschätzung das Wissen der Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt?

- a) sehr umfassend
- b) umfassend
- c) mittel
- d) gering
- e) sehr gering
- f) weiß ich nicht / keine Angabe

13. Werden in Ihrer Einrichtung bestimmte Identitätskategorien hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt betreuter Personen systematisch erfasst (z. B. in Aufnahmebögen oder internen Dokumentationen)? [Mehrfachnennungen möglich]

- a) binäre Geschlechtskategorie (Männer/Frauen)
- b) erweiterte Geschlechtskategorien (z. B. divers, nichtbinär, trans, intergeschlechtlich)
- c) sexuelle Orientierung (z. B. heterosexuell, schwul, lesbisch, bisexuell, asexuell)
- d) Keines dieser Merkmale wird systematisch erfasst.
- e) andere, und zwar: [Freifeld Text]
- f) weiß ich nicht / keine Angabe

14. Gibt es in Ihrer Einrichtung gezielte Konzepte für die Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen? (z. B. Leitlinien, spezialisierte Angebote, Netzwerke)
- a) Ja, es gibt spezifische Maßnahmen oder Konzepte.
  - b) Nein, aber ein Konzept befindet sich bereits in Planung/Erstellung.
  - c) Nein, aber das Thema wird diskutiert.
  - d) Nein, es gibt keine Maßnahmen.
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe

**Wenn 13 mit a oder b beantwortet wurde:**

15. Können Sie konkrete Beispiele für bestehende Konzepte nennen bzw. in Stichworten beschreiben, welche Konzepte diskutiert werden?
- a) [Freitext]
16. Sind Ihnen in Ihrer Einrichtung betreute LGBTIQ+-Personen bekannt?
- a) ja, sind mir bekannt
  - b) nein, sind mir nicht bekannt
  - c) Ich bin mir unsicher (weil z. B. keine expliziten Angaben vorhanden sind).
  - d) weiß ich nicht / keine Angabe
17. *wenn 15 = a oder c:* Werden in Ihrer Einrichtung die Bedürfnisse, Bedarfe und Wünsche von betreuten LGBTIQ+-Personen in der Pflege und Betreuung berücksichtigt?
- a) ja, immer
  - b) ja, meistens
  - c) selten
  - d) nie
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe
18. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Bedarf an spezifischen Angeboten für ältere LGBTIQ+-Personen?
- a) sehr hoch
  - b) hoch
  - c) niedrig
  - d) sehr niedrig
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe
19. Welche Herausforderungen sehen Sie in Ihrer Einrichtung bei der Pflege und Betreuung von LGBTIQ+-Personen? [Mehrfachnennungen möglich]
- a) fehlende Leitlinien oder Konzepte
  - b) mangelndes Wissen oder fehlende Schulungen
  - c) Unsicherheiten im Umgang mit LGBTIQ+-Personen
  - d) Diskriminierung durch Mitarbeitende oder andere betreute Personen
  - e) keine Nachfrage von betreuten Personen oder deren An-/Zugehörigen nach spezifischen Angeboten
  - f) andere, und zwar: [Freitext]
  - g) weiß ich nicht / keine Angabe

20. Welche Maßnahmen könnten die Qualität der Pflege und Betreuung von LGBTQ+-Personen in Ihrer Einrichtung verbessern? [Mehrfachnennungen möglich]
- a) Leitlinien oder Konzepte
  - b) Wissen bzw. Schulungen
  - c) Sicherheit im Umgang mit LGBTQ+-Personen
  - d) Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung durch Mitarbeitende oder andere betreute Personen
  - e) andere, und zwar: [Freitext]
  - f) weiß ich nicht / keine Angabe
21. Welche Unterstützungsangebote für Fachkräfte/Einrichtungen wären notwendig, um die Bedürfnisse und Bedarfe älterer LGBTQ+-Personen in der Pflege und Betreuung zu berücksichtigen?
- a) (optional) **Freitext**
22. Arbeitet Ihre Einrichtung mit LGBTQ+-Community-Organisationen zusammen?
- a) Ja, regelmäßig – es gibt eine aktive Kooperation mit LGBTQ+-Organisationen.
  - b) Ja, gelegentlich – es gibt eine punktuelle Zusammenarbeit oder einzelne Projekte.
  - c) Nein, aber wir hätten Interesse an einer Kooperation.
  - d) Nein, das ist derzeit kein Thema für unsere Einrichtung.
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe

---

#### Erfahrungen mit der Pflege und Betreuung sowie Praxisbeispiele

---

23. Können Sie ein Beispiel für eine gelungene Berücksichtigung oder Unterstützung von LGBTQ+-Personen in Ihrer Einrichtung nennen?
- a) (optional) **Freitext**
24. Können Sie ein Beispiel für eine nicht gelungene Berücksichtigung oder Unterstützung von LGBTQ+-Personen in Ihrer Einrichtung nennen?
- a) (optional) **Freitext**

---

#### Abschlussfrage

---

25. Gibt es noch etwas, was Sie zum Thema LGBTQ+ und Alter(n) ergänzen möchten?
- a) (optional) [Freitext]

---

#### Demografische Angaben

---

26. Welchen Beruf führen Sie aus?
- a) dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger:in
  - b) Pflegefachassistent:in
  - c) Pflegeassistent:in
  - d) Ärzt:in
  - e) Diätolog:in
  - f) Ergotherapeut:in

- g) Fach-Sozialbetreuer:in
- h) Psycholog:in (z. B. Gesundheit, klinisch ...)
- i) Heimhelfer:in
- j) Logopäd:in
- k) Angehörige:r medizinischer Assistenzberufe
- l) medizinische:r Masseur:in und Heilmasseur:in
- m) Physiotherapeut:in
- n) Psychotherapeut:in
- o) Sanitäter:in
- p) Verwaltungspersonal
- q) anderes, und zwar: [Freitext]
- r) keine Angabe

27. Wie lange arbeiten Sie bereits in diesem Bereich?

- a) unter 1 Jahr
- b) 2–5 Jahre
- c) 6–10 Jahre
- d) über 10 Jahre
- e) keine Angabe

28. In welchem Jahr sind Sie geboren?

- a) [Jahr]
- b) keine Angabe

29. Ihr Geschlecht

- a) weiblich
- b) männlich
- c) inter/offen/divers
- d) nichtbinär
- e) anderes, und zwar: [Freitext]
- f) keine Angabe

30. Sexuelle Orientierung

- a) heterosexuell
- b) lesbisch
- c) schwul
- d) bi- oder pansexuell
- e) asexuell
- f) anderes, und zwar: [Freitext]
- g) keine Angabe

## Anhang 2: Fragebogen für LGBTIQ+-Organisationen über das Thema Alter(n)

### Einleitung:

Wie präsent ist das Thema Alter(n) in Ihrer Organisation? Gibt es Angebote für ältere LGBTIQ+-Personen, oder besteht diesbezüglich Handlungsbedarf?

Dieser Fragebogen ist Teil einer Bestandsaufnahme zu LGBTIQ+ und Alter in Österreich, die von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durchgeführt wird.

Wir möchten damit abschätzen, welche Rolle das Thema Alter(n) in LGBTIQ+-Communitys spielt, welche Herausforderungen in dieser Hinsicht bestehen und welche Unterstützung dabei sinnvoll wäre.

Ihre Antworten helfen dabei, Bedarfe sichtbar zu machen und die Vernetzung in diesem Bereich zu stärken.

Die Beantwortung dauert etwa 5–7 Minuten.

Jede Rückmeldung ist wertvoll – vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Fragen und Anregungen können Sie sich gern an uns wenden: [johanna.pfabigan@goeg.at](mailto:johanna.pfabigan@goeg.at)

---

### Allgemeine Informationen zur Organisation

---

1. Wie würden Sie Ihre Organisation / Ihren Verein beschreiben?  
[Mehrfachnennungen möglich]
  - a) Selbstorganisation von LGBTIQ+-Personen
  - b) Beratungsstelle
  - c) Interessenvertretung/Lobbyorganisation
  - d) Freizeit-/Kulturverein
  - e) andere, und zwar: [Freitext]
2. Seit wann gibt es Ihre Organisation / Ihren Verein?
  - a) [Jahreszahl]
3. Unter welcher Postleitzahl befindet sich der Hauptsitz Ihrer Organisation / Ihres Vereins:
  - a) [PLZ]
4. Bundesland:
  - a) Burgenland
  - b) Kärnten
  - c) Niederösterreich
  - d) Oberösterreich
  - e) Salzburg

- f) Steiermark
  - g) Tirol
  - h) Vorarlberg
  - i) Wien
  - j) österreichweite Einrichtung
5. Wer sind die Hauptzielgruppen Ihrer Organisation / Ihres Vereins?  
[Mehrfachnennungen möglich]
- a) junge LGBTIQ+-Personen
  - b) erwachsene LGBTIQ+-Personen
  - c) ältere LGBTIQ+-Personen (65+)
  - d) alle Altersgruppen
  - e) spezifische Gruppen (z. B. trans Personen, inter Personen, Bi+-Community): [Freitext]
6. Welche Angebote/Schwerpunkte hat Ihre Organisation / Ihr Verein?  
[Mehrfachnennungen möglich]
- a) Beratung
  - b) psychosoziale Unterstützung
  - c) politische Arbeit / Interessenvertretung
  - d) Gesundheits- und Pflegeberatung
  - e) Community-Events und soziale Treffpunkte
  - f) Freizeit/Kultur/Sport
  - g) andere, und zwar: [Freitext]
7. In welchem Jahr sind Sie geboren?
- a) [Jahr]
  - b) keine Angabe

---

#### Präsenz des Themas Alter(n) in der Organisation

---

8. Wie präsent ist das Thema Alter(n) in Ihrer Organisation / Ihrem Verein?
- a) Sehr präsent – es gibt konkrete Projekte/Initiativen dazu, und es ist ein fester Bestandteil unserer Arbeit.
  - b) Moderat präsent – das Thema wird bei uns diskutiert, aber wir haben nur wenige oder keine konkreten Angebote dazu.
  - c) Kaum präsent – es wird bei uns selten thematisiert.
  - d) Gar nicht präsent – es ist bisher kein Thema in unserer Organisation.
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe

Falls 8 mit „a“ beantwortet:

9. Könnten Sie diese Projekte/Initiativen kurz beschreiben:
- a) [Freitext]
10. Wie oft wird das Thema Alter(n) in Ihrer Organisation / Ihrem Verein aktiv nachgefragt?
- a) Es gibt regelmäßig Nachfragen zum Thema Alter(n).
  - b) Es gibt gelegentlich Nachfragen zum Thema Alter(n).
  - c) Es gibt kaum Nachfragen zum Thema Alter(n).

- d) Es gibt keine Nachfragen zum Thema Alter(n).
- e) weiß ich nicht / keine Angabe

---

#### Erfahrungen und Einschätzungen zur Situation älterer LGBTQ+-Personen

---

11. Welche Herausforderungen erleben ältere LGBTQ+-Personen (ab 65 Jahren) in Ihrer Organisation / Ihrem Verein besonders stark? [Mehrfachantworten möglich]
- a) fehlende soziale Netzwerke
  - b) Diskriminierung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen
  - c) fehlende spezifische Wohn- und Pflegeangebote
  - d) Unsichtbarkeit in der LGBTQ+-Community
  - e) fehlende politische und gesellschaftliche Anerkennung
  - f) andere, und zwar: [Freitext]
  - g) weiß ich nicht / keine Angabe
12. Gibt es in Ihrer Organisation / Ihrem Verein ältere LGBTQ+-Personen (ab 65 Jahren), die sich aktiv einbringen?
- a) Es gibt bei uns viele ältere Personen, die sich aktiv einbringen.
  - b) Es gibt bei uns einige ältere Personen, die sich aktiv einbringen.
  - c) Es gibt bei uns kaum ältere Personen, die sich aktiv einbringen.
  - d) Es gibt bei uns keine älteren Personen, die sich aktiv einbringen.
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe
13. In welchen Bereichen sehen Sie besonderen Handlungsbedarf zum Thema LGBTQ+ und Alter(n)? [Mehrfachnennungen möglich]
- a) Altersarmut
  - b) Pflege und Betreuung
  - c) Einsamkeit / soziale Isolation
  - d) Gesundheitsversorgung
  - e) Wohnen im Alter
  - f) Diskriminierungserfahrungen älterer LGBTQ+-Personen
  - g) intersektionale Perspektiven (z. B. Rassismus, Behinderung, Migration und Alter)
  - h) rechtliche Barrieren bei der Anerkennung der Wahlfamilie
  - i) andere, und zwar: [Freitext]
  - j) weiß ich nicht / keine Angabe
14. Welche Unterstützungsmaßnahmen wären aus Ihrer Sicht am wichtigsten, um die Lebensqualität älterer LGBTQ+-Personen zu verbessern? [Mehrfachnennungen möglich]
- a) diversitätssensible Pflegeangebote
  - b) queere Wohnformen (z. B. Wohngemeinschaften)
  - c) soziale Treffpunkte für ältere LGBTQ+-Personen
  - d) Sensibilisierung von Gesundheits- und Pflegepersonal
  - e) Förderung generationenübergreifender Vernetzung
  - f) andere, und zwar: [Freitext]
  - g) weiß ich nicht / keine Angabe

---

## Vernetzung und Zusammenarbeit

---

15. Arbeitet Ihre Organisation bereits mit Akteur:innen des Bereichs Alter(n) bzw. Pflege- und Betreuung zusammen?
- a) ja, mit LGBTQI+-spezifischen Organisationen zum Thema Alter
  - b) ja, mit allgemeinen Organisationen zum Thema Alter/Pflege
  - c) Nein, aber wir hätten Interesse an Kooperationen.
  - d) Nein, das ist aktuell kein Thema.
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe
16. Vermittelt Ihre Community/Organisation ältere LGBTQI+-Personen aktiv an altersspezifische Angebote oder Unterstützungsstrukturen?
- a) Ja, wir haben gezielte Vermittlungsangebote und Kooperationen.
  - b) ja, gelegentlich, aber nicht systematisch
  - c) Nein, aber wir hätten Interesse daran.
  - d) Nein, das ist aktuell kein Thema.
  - e) weiß ich nicht / keine Angabe
17. Welche Ressourcen oder welche Unterstützung würde Ihre Organisation brauchen, um das Thema Alter(n) stärker zu bearbeiten? [Mehrfachnennungen möglich]
- a) mehr Finanzierungsmöglichkeiten
  - b) mehr personelle Kapazitäten
  - c) mehr Wissen und Informationen über altersspezifische Themen
  - d) Fort- und Weiterbildungsangebote zu LGBTQI+ und Alter
  - e) mehr politisches Interesse und Unterstützung
  - f) andere, und zwar: [Freitext]
  - g) weiß ich nicht / keine Angabe

---

## Abschlussfrage

---

18. Gibt es noch etwas, was Sie zum Thema LGBTQI+ und Alter(n) ergänzen möchten?
- a) [Freitext]

# Anhang 3:

## Interviewleitfaden LGBTIQ+ und Alter

---

Datum des Interviews:

Nummer:

Dauer:

Interviewführung:

---

### Einleitung

Im Rahmen einer Bestandsaufnahme der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungssituation älterer LGBTIQ+ -Personen in Österreich möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen und Einschätzungen befragen. Der Fokus liegt dabei auf strukturellen Bedingungen, institutionellen Herausforderungen sowie gelingenden Ansätzen in der Versorgung älterer lesbischer, schwuler, bisexueller, trans, inter\* und queerer Menschen.

Das Ziel der Bestandsaufnahme ist, Perspektiven aus der Praxis, aus Projekten und Initiativen sichtbar zu machen, die in bestehenden Strukturen oft wenig berücksichtigt werden. Ihre Erfahrungen helfen dabei, konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln und die Versorgung sensibler und diskriminierungsärmer zu gestalten.

Das Gespräch wird etwa 30–60 Minuten dauern. Ihre Aussagen werden schriftlich protokolliert und für die Auswertung anonymisiert. Wenn Sie möchten, können wir Ihnen das Protokoll zur Durchsicht zusenden, um Missverständnisse zu vermeiden und sicherzustellen, dass Ihre Aussagen korrekt wiedergegeben sind.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Sie können das Gespräch jederzeit unterbrechen oder beenden.

Durch Ihre Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag dazu, die Lebensrealitäten älterer LGBTIQ+ -Personen sichtbar zu machen. Vielen Dank dafür!

### Einstieg

19. Wie erleben Sie die spezifischen Bedarfe älterer LGBTIQ+ -Personen in Ihrem Arbeitsfeld?

### Hindernisse und Good Practice

20. Welche strukturellen oder institutionellen Barrieren nehmen Sie in Bezug auf LGBTIQ+ und Alter(n) in Ihrem Bereich wahr?

21. Welche Sorgen oder Themen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit/Tod/Sterben beobachten Sie bei älteren queeren Menschen häufig?

22. Was funktioniert gut – wo sehen Sie positive Beispiele?
23. Wo treten strukturelle oder institutionelle Ausschlüsse bzw. Benachteiligungen für ältere queere Menschen besonders deutlich auf?

### **Umgang**

24. Wie kann Ihrer Meinung nach ein sensibler und respektvoller Umgang in der Begleitung queerer Personen im Alter gestaltet werden?
25. Was würden Sie sich von Politik, Praxis oder Forschung wünschen, um die Versorgungssituation älterer LGBTIQ+-Personen zu verbessern?

### **Abschluss**

26. Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig ist und wir noch nicht angesprochen haben?