



universität
wien

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Why do you care? - Wohn- und Pflegebedürfnisse von älteren Schwulen und Lesben und deren Motive

verfasst von | submitted by

Niklas Martin Hofmann BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree pro-
gramme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Jana Nikitin

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Dr. Fiona Rupprecht B.Sc. M.Sc.



Die Arbeit wurde von der Hochschüler*innenschaft an der Universität Wien durch Mittel aus dem QueerFemFördertopf gefördert. Die Förderung unterstützt die Forschung und Entwicklung von Projekten mit queerem Themenbezug.

Abstract (Deutsch)

Lesbische und schwule Senior*innen sind eine gesellschaftliche Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen, die sich aus erlebten Diskriminierungserfahrungen im privaten und institutionellen Kontext ergeben. Insbesondere in Bezug auf Gesundheit, Pflege und Altern treten spezifische Ängste auf, die wiederum das Ausmaß der Vorbereitung auf das Alter beeinflussen. Da Vorbereitung aufs Alter häufig mit Kommunikation beginnt, spielt insbesondere die Partnerschaft als Kontext eine wichtige Rolle. Für die Studie wurden Paare zwischen 53 und 76 Jahren mittels eines quantitativen Fragebogens zu Variablen der Altersvorbereitung befragt und gebeten, über Themen des Alterns zu sprechen. Untersucht wurden die Unterschiede zwischen homo- und heterosexuellen Personen hinsichtlich ihrer Vorbereitung und ihrer Bedürfnisse im Alter in Bezug auf Wohnen und Pflege. Dazu wurden neun queere Senioren mit neun statistisch gematchten heterosexuellen Personen verglichen. Die quantitative Analyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet. Diese konzentrierte sich auf die Motive zur Vorbereitung auf das Alter und zeigte verschiedene Präferenzen und Gründe für oder gegen bestimmte Pflegeformen, wobei sich Ängste und familiäre Beziehungen als wichtige potenzielle Einflussfaktoren herausstellten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der fehlende Unterschied zwischen hetero- und homosexuellen Senior*innen möglicherweise auf eine breitere gesellschaftliche Akzeptanz und damit auf weniger institutionelle Diskriminierung zurückzuführen ist. Es wird diskutiert, wie sich Pflege und Altern für homosexuelle Personen in Zukunft gestalten kann. Die Repräsentativität der Ergebnisse ist jedoch aufgrund verschiedener Limitationen begrenzt.

Schlüsselbegriffe: Homosexualität, Pflege, Wohnen im Alter, Altern in Paaren, qualitative Inhaltsanalyse

Abstract (English)

Lesbian and gay seniors are a social group with specific needs, resulting from experiences of discrimination in the private and institutional context. Specific fears arise in particular in relation to health, care and ageing, which in turn influence the extent of preparation for old age. As preparation for old age often begins with communication, the partnership in particular plays an important role as an influencing factor. For the study, couples between the ages of 53 and 76 were asked about aspects of preparation for old age by means of a quantitative questionnaire and a dyadic conversation about topics related to ageing. The differences between homosexual and heterosexual people in terms of their preparation and their needs in old age with regard to housing and care were analysed. To this end, nine queer senior citizens were compared with nine statistically matched heterosexual people. The quantitative analysis revealed no significant differences between the two groups. The interviews were analysed using qualitative content analysis following Kuckartz. This focussed on the motives for preparing for old age and revealed various preferences and reasons for or against certain forms of care, with fears and family relationships emerging as important potential influencing factors. The results suggest that the lack of difference between heterosexual and homosexual seniors may be due to broader social acceptance and thus less institutional discrimination. It is being discussed what the care and ageing of gay people might look like in the future. However, the representativeness of the results is limited due to various limitations.

key words: homosexuality, care, senior housing, ageing in couples, qualitative content analysis

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	4
Abstract (English).....	5
Einleitung	8
Theoretischer Hintergrund.....	10
Vielfalt in der Vielfalt	11
Institutionelle Diskriminierung	13
Soziale Unterstützung und Einsamkeit	14
Gesundheit.....	16
Ressourcen.....	17
Pflege und Altenheime	18
Hypothesen.....	20
Methode	21
Untersuchungsdesign	21
Vorgehen	22
Stichprobenbeschreibung für quantitative Fragestellung	23
Stichprobenbeschreibung für die qualitative Fragestellung.....	25
Operationalisierung der Hypothesen und Messinstrumente	25
Altersvorsorge.....	25
Präferenzen zur Versorgungssituation.....	28
Gesundheit	28
Quantitative Analysen – Statistische Auswertung	28
Qualitative Analysen - Methodologie.....	29
Ablauf der Gespräche.....	29
Beschreibung des vorliegenden Ausgangsmaterials	29
Vorgehen	31
Ergebnisse	32
Quantitative Ergebnisse	32
Wohnen im Alter	32
Pflege im Alter	33
Pflegepräferenzen	35
Qualitative Ergebnisse	38
Motive für Wohn- und Pflegemodelle.....	38
Gründe für Vorbereitung aufs Altern	41
Diskussion.....	43

Vorbereitung aufs Alter	43
Gesellschaftlicher Kontext	43
Familiäre Beziehungen	45
Pflegepräferenzen.....	45
Wahlfamilien – ein Relikt?	45
Altersheime.....	46
Exklusivität vs. Integration	47
Limitationen.....	48
Stichprobengröße und Erfahrungen im Feld	49
Vorselektion der Stichprobe.....	50
Forschungsdesign	50
Intercoder-Reliabilität.....	51
Transgender-Senior*innen.....	51
Ausblick.....	52
Literatur	54
Abbildungsverzeichnis.....	63
Tabellenverzeichnis.....	63
Anhang.....	64
Kategoriensystem	64
Eingangsfragebogen	65
Leitfragen für Gespräche	71
Transkriptionsregeln	72

Why do you Care? - Wohn- und Pflegebedürfnisse von älteren Schwulen und Lesben und deren Motive

Einleitung

Der Anteil schwuler und lesbischer Senior*innen in unserer Population wächst (Nachtwey, 2004). Dies ist vor allem eine Folge des demographischen Wandels und der damit einhergehenden Alterung der Gesellschaft. Gleichzeitig begegnen homosexuelle Menschen einem offeneren und toleranteren gesellschaftlichen Diskurs als früher. Dies erlaubt homosexuellen Senior*innen eine offene Auslebung der früher oft versteckten sexuellen Identität. Sie sind damit die erste Generation offen lebender Homosexueller, die älter wird und sich Gedanken darüber machen muss, wie sie ihr Alter gestalten will. Sie sind damit erstmals in der Position, diese Lebensphase aktiv zu planen und nach alternativen Lebensmodellen im Alter zu suchen (Nachtwey 2004). LG-Senior*innen sind nicht nur mit den Herausforderungen des Alterns konfrontiert, sondern bringen als Angehörige einer sexuellen Minderheit auch eine gewisse Verletzlichkeit und Stresserleben aufgrund von Diskriminierung mit. So teilen sie zwar eine Reihe von psychosozialen Bedürfnissen mit ihren heterosexuellen Altersgenoss*innen, zeichnen sich aber auch durch spezifische Bedürfnisse und Problemlagen aus (Stein et al., 2010). Die Lebensgeschichte vieler Lesben und Schwulen, die sich heute in der zweiten Lebenshälfte befinden, ist geprägt von Diskriminierung, rechtlicher Verfolgung und medizinischer Pathologisierung.

Die frühere Stigmatisierung von Homosexualität wirkt bis in die letzte Lebensphase älterer Schwuler und Lesben hinein und beeinflusst ihre Bedürfnisse hinsichtlich der Lebensgestaltung im Alter. Schwule und lesbische Senior*innen haben bereits früh und oft schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen gemacht (Cahill & South, 2002; McFarland & Sanders, 2003), weshalb sie oft spezifische Ängste gegenüber dem Gesundheitssystem, der Pflege und dem Altern zeigen (Stein et al. 2010; Hinrichs & Donaldson, 2017). In Bezug auf die Pflege und das Leben in Altenheimen wird häufig von der Angst berichtet, nicht verstanden zu werden und sich immer wieder erklären zu müssen. Es besteht auch die Befürchtung, „back into the closet“ gehen zu müssen und damit einen Teil der lebenslang gelebten und erkämpften Identität wieder verstecken zu müssen (Cahill & South, 2002). Auch die Angst vor

weiteren Diskriminierungserfahrungen und Retraumatisierung sowie fehlendes Wissen seitens des Pflegepersonals über Schwule und Lesben sind Faktoren, welche die Entscheidung von schwulen und lesbischen Senior*innen beeinflussen, in ein Pflegeheim zu ziehen (Cahill & South, 2002). Auch wenn das Pflegepersonal teilweise offen für LGBTQ* Themen ist, ist es in konkreten Situationen oft überfordert und hat Schwierigkeiten, angemessen und professionell zu reagieren (Lottmann et al., 2021).

Der Anteil von Lesben und Schwulen an der Gesamtbevölkerung liegt jedoch bei etwa 5 bis 10 Prozent (Schuster & Edlmayr, 2014). Und wenn man bedenkt, dass allein in Wien schätzungsweise 38.600 ältere Lesben und Schwule leben (Schuster & Edlmayr, 2014), ist es unerlässlich, auf die Bedürfnisse dieser Gruppe einzugehen und die Pflege stärker an sie anzupassen. Diese Bevölkerungsgruppe sichtbarer zu machen, ist ein wichtiger und notwendiger Schritt zur Inklusion und zur Sensibilisierung für unterschiedliche Lebensformen. Denn die Gruppe der lesbischen und schwulen Senior*innen findet in der öffentlichen Wahrnehmung nur geringe Beachtung. Sie werden von Blando (2001) als „twice hidden“ bezeichnet, da sie eine Minderheit, in der ohnehin wenig sichtbaren und wahrgenommenen Gruppe der Älteren darstellen.

Auch wissenschaftlich wurde die Gruppe der LG-Senior*innen wenig beachtet (Persson 2009, Reimann 2006). Die bisherige Forschung zu Altern und Pflege wurde meist an heterosexuellen Personen (Thomeer et al., 2017) oder allenfalls an weißen, gut situierten homosexuellen Personen durchgeführt, was die soziale Vielfalt der homosexuellen Senior*innen nicht repräsentativ widerspiegelt (Cahill et al., 2000). Auch im deutschsprachigen Raum gibt es kaum Forschung zu diesem Thema (Reimann, 2006). Die vorliegende Arbeit möchte an dieser Lücke ansetzen und Ergebnisse liefern, die dazu beitragen können, die Versorgungssituation älterer Lesben und Schwule zu verbessern. Denn ein selbstbestimmtes und gesichertes Altern in Würde erfordert differenzierte Konzepte der pflegerischen Angebote und der institutionellen Versorgung, die auf unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Lebenslagen und Bedürfnissen zugeschnitten sind.

Die hier beschriebene Studie versucht eine empirische Annäherung an die Wohn- und Pflegebedürfnisse von Lesben und Schwulen im Alter. Es soll aufgezeigt werden, inwieweit sich schwule und lesbische Menschen in ihren Vorbereitungen

und Bedürfnissen zu den Themen Wohnen und Pflege im Alter von ihren heterosexuellen Altersgenossen unterscheiden und welche Motive hinter möglichen Unterschieden in diesen Bereichen stehen.

Die Studie nähert sich den Themen der Bedürfnisse und der Vorbereitung auf Wohnen und Pflege im Alter, indem sie Gespräche zwischen Partner*innen über eben diese Themen untersucht. Die Untersuchung von Paaren wurde gewählt, da romantische Partnerschaften einer der zentralen Entwicklungs- und Kommunikationskontexte älterer Menschen sind (Hoppmann & Gerstorf, 2009).

Durch die Anwesenheit eines vertrauten Gesprächspartners erhofft man sich zudem eine offenere und freiere Kommunikation, die ein natürlicheres Bild der tatsächlichen Wünsche, Ängste und Vorstellungen bezüglich der Pflege und des Wohnens im Alter liefert. Im Folgenden soll die bereits angesprochene Disposition älterer Lesben und Schwuler näher beleuchtet werden. Darüber hinaus soll diskutiert werden, welche Ursachen für einen anderen Umgang mit dem Thema Altersvorsorge bei Schwulen und Lesben bestehen.

Theoretischer Hintergrund

Eine frühzeitige Vorbereitung auf die letzte Lebensphase ist ein wesentlicher Weg, um die Qualität der Pflege, der Gesundheit und letztlich des Sterbens für sich selbst und die Angehörigen positiv zu beeinflussen (Institute of Medicine, 2014). Denn eine frühzeitige Planung fördert die psychische Gesundheit (Sörensen et al., 2012) und führt zu mehr Gelassenheit gegenüber der Zukunft (Prenda & Lachman, 2001). Die beiden wichtigsten Komponenten dieser Planung sind zum einen informelle Gespräche über Vorstellungen und Präferenzen bezüglich zukünftiger Pflege und des eigenen Sterbens und zum anderen formelle Vorbereitungen wie Patientenverfügungen, Testamente und andere rechtliche Dokumente (Bischoff et al. 2013; Sudore, 2010). Die informelle und formelle Planung für die letzte Lebensphase beginnt am besten im mittleren Erwachsenenalter und lange bevor Krankheiten und damit verbundene mögliche schwierige Entscheidungssituationen auftreten (Institute of Medicine 2014). Der Beginn dieser Planung im mittleren Erwachsenenalter ist vor allem auch deshalb wichtig, weil die Verantwortung für die Pflege und wichtige Entscheidungen bezüglich des eigenen Lebensendes häufig dem/der Partner*in zufällt (Carr & Khodyakov 2007). Kommunikation ist dabei ein grundlegender Aspekt

der Vorbereitung, der das Sammeln und Austauschen von Informationen beinhaltet (Kornadt & Rothermund, 2014; Rafferty et al., 2016).

Die Kommunikation über Themen des Älterwerdens findet jedoch oft gar nicht, zu spät oder unzureichend statt (Sorrell, 2018). Daher kommt es vor, dass Partner*innen die genauen Präferenzen ihres/ihrer Partner*in oftmals nicht kennen und ihre eigenen Präferenzen auf den/die Partner*in projizieren (Moorman et al., 2014, Gardner & Kramer 2009). Die schlechte Vorbereitung spiegelt sich auch in dem Befund wider, dass in den USA ein Viertel der Personen im mittleren Erwachsenenalter keine Vorsorgeverfügung getroffen hat (Rao et al., 2014). Allerdings ist dieses Vorsorgedefizit bei Erwachsenen nicht gleichmäßig über alle sozialen Schichten verteilt. Lesben und Schwule sprechen im Vergleich zu heterosexuellen Personen doppelt so oft mit ihrem/ihrer Partner*in über Pläne und Vorstellungen bezüglich des letzten Lebensabschnitts. Zudem sind diese Gespräche oft ausführlicher und umfassender (Thomeer et al., 2017). Darüber hinaus haben sie auch eher formale Schritte unternommen (Patientenverfügung, Vorsorgepläne etc.) (Thomeer et al., 2017).

Diese vermehrte Vorsorge ist jedoch weniger ein Garant für eine bessere Lebensqualität in der letzten Lebensphase, sondern vielmehr ein Indiz für die vorherrschenden Ängste von Schwulen und Lesben (Thomeer et al., 2017). Viele dieser Ängste sind das Produkt einer Lebensgeschichte von Diskriminierung, Verfolgung und medizinischer Pathologisierung, die bis heute nachwirkt (Gerlach & Schupp, 2016,). Dies führt zu komplexen Problemstellungen, aus denen spezifische und neue Bedürfnisse entstehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer frühzeitigen Vorbereitung auf das Alter (Donahue & McDonald, 2005). Im Folgenden sollen diese Ängste und ihre Ursachen benannt und erläutert werden.

Vielfalt in der Vielfalt

Zunächst ist jedoch zu beachten, dass wir mit dem Begriff der schwulen und lesbischen Senior*innen verschiedene Kohorten mit unterschiedlichen Lebensgeschichten einschließen. Zwar haben schwule und lesbische Senior*innen aufgrund des zeitgeschichtlichen gesamtgesellschaftlichen Kontextes gemeinsame prägende Erfahrungen gemacht, jedoch führen zeitlich voneinander getrennte Meilensteine in der rechtlichen Gleichstellung von Homosexuellen zu Unterschieden innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe (Rosenfeld, 1999). So lässt sich bei schwulen

Senioren u.a. eine Unterteilung der Generationen in Pre- und Post-Liberation vornehmen (Reimann & Lasch, 2006). Die Angehörigen der Pre-Liberation bzw. die heute hochaltrigen Schwulen haben die nationalsozialistische Verfolgung und Repression durch das Verbot der Homosexualität aktiv miterlebt. Sie waren gezwungen, ihre Homosexualität geheim zu halten und outen sich auch heute noch seltener gegenüber Fremden. Die Post-Liberation-Generation, auch „Stonewall-Generation“ genannt, zeichnet sich durch politischen Aktivismus und ein neu gewonnenes Selbstbewusstsein aus. Angehörige dieser Generation können sich nur schwer vorstellen, in bestehenden Altenhilfestrukturen zu leben, da sie dort erneute Diskriminierung befürchten (Reimann & Lasch, 2006).

Schwule Männer, die heute über 60 Jahre alt sind, haben die Auswirkungen der AIDS-Epidemie zu spüren bekommen. Das langsam gewachsene Selbstbewusstsein und die gestiegene gesellschaftliche Akzeptanz erlitten einen starken Einbruch (Gerlach & Schupp, 2016). Der Verlust vieler, auch junger Freunde, Geliebter und Vorbilder erschütterte die Gemeinschaft. Das kollektive Sterben wurde von Diskriminierung und sozialer Kälte begleitet. Mit Beginn der AIDS-Pandemie kam es zu einer erneuten Stigmatisierung und medizinischen Pathologisierung von Homosexualität (insbesondere von Schwulen). Sie wurde als „Schwulenseuche“ und „gerechte Strafe für Homosexualität“ bezeichnet. Es waren zwei Jahrzehnte voller Angst, Trauer und Wut, die die Community stark prägten (Murray & Adam, 2001). Die AIDS-Pandemie war jedoch auch eine Krise, die viel Aktivismus und emanzipatorische Bewegungen katalysierte. Die Aktivist*innen dieser Zeit legten den Grundstein für eine heute tolerantere und offenere Gesellschaft (Gerlach & Schupp, 2016).

Dennoch können die Erfahrungen und Konsequenzen dieser Zeit auch heute noch im Pflegekontext relevant sein. Damit gezielte therapeutische Unterstützung angeboten werden kann, ist es von Bedeutung, dass das Pflege- und Gesundheitspersonal über das Wissen zu den potenziellen spezifischen psychischen, physischen und emotionalen Auswirkungen verfügt, die Überlebende der AIDS-Krise erfahren könnten (Schönpflug & Eberhardt, 2021). So können bei Überlebenden Schuldgefühle („Survivors‘ Guilt“) bestehen und eine langjährige HIV-Erkrankung kann im medizinischen Kontext als Komorbidität relevant werden. Schließlich ist es auch wichtig, mögliche Vorurteile gegenüber HIV-positiven

Mitbewohner*innen durch das Personal und andere Mitbewohner*innen in Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen (Schönpflug & Eberhardt, 2021).

Bei lesbischen Seniorinnen ist der Faktor Frau als Marginalisierungsfaktor zu berücksichtigen, der sie zusammen mit den Faktoren Alter und Homosexualität zu einer dreifachen Minderheit macht (Lottmann et al., 2021). Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Umständen hat diese Gruppe mit finanziellen Problemen zu kämpfen, da das durchschnittliche Einkommen von Frauen immer noch niedriger ist als das von Männern. Dies kann im Alter und insbesondere in Paarhaushalten von Frauen besonders relevant werden. Dies wirkt sich direkt und indirekt auf verschiedene Lebensbereiche aus und ist unter anderem ein Grund für einen verzögerten Zugang zu Gesundheitsleistungen, eine eingeschränkte soziale Teilhabe sowie eine geringere Versorgungsqualität (Lottmann et al., 2021).

Darüber hinaus sind Unterschiede aufgrund intersektionaler Verknüpfungen von Ethnizität, sozialer Schicht, (sozialem) Geschlecht und Behinderung zu berücksichtigen. Auch innerhalb der lesbisch-schwulen Community ist die Vielfalt der Lebenserfahrungen sowie der kulturellen, sozialen und ökonomischen Lebenslagen sehr hoch. Dies spiegelt sich auch in unterschiedlichen Werthaltungen, politischen Einstellungen, persönlichen Präferenzen und Wünschen nach Sichtbarkeit und Identifikation mit der Community wider (Meyer, 2001, Schönpflug & Eberhardt, 2021).

Institutionelle Diskriminierung

Besonders institutionelle Diskriminierung ist eine häufig gemachte Erfahrung von homosexuellen Senior*innen. Schmerzhaftes Erinnerungen an Diskriminierungserfahrungen durch Gesundheitspersonal und das Gesundheitssystem führen zu Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem (AWO Bundesverband, 2021; Stein et al, 2010). Zu den Erfahrungen, die LGBT-Patient*innen mit Gesundheitspersonal gemacht haben, gehören unangemessenes Verhalten, direkte Ablehnung, Beleidigungen, übermäßige Neugier, Mitleid, Herablassung, die Vermeidung von Körperkontakt oder die Verletzung von Vorschriften wie der ärztlichen Schweigepflicht (Brotman et al., 2003). Die Angst, diskriminiert zu werden und keine adäquate Hilfe zu erhalten, führt zur Vermeidung von Gesundheitseinrichtungen (Hinrichs & Donaldson, 2017).

In diesem Zusammenhang ist auch auf die unrühmliche Rolle der klinischen Psychologie hinzuweisen. Im ICD und DSM wurde Homosexualität bis Ende der 1980er Jahre als psychische Störung klassifiziert (Voss, 2005). In den ersten beiden Manualen des DSM (DSM-I, 1952 und DSM-II, 1968) wurden Homosexuelle als „sexual deviants“, also sexuell abweichend oder pervers, bezeichnet und als Sexualstraftäter, Exhibitionisten und andere Formen antisozialen Verhaltens kategorisiert (Hidalgo et al., 1985). Eine Haltung, die sich zu dieser Zeit auch in anderen gesellschaftlichen Institutionen wie Polizei, Militär, Kirche und Sozialarbeit wiederfand (Kochman, 1997). All dies führt dazu, dass Schwule und Lesben seltener den Zugang zu Hilfseinrichtungen und professioneller Hilfe suchen, obwohl sie eigentlich einen höheren Bedarf hätten (Hinrichs & Donaldson, 2017). Schwule und Lesben treffen unter anderem deshalb mehr rechtliche Vorkehrungen, um Entscheidungen über Pflege und Sterben im Voraus zu treffen, weil sie die Befürchtung teilen, dass das Gesundheitspersonal ansonsten ihre Wünsche nicht respektieren würde (Harding et al., 2012).

Neben dem Gesundheitssystem sind Schwule und Lesben auch in anderen Bereichen strukturell benachteiligt (Umberson et al., 2015). Schwule und Lesben erhalten weniger Unterstützung von sozialen und politischen Institutionen wie Kirche und dem Staat, aber auch der eigenen biologischen Familie (Jones, 2001).

Soziale Unterstützung und Einsamkeit

Die familiäre Situation hat erhebliche Auswirkungen auf das Altern. Bei homosexuellen Menschen sind diese familiären Beziehungen jedoch häufig gestört. So haben schwule Männer und lesbische Frauen in der Lebensmitte bis ins hohe Alter weniger familiäre Vertrauenspersonen als ihre heterosexuellen Peers (Dewaele et al., 2011; Grossman et al., 2000). Der Beziehung zwischen homosexuellen Menschen und ihren Eltern wird besondere Bedeutung beigemessen. Die Eltern-Kind-Beziehung bildet eine Grundlage für das allgemeine Wohlbefinden und den Kontext, in dem das Altern stattfindet (Reczek, 2014). Die Homosexualität des Kindes kann ein Grund für negative Interaktionen mit den Eltern im Alter sein (D'Augelli, 2005). Auch hier sind ältere Lesben und Schwule stärker von dieser Dynamik betroffen, da ihre Eltern in einer Zeit aufgewachsen sind, die noch stärker von Homophobie geprägt war (Savin-Williams & Cohen, 1996).

Aber auch die Beziehung homosexueller Menschen zu ihren Kindern bzw. das Fehlen von Kindern hat einen erheblichen Einfluss darauf wie sich das Alter(n) gestaltet. Während sich heterosexuelle Paare häufig auf ihre erwachsenen Kinder verlassen, wenn es um Fragen der Pflege geht, verfügen Lesben und Schwule seltener über solche transgenerationalen Netzwerke (Pinquart & Sörensen 2011). Homosexuelle Paare haben im Vergleich zu heterosexuellen Paaren zwei- bis viermal seltener Kinder, die sich im Alter um sie kümmern könnten (Gates, 2014; Poll, 2014). In einer deutschen Stichprobe lag der Anteil der über 50-jährigen Lesben und Schwulen ohne Kinder bei 85 %, während nur 15 % der Heterosexuellen kinderlos waren (Lottmann et al., 2021). Diese transgenerationalen Netzwerke sind jedoch ein wichtiger Schutzfaktor gegen Einsamkeit im Alter (Jones, 2001). Einsamkeit und soziale Isolation bedrohen die psychische und physische Gesundheit durch Depressionen, Verarmung, Mangelernährung und verspätete Pflege und verkürzen die Lebenserwartung (Lottmann et al., 2016). Die Isolation älterer Lesben und Schwuler ist ein drängendes Problem. Homosexuelle leben doppelt so häufig allein wie ihre heterosexuellen Altersgenossen (Gabrielson, 2011). Eine US-amerikanische Studie bestätigt dies: 28% der lesbischen Frauen und 51% der schwulen Männer zwischen 50 und 70 Jahren leben allein. Im Vergleich dazu sind nur 13% der heterosexuellen Männer und 19% der heterosexuellen Frauen alleinlebend (Lottmann et al., 2021). In einer deutschen Studie aus dem Jahr 2004 schätzten 90% der Schwulen und Lesben das Thema Einsamkeit innerhalb ihrer Gruppe als sehr wichtig ein (Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen München, 2004). Auch wenn der Anteil der durch den Partner gepflegten Personen bei homosexuellen und heterosexuellen Personen gleich ist (ca. 54%), fehlen auch hier traditionelle Unterstützungsformen in Form von Kindern, die die pflegende Person unterstützen könnten (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). Um die fehlende familiäre oder partnerschaftliche Unterstützung zu kompensieren, greifen Schwule und Lesben traditionell auf Freunde zurück, die häufig eine Art Wahlfamilie darstellen (Dewaele et al., 2011). In einer amerikanischen Stichprobe erhielten 24% der LGBT-Senior*innen Pflege durch eine*n Freund*in (Fredriksen-Goldsen et al., 2011). In einer anderen amerikanischen Studie kam heraus, dass 21% der LGBT-Senior*innen schon einmal pflegerische Tätigkeiten für eine*n Freund*in verrichtet haben. Bei heterosexuellen Personen waren es nur 6%

(MetLife, 2010). Lesbische Frauen verfügen über größere soziale Netzwerke und mehr engere Freund*innen als schwule Männer (Lottmann et al., 2021; Orel, 2004). Die soziale Unterstützung durch Angehörige aus der Queer-Community ist bei Frauen stärker ausgeprägt (Neville & Henrickson, 2010).

Die Unterstützung durch Freundschaftsnetzwerke hat jedoch einige Nachteile. Zum einen sind sie häufig altershomogen und nicht transgenerational (Reimann & Lasch, 2006). Dies bedeutet, dass die Unterstützungsfunktion dieser Netzwerke durch die fortschreitende Alterung und die damit einhergehende körperliche Gebrechlichkeit und Mortalität gefährdet ist (Gabrielson, 2011). Hinzu kommt die fehlende rechtliche Gleichstellung dieser Wahlfamilien (Reimann & Lasch, 2006). Oft wird der Umgang mit medizinischen und anderen Dienstleistungssystemen zur Herausforderung, wenn der/die pflegende Freund*in nicht über die Vollmacht des/der Pflegebedürftigen verfügt (Muraco & Fredriksen-Goldsen, 2011). Weiterhin sind staatliche Unterstützungsleistungen für informelle Pflegekräfte oftmals nur für Partner*innen oder leibliche Verwandte konzipiert (Brotman et al., 2007). Aus diesen Gründen ist der Aufbau von öffentlichen Unterstützungsnetzwerken besonders indiziert (Reimann & Lasch, 2006). Die Häufigkeit der Pflege durch Freund*innen in der LGBTQ*-Community ist möglicherweise ein Relikt der HIV-Epidemie. Viele schwule und bisexuelle Männer sowie Transfrauen infizierten sich in den 1980er und frühen 1990er Jahren mit HIV. Stigmatisierung und Angst vor der Krankheit sowie homo- und transphobe Einstellungen erschwerten ihnen jedoch den Zugang zu medizinischer Versorgung. Dies löste eine Welle der Solidarität innerhalb der LGBTQ*-Gemeinschaft aus, um diese Gesundheitskrise der Gemeinschaft gemeinsam zu bewältigen. Vor allem lesbische Frauen übernahmen einen großen Teil der Pflege. Die Pflege durch Freundinnen und Freunde etablierte sich als Norm in der Community. (Aronson, 1998; Turner & Catania, 1997).

Gesundheit

In Bezug auf Gesundheitsvariablen liegen in der Population der homosexuellen Senior*innen spezifische Problemlagen vor. Schwule und Lesben sind eine besonders vulnerable Gruppe, die im Vergleich zu ihren heterosexuellen Altersgenoss*innen einen schlechteren psychischen und physischen Gesundheitszustand sowie mehr chronische und akute Erkrankungen aufweist (Fredriksen-Goldsen et al., 2011; Institute of Medicine, 2011). Zu den häufigsten

Problemen gehört ein erhöhtes Maß an psychischem Stress im Laufe des Lebens, der wiederum zu anderen Problemen wie affektiven Störungen, Angststörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie einem erhöhten Suizidrisiko führt (Fredriksen-Goldsen et al., 2011). Die erhöhten Prävalenzraten können zum Teil durch sexuelle Stigmatisierung und damit verbundene Diskriminierungserfahrungen erklärt werden (Pereira, 2021). Die Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen, wie z. B. der Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund von Diskriminierung oder Gewalterfahrungen, wird mit negativen physischen und psychischen Gesundheitszuständen in Verbindung gebracht (Fredriksen-Goldsen et al., 2015). Die Häufung der zahlreichen Benachteiligungen, denen queere Menschen ausgesetzt sind, führt insgesamt zu einer höheren Wahrscheinlichkeit chronischer Gesundheitsprobleme in dieser Bevölkerungsgruppe (Baumle, 2014). Insbesondere schwule Männer weisen ein erhöhtes Risiko für Angststörungen auf (Mayer et al., 2008). Dies ist einer der Gründe, warum sie routinemäßige Gesundheitsuntersuchungen meiden. Dies führt dazu, dass alterstypische Krankheiten wie Hörverlust und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei schwulen Senioren später diagnostiziert werden, was zu Komplikationen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung beiträgt (Harrison, 1996). Diese höhere gesundheitliche Belastung und die Angst vor schlechter medizinischer Versorgung könnten Gründe dafür sein, dass Schwule und Lesben sich besser auf das Alter vorbereiten.

Ressourcen

Trotz oder gerade wegen der vielen Herausforderungen, mit denen queere Menschen konfrontiert sind, verfügt die Gruppe der LG-Senior*innen über eine Vielzahl von Ressourcen und eine gut entwickelte Resilienz (Berger & Kelly, 2001; Hash & Rogers, 2013; Masini & Barrett, 2008). Die spezifischen Erfahrungen, die mit einer lesbischen oder schwulen Existenz verbunden sind, haben diese Personen dazu gezwungen, Mechanismen zu entwickeln, um mit tragischen und herausfordernden Situationen umzugehen oder alternative Wege zu finden, um Probleme zu bewältigen. Zudem waren und sind viele LG-Pensionist*innen politisch aktiv und haben gelernt, selbstbewusst für ihre Rechte einzutreten und Netzwerke aufzubauen (Schönpflug & Eberhardt, 2021). Diese Ressourcen sind lebenslang von großer Bedeutung und können für eine Vielzahl anderer Herausforderungen genutzt und angewendet werden. Das Altern bildet hier keine Ausnahme. Gerade das

Älterwerden ist in der westlichen Gesellschaft mit einem Stigma verbunden und oft schwer zu akzeptieren (Berger & Kelly, 2001). Altern wird oft mit dem Verlust von Funktionalität, Freiheit, Gesundheit, Unabhängigkeit und sozialem Ansehen in Verbindung gebracht. Um diese Herausforderungen zu meistern, sind lesbische und schwule Senior*innen besonders gut vorbereitet. Im Vergleich zu ihren heterosexuellen Altersgenoss*innen verfügen sie über eine bessere Anpassungsfähigkeit, mehr Autonomie, Krisenkompetenz, Stressbewältigung und Selbstfürsorge (Hash & Rogers, 2013; Metlife, 2010). Auch mit Stigmatisierung kann besser umgegangen werden. Denn Lesben und Schwule lernen schon früh, dass sie nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechen und einer Minderheit angehören (Berger & Kelly, 2001). Sie zeigen mehr Flexibilität in den Geschlechterrollen, was ihnen dabei helfen kann, sich besser ohne Partner*in zurechtzufinden und mit Stereotypen gegenüber älteren Menschen umzugehen (Berger & Kelly, 2001; Hash & Rogers, 2013). Außerdem wird das Stigma „alt“ als weniger schwerwiegend empfunden als das Stigma „queer“, mit dem sie den größten Teil ihres Lebens gelebt haben (Barranti & Cohen, 2000). Möglicherweise ist es dieses erhöhte Ressourcenpotential, das bei Schwulen und Lesben zu einer verstärkten Auseinandersetzung und Vorbereitung auf das Alter führt.

Pflege und Altenheime

Homosexuelle Senior*innen haben aufgrund ihrer individuellen Erfahrungen, aber auch aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Vergangenheit Bedenken, wenn es darum geht, wie und wo sie gepflegt werden wollen. Viele LG-Senior*innen zeigen Ängste bezüglich der Vorstellung, in ein Altenheim zu ziehen. Diese beziehen sich sowohl auf das Gesundheitspersonal als auch auf die Mitbewohner*innen (Stein et al., 2010). Gegenüber dem Gesundheitspersonal besteht die Angst, aufgrund homophober Einstellungen Ablehnung oder Vernachlässigung zu erfahren. In einer Wiener Studie erwartete die Hälfte der befragten Lesben und Schwulen, vom Pflegepersonal aufgrund ihrer Sexualität diskriminiert zu werden (Schuster & Edlmayr, 2014). Noch mehr Misstrauen herrschte gegenüber den heterosexuellen Mitbewohner*innen. Hier vermuteten zwei Drittel der Befragten eine Diskriminierung durch diese (Schuster & Edlmayr, 2014). Dem Misstrauen gegenüber der eigenen Alterskohorte liegt der Verdacht zugrunde, dass die zeitgeschichtliche Erfahrung der Tabuisierung und des Verbots von Homosexualität zu bis heute anhaltenden

homophoben Einstellungen und Vorurteilen bei den heterosexuellen Gleichaltrigen führt. Sie können auch Angst davor haben, mit Menschen zusammenzuleben, die sie damals in ihrem Kampf um Gleichberechtigung behindert und ihnen Rechte verweigert haben könnten (Schuster & Edlmayr, 2014; Stein et al., 2014). LG-Senior*innen haben Angst, von diesen Mitbewohner*innen nicht akzeptiert zu werden und mit ihrer sexuellen Orientierung vorsichtig umgehen zu müssen, um keinen Anstoß zu erregen. Dies führt dazu, dass sie in ständiger Angst leben müssen, dass jemand von ihrer sexuellen Orientierung erfährt. Dies führt schließlich zu einer Situation, die der vor dem Coming-out ähnelt. Eine Situation, die nach einem Leben in erkämpfter sexueller Autonomie gefürchtet wird (Schönpflug & Eberhardt, 2021), aber auch als Überlebensstrategie aufgrund der befürchteten Diskriminierung in diesem Setting fungiert. Das Verstecken der sexuellen Orientierung - und damit eines wichtigen Teils der Identität vieler LG-Senior*innen - führt dazu, dass Bedürfnisse nach emotionaler, sozialer und kultureller Unterstützung nicht mehr angemessen artikuliert werden können. Es kann nicht mehr vollständig über die Vergangenheit und eventuell verstorbene bzw. frühere Lebenspartner*innen gesprochen werden und Freunde und Bekannte aus der Community werden nur ungern zu Besuch eingeladen. All dies trägt zu einem Gefühl der Isolation bei (Stein et al., 2014). Darüber hinaus ist die Akzeptanz der Identität - und damit auch der sexuellen Identität - durch das soziale Umfeld eine Grundvoraussetzung für Lebenszufriedenheit und Gesundheit im Alter (Gabrielson, 2011).

Diese Ängste und Sorgen führen zu einem starken Wunsch nach LGBTQ*-exklusiven Angeboten (Schönpflug & Eberhardt, 2021). So äußerten in einer Befragung von Wiener LGBT-Personen 88%, dass sie eine LGBT-spezifische Einrichtung für wichtig erachten (Schuster & Edlmayr, 2014). Pflegepersonal, das selbst lesbisch oder schwul ist, wird teilweise befürwortet, wobei vor allem eine offene und sensibilisierte Grundhaltung gewünscht wird (Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen München, 2004). Diese Präferenz für LGBT-spezifische Einrichtungen steigt mit höherer Bildung und höherem Einkommen (Neville & Henrickson, 2010). In einer Befragung von queeren Menschen in Wien waren 88% der Befragten der Meinung, dass das Angebot wenig auf die Bedürfnisse von Schwulen, Lesben und Transgender-Personen ausgerichtet ist (Schuster &

Edlmayr, 2014). Die Studie zeigt auch, dass das Leben in einem Pflegeheim zu den unbeliebtesten Pflegeoptionen zählt. Als beliebteste Pflegeoption wird die Pflege zu Hause durch den/die Partner/in angegeben. Mehr als die Hälfte der Befragten bevorzugte dies. An zweiter Stelle steht die Pflege zu Hause durch einen mobilen Pflegedienst, gefolgt vom Wohnen in einer privaten oder betreuten Senioren-WG oder einer 24-Stunden-Betreuung zu Hause. Am wenigsten beliebt war die Pflege durch Bekannte oder Familienangehörige (Schuster & Edlmayr, 2014).

Hypothesen

In früheren Studien gibt es Hinweise darauf, dass die Vielzahl möglicher Sorgen, die Lesben und Schwule haben, dazu führen könnte, dass sie sich früher und umfassender auf das Alter vorbereiten als ihre heterosexuellen Altersgenossen (Thomeer et al., 2017). Diese erhöhte Beschäftigung mit den entsprechenden Themen soll auch in dieser Studie erhoben werden. Die Hypothesen lauten daher, dass sich homosexuelle Personen häufiger als heterosexuelle Personen gedanklich und im Gespräch mit anderen mit den Themen Wohnen und Pflegebedürftigkeit im Alter auseinandersetzen. Es wird erwartet, dass homosexuelle Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen mehr Motivation zeigen, sich auf Themen des Alters vorzubereiten, und weniger Barrieren haben, um über diese Themen zu sprechen. In der vorliegenden Studie werden hierfür zwei Arten der Motivation unterschieden: Annäherungs- und Vermeidungsmotivation. Bei der Annäherungsmotivation wird das Verhalten durch ein positives oder erwünschtes Ereignis oder Möglichkeit beeinflusst, während bei der Vermeidungsmotivation das Verhalten durch ein negatives oder unerwünschtes Ereignis oder Möglichkeit beeinflusst wird (Elliot, 1999). Die Art der Motivation beeinflusst, wie Menschen ihre Ziele setzen, ihre Handlungen planen und ihre Umwelt wahrnehmen. Sie spielt eine wichtige Rolle bei der Formulierung von Zielen, der Wahl von Handlungsstrategien und der Regulierung von Emotionen und Verhalten (Locke & Latham, 2002). Diese Unterscheidung zwischen Annäherungs- und Vermeidungsmotivation wird in der wissenschaftlichen Psychologie seit ihren Anfängen (James, 1890) als nützlich erachtet und hat sich in allen theoretischen Perspektiven und Forschungsbereichen bewährt (Elliot & Thrash, 2002). In der vorliegenden Studie wird das Interesse an den verschiedenen Motivationstypen betont, um einen tiefergehenden Einblick in die inneren Prozesse homosexueller Senior*innen zu erlangen. Die Untersuchung der

Motivation, die dem Vorbereitungsverhalten zugrunde liegt, soll Aufschluss darüber geben, ob es aufgrund der oben beschriebenen Sorgen und Ängste bei homosexuellen Personen zu unterschiedlichen Ausprägungen der Motivationsarten bei hetero- und homosexuellen Senior*innen kommt.

Ebenso wird davon ausgegangen, dass Schwule und Lesben im Vergleich zu Heterosexuellen bereits mehr Vorsorgemaßnahmen getroffen haben. Wie bereits erwähnt, haben homosexuelle Menschen spezifische Ängste vor Pflegeheimen und Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem (Cahill & South, 2002; Hinrichs & Donaldson, 2017; Stein et al. 2010). Sie verlassen sich stärker als heterosexuelle Menschen auf freundschaftliche Unterstützungsnetzwerke (Dewaele et al., 2011). Hinsichtlich der Wohnpräferenzen im Alter wird daher erwartet, dass sich homosexuelle Personen eher als heterosexuelle Personen gegen das Wohnen in einem Altersheim und für das Wohnen bei Angehörigen oder Freunden entscheiden. Die Studie will aber auch die Ursachen und Motive ergründen, die zu Unterschieden in der Altersvorsorge führen. Die Kernfrage lautet: Aus welchen Gründen sorgen Schwule und Lesben stärker für den Pflegefall vor? Und was sind ihre Motive, wenn sie sich für bestimmte Wohnformen im Alter entscheiden? Mittels einer qualitativen Datenanalyse sollen diese Motive aus den Interviews mit den Paaren herausgearbeitet werden.

Methode

Untersuchungsdesign

Die Studie ist eine Querschnittsstudie und besteht aus zwei Teilen: einen Eingangsfragebogen sowie eine darauf folgende Beobachtungsstudie im Labor. Die Studie ist Teil einer größeren Pilotstudie zum Thema „Partnerschaftliche Kommunikation über das Altern“. Sie umfasst mehrere Forschungsfragen und erhebt daher eine Vielzahl von Variablen. An dieser Stelle werden nur die für die vorliegende Arbeit relevanten Aspekte näher erläutert.

Ein Ziel der Studie ist es, homosexuelle und heterosexuelle Personen hinsichtlich bestimmter Parameter, die in der Fragestellung genannt werden, zu vergleichen. Da die Anzahl der heterosexuellen Paare in der Studie wesentlich größer und die Anzahl der homosexuellen Paare sehr klein war, wurde entschieden, für die homosexuellen Probanden eine möglichst gute statistische Übereinstimmung zu

finden. Die Probanden wurden in Bezug auf das Vorhandensein von Kindern, den Gesundheitszustand und das Alter gematcht. Diese Variablen wurden ausgewählt, da sie sich in früheren Studien als wichtige Einflussfaktoren für den Umfang der Altersvorsorge erwiesen haben (Thomeer et al., 2017).

Vorgehen

Die Rekrutierung für die Studie startete am 1. Oktober 2022. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Anfang November 2022 bis Ende Jänner 2023. Nach der Anmeldung zur Studie wurde den Proband*innen der Eingangsfragebogen zugesendet. Dies erfolgte je nach Präferenz entweder per Post oder per E-Mail über einen Link. Das Ausfüllen des Fragebogens nahm ca. 45 Minuten in Anspruch. Der Fragebogen erhob einerseits demographische Variablen, enthielt aber auch Fragen zur Paarbeziehung, zum Älterwerden und zu Themen des Alterns und der Altersvorsorge. Im letztgenannten Bereich wurde die jeweilige Auseinandersetzung mit den Themen (1) Wohnen im Alter, (2) Pflegebedürftigkeit im Alter, (3) Tod und Sterben, (4) Vererben und Hinterlassen, (5) Familie und Freundschaften im Alter erfragt. Neben inhaltlichen Fragen sollten hier Barrieren in der Auseinandersetzung mit den Themen sowie die Motivation zur Auseinandersetzung und bereits getroffene Vorsorgehandlungen erfragt werden. Zusätzlich konnten die Proband*innen hier angeben, über welche der fünf Themen sie bereit wären, im Labor zu sprechen.

Nach Abschluss des Eingangsfragebogens wurde das Paar in ein Labor der Universität Wien eingeladen, um dort über die ausgewählten Themen des Älterwerdens zu sprechen. Die Paare diskutierten maximal drei Themen, wobei jedes Thema von beiden Partnern vorab im Fragebogen akzeptiert werden musste. Die Gespräche wurden auf Tonband und Video aufgezeichnet. Soweit die Proband*innen einverstanden waren, wurden zusätzlich Elektroden an deren Körper angebracht. Diese maßen die Herzfrequenz, den Blutdruck, die Hautleitfähigkeit und die Bewegungen während des Interviews. Die Proband*innen füllten vorab noch einen Fragebogen aus, welcher die aktuelle Befindlichkeit der Proband*innen erfassen sollte. Um eine ungestörte Atmosphäre zu schaffen, wurden die Proband*innen während der Gespräche im Laborraum alleine gelassen. Die Proband*innen waren aber darüber informiert, dass die Versuchsleiter*innen sie über Kameras und ein Mikrofon sehen und hören konnten. Dann begannen die

Gespräche und dem Paar wurde das erste Thema mit der dazugehörigen Aufgabenstellung präsentiert (s. Anhang *Leitfragen für Gespräche*). Die Reihenfolge, in der die Themen präsentiert wurden, war zufällig. Die Formulierung der Aufgabenstellung ermöglichte sowohl eine allgemeine und unpersönliche als auch eine konkrete und persönliche Diskussion der Themen. Die Paare hatten bis zu zehn Minuten Zeit, um über das Thema zu sprechen. Nach Ablauf der zehn Minuten wurde das Paar gebeten, einen Zwischenfragebogen auszufüllen und dann zum nächsten Thema überzugehen. Der Zwischenfragebogen sollte feststellen, wie realitätsnah die Proband*innen das Gespräch empfunden haben, womit die ökologische Validität des Interviews kontrolliert werden sollte. Zudem erhob der Fragebogen den Affekt des/der Proband*in, sowie die empfundene Verbundenheit zum/zur Partner*in während des Gesprächs. Nach der Durchführung von maximal drei Gesprächen zu den Versuchsthemen und dem dazugehörigen Zwischenfragebogen wurde ein Kontrollthema zur Diskussion gestellt. Dieses Kontrollthema bezog sich auf positive Aspekte des Älterwerdens (s. Anhang *Leitfragen für Gespräche*). Dies sollte zum einen mögliche negative Gefühle der als belastend empfundenen Gesprächsthemen abfedern und zum anderen bei den Auswertungen als Kontrollbedingung für die anderen Themen dienen. Mit Abschluss dieses letzten Interviews war der zweite und letzte Teil der Studie abgeschlossen. Dieser nahm insgesamt ca. 60 Minuten in Anspruch.

Stichprobenbeschreibung für quantitative Fragestellung

Eine a-priori-Berechnung der Stichprobengröße mittels *G*Power* ergab, dass zur Beantwortung der quantitativen Fragestellungen bei einer angenommenen mittleren Effektstärke von *Cohen's d* = .5 und einer angestrebten Power von .80 unter der Annahme einer Alpha-Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ die Stichprobengröße mindestens $N = 36$ Personen betragen sollte. Für den angestrebten Gruppenvergleich sollten also mindestens 18 homosexuelle Personen (bzw. neun homosexuelle Paare) und 18 heterosexuelle Personen in die Untersuchung einbezogen werden.

Paare kamen für die Studie in Frage, wenn beide mindestens 50 Jahre alt waren und die Partnerschaft länger als ein Jahr bestand. Da die Beobachtungsstudie an der Universität Wien stattfand, sollte sich die Studie auf Einwohner*innen der Stadt Wien und des Wiener Umlandes konzentrieren. Die Proband*innen wurden aus dem

sozialen Umfeld der Forschenden und über Flyer und Plakate, die in Seniorenheimen, Pensionist:innenklubs, Cafés und anderen Institutionen in Wien ausgelegt wurden, rekrutiert. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Proband*innen bereit sein sollten, über mindestens zwei der oben genannten fünf Themen zu sprechen. Zudem sollten die Proband*innen kognitiv und physisch dazu in der Lage sein, den Fragebogen selbstständig auszufüllen und ins Labor zu kommen. Paare, bei denen eine demenzielle Erkrankung oder häusliche Gewalt in der Vorgeschichte vorlag, wurden ebenfalls vorab ausgeschlossen.

Die Stichprobengröße der homosexuellen Stichprobe betrug $N = 9$, davon 6 Personen, die als Paar an der Studie teilnahmen und 3 Personen, bei denen nur ein Partner den Fragebogen ausfüllte und das Paar somit nicht am zweiten Teil der Studie teilnehmen konnte. Da diese Personen dennoch für die Studie in Frage gekommen wären, wurden ihre Daten zur Beantwortung der quantitativen Fragestellung herangezogen. Für eine bessere Vergleichbarkeit wurden die homosexuellen Proband*innen in den Variablen Alter, Gesundheitszustand und Vorhandensein von Kindern mit den heterosexuellen Proband*innen gematcht. Die Stichprobengröße betrug somit insgesamt $N = 18$ (13 Männer, 5 Frauen). Die Altersspanne lag zwischen 53 und 76 Jahren, das Durchschnittsalter bei 61,67 Jahren ($SD = 7,48$). Von den Proband*innen hatten 44% Kinder.

Weiterhin wurde der sozioökonomische Status der Proband*innen untersucht. Die Analyse des sozioökonomischen Status der Stichprobe zeigt eine Vielfalt an Bildungsabschlüssen sowie Einkommens- und Wohnverhältnissen. Was die höchste abgeschlossene Ausbildung betrifft, so haben sechs Personen einen Lehrabschluss und vier Personen eine allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura abgeschlossen. Darüber hinaus haben sieben Personen eine Universität oder Fachhochschule besucht.

Bezüglich des Einkommens machten 13 der 18 Befragten Angaben zum gemeinsamen Nettoeinkommen aller in ihrem Haushalt lebenden Personen. Acht Personen gaben ein Einkommen von über 3.000 € an, während eine Person ein Einkommen zwischen 1.500 und 2.000 € angab. Zwei Personen gaben ein Einkommen zwischen 2000 und 2500€ an und zwei weitere Personen hatten ein gemeinsames Haushaltseinkommen zwischen 2500 und 3000€ pro Monat.

Die Wohnsituation zeigt eine Vielfalt an Wohnformen innerhalb der Stichprobe. Sieben der Befragten lebten in einem Einfamilienhaus, zwei in einer Eigentumswohnung, eine Person in einem Mietshaus und acht in einer Mietwohnung. Dabei ist hervorzuheben, dass alle sieben Personen, die in einem Einfamilienhaus wohnen, der heterosexuellen Stichprobe angehören, während sieben der acht Personen, die in einer Mietwohnung leben, der homosexuellen Stichprobe angehören.

Stichprobenbeschreibung für die qualitative Fragestellung

Für die qualitative Untersuchung werden nur die homosexuellen Paare berücksichtigt, die auch zu einem Interview ins Labor gekommen sind. Insgesamt waren dies nur 3 Paare ($N = 6$). Zwei schwule Paare und ein lesbisches Paar. Die Altersspanne lag zwischen 53 und 74 Jahren, das Durchschnittsalter bei 62,17 Jahren ($SD = 7,38$). In jeder Paarkonstellation gab es mindestens eine Partner*in, die eigene Kinder aus einer vorhergehenden Partnerschaft hatte. Die Männer hatten alle die österreichische Staatsbürgerschaft, die beiden Frauen nicht. Die Stichprobe umfasste zwei Personen mit einem Lehrabschluss und vier Personen, die eine Universität oder Fachhochschule besucht haben.

Auf die Frage nach dem gemeinsamen Haushaltsnettoeinkommen antworteten vier Personen mit einem Einkommen von über 3.000 €. Zwei Personen wollten zu dieser Frage keine Angabe machen. In Bezug auf ihre Wohnsituation gaben fünf der Proband*innen an, in einer Mietwohnung zu leben, lediglich ein Proband lebte in einer Eigentumswohnung.

Operationalisierung der Hypothesen und Messinstrumente

Altersvorsorge

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit den Unterschieden zwischen hetero- und homosexuellen Personen bezüglich der Themen Wohnen und Pflege im Alter. Betrachtet werden Unterschiede im Vorhandensein von *Barrieren*, in der Häufigkeit der *Auseinandersetzung* mit den Themen Wohnen und Pflege im Alter sowie in der *Motivation*, die diesem Verhalten zugrunde liegt. Jedes der drei Einzelkonstrukte wird mit einer eigenen Skala erhoben (s. Anhang Eingangsfragebogen). Die Skalen fragen die Konstrukte jeweils getrennt für das Thema Wohnen und das Thema Pflege ab, so dass insgesamt sechs Einzelskalen vorliegen.

Auseinandersetzung mit Themen des Alterns

Die Auseinandersetzung mit den Themen *Pflege im Alter* und *Wohnen im Alter* wurde mit Hilfe selbstgenerierter Skalen erfasst, die den Proband*innen im Eingangsfragebogen vorgelegt wurden. Die Skalen bestehen jeweils aus drei Items, die drei Arten der Auseinandersetzung erfassen sollen: Die gedankliche Auseinandersetzung („Wie häufig denken Sie über das Thema „Wohnen im Alter“ nach?“), die Auseinandersetzung mit dem/der Partner*in („Wie häufig sprechen Sie mit Ihrem/r Partner*in über das Thema „Wohnen im Alter“?“) und die Auseinandersetzung mit anderen Personen („Wie häufig sprechen Sie über das Thema „Wohnen im Alter“ mit anderen Personen (nicht mit Ihrer/r Partner*in)?“). Die Antwortoptionen reicht von „täglich“ (4) über „mindestens einmal pro Woche“ (3), „mindestens einmal pro Monat“ (2) und „seltener“ (1) bis „nie“ (0). Hohe Werte auf der Skala weisen auf eine starke Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema hin. Die Reliabilität für beide Skalen liegt in der Gesamtstichprobe für *Wohnen im Alter* bei $\alpha = .82$ und für *Pflege im Alter* bei $\alpha = .78$ und kann damit als gut bis sehr gut bezeichnet werden.

Barrieren bei Themen des Alterns

Die Barrieren zu den Themen *Pflege im Alter* und *Wohnen im Alter* wurden ebenfalls mit selbstgenerierten Skalen abgefragt. Die Skalen bestanden aus vier Items und erfragten sowohl Emotionen gegenüber dem Thema (Beispielitem: „Das Thema „Wohnen im Alter“ macht mir Angst“) als auch den Umgang mit dem Thema in der Partnerschaft (Beispielitem: „Bei dem Thema „Wohnen im Alter“ kann es zwischen meiner Partnerin und mir auch mal zu Streitigkeiten kommen.“). Die Proband*innen konnten diese Items auf einer Antwortskala beantworten, die als Kontinuum dargestellt war. Sie reichte von „trifft gar nicht zu“ (0) bis „trifft genau zu“ (6). Hohe Werte deuten auf starke Barrieren in Bezug auf das Thema hin. Die Antwortmöglichkeit „ich weiß es nicht“ wurde ebenfalls angeboten. Die Reliabilität für beide Skalen liegt in der Gesamtstichprobe für *Wohnen im Alter* bei $\alpha = .61$ und für *Pflege im Alter* bei $\alpha = .55$. In frühen Stadien der Skalenbildung kann ein Wert von $\alpha > .5$ als ausreichend angesehen werden (Nunnally, 1978). Betrachtet man jedoch die korrigierten Item-Skala-Korrelationen zeigt sich, dass bei beiden Themenbereichen *Item 1* (Das Thema „Wohnen im Alter“ macht mir Angst.) unter 0.3 liegt. Zudem steigt die Reliabilität auf $\alpha = .66$ für das Thema Wohnen und α

= .58 für das Thema Pflege, wenn man *Item 1* aus der Skala entfernt. Beide Kriterien sollten laut Fields (2013) zum Ausschluss des Items aus der Skala führen. Aus diesen Gründen wurde beschlossen *Item 1* aus der Analyse auszuschließen.

Motivation

Zur Erfassung der Annäherungs- und Vermeidungsmotivation zu den Themen *Wohnen im Alter* und *Pflege im Alter* wurden selbstgenerierte Skalen entwickelt. Die Skalen bestehen aus je drei Items. Diese erfassen zum einen die Annäherungsmotivation („Bezogen auf Vorsorge für „Wohnen im Alter“ bin ich besonders motiviert, ausgezeichnete Wohnbedingungen zu haben.“), die Vermeidungsmotivation („Bezogen auf Vorsorge für „Wohnen im Alter“ bin ich besonders motiviert, schlechte Wohnbedingungen zu vermeiden.“) und das subjektive Gefühl der Vorbereitung zu dem Thema („Bezogen auf Vorsorge für „Wohnen im Alter“ habe ich das Gefühl, sehr gut vorbereitet zu sein.“). Die Antwortskala war als Kontinuum dargestellt und reichte von „trifft gar nicht zu“ (0) bis „trifft voll zu“ (6).

Die Reliabilität für beide Skalen liegt in der Gesamtstichprobe für *Wohnen im Alter* bei $\alpha = .68$ und für *Pflege im Alter* bei $\alpha = .72$ und ist damit als akzeptabel bis gut einzustufen. Die Reliabilität erhöht sich jedoch, wenn das Item zum subjektiven Gefühl der Vorbereitung weggelassen wird, auf $\alpha = .88$ für Wohnen und $\alpha = .89$ für Pflege. Bei einer erneuten Anwendung dieser Skala sollte dieser Befund berücksichtigt werden. In dieser Studie werden die Konstrukte ohnehin getrennt betrachtet

Vorsorgemaßnahmen

Zusätzlich werden bereits getroffene Vorsorgemaßnahmen zu den Themen *Wohnen* und *Pflege* abgefragt. Drei Fragen wurden einem umfangreicheren Fragebogen zur Altersvorsorge von Kim-Knauss & Lang (2021) entnommen. Diese Fragen beziehen sich sowohl auf bereits getroffene Maßnahmen wie den Abschluss von Zusatzversicherungen und den altersgerechten Umbau der Wohnung als auch auf die aktive Informationssuche zu diesen Themen. Die Fragen konnten mit einem einfachen Ja-Nein-Antwortformat beantwortet werden, wobei „Ja“ den Wert 1 und „Nein“ den Wert 0 aufweist.

Präferenzen zur Versorgungssituation

Weiterhin wird postuliert, dass sich die Präferenzen in Bezug auf die Versorgungssituation unterscheiden. Hierfür wird eine leicht adaptierte Form einer von Seifert (2015) generierten Skala zu Versorgungspräferenzen verwendet (s. Anhang Eingangsfragebogen). Die Skala wurde dahingehend angepasst, dass sie eine Option für betreutes Wohnen enthält. Es wird erfragt, welche Versorgungsform die Proband*innen im Falle einer eingeschränkten Selbstständigkeit präferieren würden. Die Proband*innen konnten hier zwischen den sieben Optionen (1) Pflege zu Hause durch Partner*in, (2) Pflege zu Hause durch Angehörige und Bekannte, (3) Pflege zu Hause mit Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten, (4) Pflege im Altersheim, (5) Pflege in einer Einrichtung des betreuten Wohnens, (6) Pflege bei Angehörigen und (7) Pflege bei Bekannten/ Freund*innen wählen. Die Antwortmöglichkeiten werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „lehne stark ab“ (0) bis „stimme sehr zu“ (4) bewertet.

Gesundheit

Der Gesundheitszustand wurde hier vorrangig für das Matchingverfahren verwendet und mit einem einzigen Item erhoben: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen körperlichen Gesundheitszustand einschätzen?“. Das Item stammt aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP). Das SOEP ist eine wiederholte Querschnitts- und Längsschnittstudie zur psychischen und körperlichen Gesundheit in Deutschland, die seit 1984 durchgeführt wird. Diese Aussage konnte auf einer siebenstufigen Likert-Skala von „sehr schlecht“ (0) bis „sehr gut“ (6) beantwortet werden.

Quantitative Analysen – Statistische Auswertung

Zur Beantwortung der quantitativen Fragestellung wurden Paarvergleiche für abhängige Stichproben durchgeführt. Das Matching der homosexuellen Proband*innen mit passenden heterosexuellen Proband*innen indizierte einen Test für abhängige Stichproben. Aufgrund der Verletzung der Normalverteilung und der geringen Stichprobengröße wurde der Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben verwendet. Dies bedeutet, dass die Mittelwerte der heterosexuellen und homosexuellen Gruppe auf den Skalen Barrieren, Motivation und Häufigkeit der Auseinandersetzung mit den Themen Wohnen und Pflege miteinander verglichen

wurden. Für den Vergleich der Präferenzen bezüglich der Versorgungsformen wurde ein Friedmann-Test berechnet.

Qualitative Analysen - Methodologie

Ablauf der Gespräche

Für die Beobachtungsstudie wurden die Paare gebeten, miteinander Gespräche über insgesamt drei vorgegebene Themen des Älterwerdens zu führen. Zu Beginn wurde den Proband*innen eine allgemeine Einführung gegeben, in der betont wurde, dass die Gespräche so natürlich und ungezwungen wie möglich verlaufen sollten. Außerdem wurden sie darauf aufmerksam gemacht, dass ihnen maximal zehn Minuten zur Verfügung stünden, um ein Thema zu besprechen, dass sie aber natürlich auch vor Ablauf dieser Zeit Bescheid geben könnten, wenn sie mit einem Thema bereits vorher fertig seien.

Nach dieser Einführung verließ die Versuchsleitung den Beobachtungsraum und die Proband*innen wurden über Lautsprecher aufgefordert, das erste Blatt mit Leitfragen zum Thema umzudrehen und das Gespräch zu beginnen. Insgesamt gab es vier Blätter mit Leitfragen. Jedes Blatt enthielt die gleichen drei Fragen zum jeweiligen Thema. Es wurde erkundet, welche Aspekte den Teilnehmer*innen in Bezug auf das Thema wichtig sind, welche Wünsche und Ängste sie damit verbinden und wie sie die Zukunft in diesem Zusammenhang gemeinsam gestalten möchten. Sobald die Proband*innen ein Thema abgeschlossen hatten, wurden sie aufgefordert, einen Zwischenfragebogen auszufüllen. Nach maximal drei Interviews zu den Versuchsthemen und den dazugehörigen Zwischenfragebögen wurde das Kontrollthema vorgegeben.

Beschreibung des vorliegenden Ausgangsmaterials

Das Ausgangsmaterial für die qualitative Analyse bildeten die Gespräche zwischen den Paaren. Die Audio- und Videoaufzeichnungen wurden in Transkripte umgewandelt. Die ersten Transkripte wurden mit Hilfe der Spracherkennungssoftware F4 erstellt. Diese Transkripte wurden dann mit dem originalen Audio- und Videomaterial verglichen. Eventuelle Verständnisfehler wurden korrigiert und zusätzliche Informationen, insbesondere zur Emotionalität der Sprecher, hinzugefügt (s. Anhang *Transkriptionsregeln*). Zur Beantwortung der qualitativen Fragestellung wurden die durchgeführten Interviews mittels qualitativer Auswertungsmethoden analysiert. Dabei wurde nach

den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz vorgegangen (Kuckartz et al., 2022). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz bietet drei verschiedene Analyseverfahren: die inhaltlich strukturierende, die evaluative und die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz et al., 2022, S. 104).

Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse stellt die zentrale Methode qualitativer inhaltsanalytischer Verfahren dar und wurde für die Auswertung der Interviews angewendet. Sie arbeitet mit der Entwicklung von Kategorien, mit deren Hilfe die für die Forschungsfrage relevanten Textstellen kodiert werden. Die Kodierung des Materials ermöglicht eine strukturierte, aber auch dynamische Analyse im Hinblick auf die Forschungsfrage.

Die Kategorien können entweder induktiv direkt aus dem Material oder deduktiv, etwa aufgrund theoretischer Überlegungen, abgeleitet werden. Kuckartz et al. (2022) weisen darauf hin, dass Forschungsprojekte selten eindeutig einer rein induktiven oder deduktiven Kategorienbildung zugeordnet werden können. Im Gegensatz zu rein induktiven oder deduktiven Ansätzen der Kategorienbildung zeichnet sich dieses

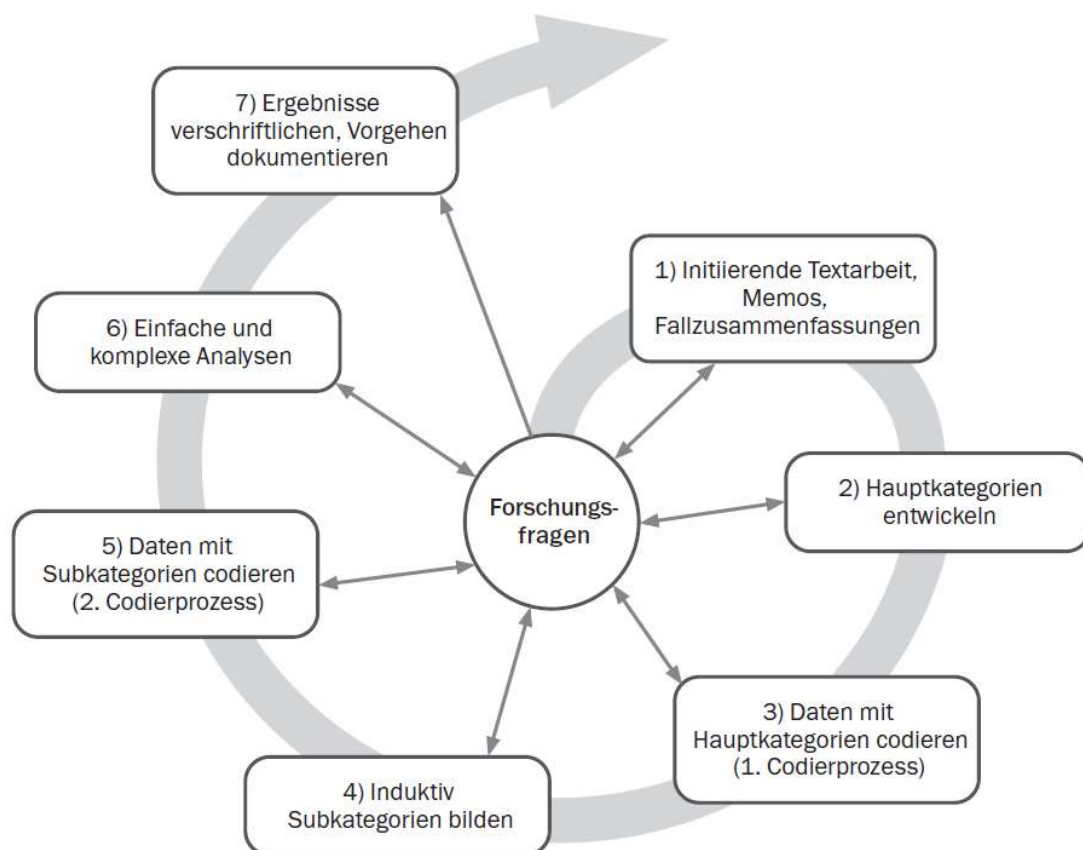


Abbildung 1: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in 7 Phasen (Kuckartz et al., 2022, S. 132)

Verfahren durch ein mehrstufiges Vorgehen aus, das sowohl induktive als auch deduktive Ansätze berücksichtigt (vgl. Kuckartz et al., 2022, S. 129). In wiederholten Durchgängen wird das Material sowohl mit den Kategorien kodiert als auch die Kategorien am Material weiterentwickelt. Es gilt zu beachten, dass die Auswertungsabläufe nicht strikt voneinander getrennt sind, sondern zirkulär betreten und verlassen werden können (vgl. Kuckartz et al., 2022, S. 106). Dies ermöglicht eine gewisse Offenheit gegenüber den Daten und vermeidet allzu lineare Analyseprozesse (s. *Abbildung 1*).

Vorgehen

Die gesamte Analyse wurde mit Hilfe von MAXQDA durchgeführt, einer Software für computerbasierte qualitative Daten- und Textanalyse.

Im ersten Schritt erfolgte eine gründliche Lektüre der Texte, wobei bereits bedeutende Textpassagen identifiziert wurden.

Die Entwicklung des Kategoriensystems erfolgte zunächst durch die deduktive *a priori* Bildung von Kategorien. Die Hauptkategorien leiteten sich aus den Leitfragen der Beobachtungsstudie ab (s. *Leitfragen für Gespräche*). Hier wurden die Aspekte Wünsche und Ängste als Hauptkategorien aufgenommen, da im Interviewleitfaden explizit danach gefragt wurde und sie zudem zwei Facetten der im Forschungsinteresse stehenden Motivation (Annäherungs- und Vermeidungsmotivation) darstellen. Nicht alle Aspekte des Interviewleitfadens wurden als Kategorien aufgenommen, da sie nur teilweise die relevanten Bereiche des Forschungsinteresses widerspiegeln. Zudem wurde davon ausgegangen, dass sich die Interviews aufgrund der spezifischen Themenvorgaben inhaltlich stark unterscheiden würden. Vor diesem Hintergrund wurden die fünf potentiellen Interviewthemen (Wohnen, Pflegebedürftigkeit, Tod und Sterben, Vererben und Hinterlassen, Familie und Freundschaften) auch als Hauptkategorien aufgenommen. In einem zweiten Schritt wurde das gesamte Material anhand dieser Hauptkategorien kodiert. Anschließend wurden alle Textpassagen, die mit den gleichen Hauptkategorien versehen waren, analysiert, um Subkategorien zu bilden. Diese Subkategorien wurden wiederum auf das gesamte Material angewendet. In einem fortlaufenden Kodierdurchgang wurden die bestehenden Kategorien weiterentwickelt, differenziert, aufgelöst, zusammengefasst und gegebenenfalls

modifiziert. Es handelt sich somit um eine deduktiv-induktive Kategorienbildung. Während dieses Prozesses wurden Kommentare und Definitionen zu den Codes festgehalten, um eine umfassende Dokumentation der Entwicklung zu gewährleisten. Die endgültige Fassung des Kategoriensystems findet sich im Anhang (s. Anhang *Kategoriensystem*).

Die anschließende Analyse orientierte sich an der Struktur des entwickelten Kategoriensystems. Der Analyseschritt hatte jedoch auch Auswirkungen auf das Kategoriensystem, da für die Beantwortung der Frage nach den Versorgungsoptionen die Kategorien nochmals nach diesen Optionen geordnet wurden.

Ergebnisse

Quantitative Ergebnisse

Wohnen im Alter

Auseinandersetzung mit Thema Wohnen

Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwieweit sich homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 1,33$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 1$) mit dem Thema *Wohnen im Alter* beschäftigen ($z = -0,07$, $p = 0,944$, $r = -0,02$).

Vorbereitung zum Thema Wohnen im Alter

Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwieweit die homosexuellen Proband*innen ($Mdn = 0$) im Vergleich zu den heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 0,33$) bereits Vorbereitungen zum Thema *Wohnen im Alter* getroffen haben ($z = -0,75$, $p = 0,453$, $r = -0,18$).

Barrieren zum Thema Wohnen im Alter

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Ausmaß, in dem homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 0,67$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 0,33$) Barrieren zum Thema *Wohnen im Alter* angaben ($z = -,21$, $p = 0,833$, $r = -0,05$).

Motivation für Vorsorge zu Wohnen im Alter

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Ausmaß, in dem homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 3$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 3$)

angaben, eine Annäherungsmotivation zu haben, die sich vor allem auf gute Wohnbedingungen im Alter richtet ($z = -0,33$, $p = 0,74$, $r = -0,07$).

Es konnte ebenso kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwieweit homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 4$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 3$) Angaben, eine Vermeidungsmotivation zu haben, die vor allem darauf abzielt, schlechte Wohnbedingungen im Alter zu vermeiden ($z = 0$, $p = 1$, $r = 0$).

Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwieweit sich homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 3$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 3$) gut auf das Thema *Wohnen im Alter* vorbereitet fühlen ($z = -0,88$, $p = 0,38$, $r = -0,21$). Eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse findet sich in *Tabelle 1*.

Tabelle 1

	Median homo	Median hetero	z	p	r
Beschäftigung	1,33	1	-0,07	0,944	-0,02
Vorbereitung	0	0,33	-0,75	0,453	-0,18
Barrieren	0,75	1,25	-,21	0,833	-0,05
Annäherungs- Motivation	3	3	-0,33	0,739	-0,07
Vermeidungs- Motivation	4	3	0	1	0
Vorbereitungs-Gefühl	3	3	-0,88	0,38	-0,21

Vergleich der Variablen zu *Wohnen im Alter* zwischen homo- und heterosexuellen Proband*innen

Pflege im Alter

Auseinandersetzung mit Thema Pflege im Alter

Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwieweit sich homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 0,67$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 1$) mit dem Thema *Pflege im Alter* beschäftigen ($z = -1,79$, $p = 0,74$, $r = -0,42$).

Vorbereitung zum Thema Pflege im Alter

Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwieweit sich die homosexuellen Proband*innen ($Mdn = 0$) im Vergleich zu den heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 0,5$) bereits auf das Thema *Pflege im Alter* vorbereitet haben ($z = -0,33$, $p = 0,739$, $r = -0,08$).

Barrieren zum Thema Pflege im Alter

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Ausmaß, in dem homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 0,67$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 1$) angaben, Barrieren zum Thema *Pflege im Alter* zu haben ($z = -0,51$, $p = 0,609$, $r = -0,12$).

Motivation für Vorsorge zu Pflege im Alter

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Ausmaß, in dem homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 3$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 3$) angaben, eine Annäherungsmotivation zu haben, die sich vor allem auf gute Pflegebedingungen im Alter richtet ($z = -0,17$, $p = 0,862$, $r = -0,04$).

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Ausmaß, in dem homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 4$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 3$) angaben, eine Vermeidungsmotivation zu haben, schlechte Pflegebedingungen im Alter zu vermeiden ($z = -0,14$, $p = 0,888$, $r = -0,03$).

Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwiefern sich homosexuelle Proband*innen ($Mdn = 2$) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen ($Mdn = 2$) gut auf das Thema *Pflege im Alter* vorbereitet fühlen ($z = -0,72$, $p = 0,47$, $r = -0,17$). Eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse findet sich in *Tabelle 2*.

Tabelle 2

	Median homo	Median hetero	z	p	r
Beschäftigung	0,67	1	-1,79	0,74	-0,42
Vorbereitung	0	0,5	0,33	0,739	0,08
Barrieren	1,5	1,25	-0,51	0,609	-0,12
Annäherungs-					
Motivation	3	3	-0,17	0,862	-0,04
Vermeidungs-					
Motivation	4	3	-0,14	0,888	-0,03
Vorbereitungs-Gefühl	2	2	-0,72	0,47	-0,17

Vergleich der Variablen zu *Pflege im Alter* zwischen homo- und heterosexuellen Proband*innen

Pflegepräferenzen

Unterschiede zwischen Homo- und Heterosexuellen

Die Proband*innen hatten die Möglichkeit für sieben Pflegeoptionen anzugeben, wie sehr sie diese im Falle eigener Pflegebedürftigkeit präferieren würden. Auch hier wurden Gruppenunterschiede mit dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz geprüft.

Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, inwiefern homosexuelle Proband*innen (Mdn = 4) im Vergleich zu heterosexuellen Proband*innen (Mdn = 3) die Option präferieren, von ihrem Partner gepflegt zu werden ($z = -1,23$, $p = 0,221$, $r = -0,29$). Hinsichtlich der Präferenz von homosexuellen Befragten (Mdn = 3) im Vergleich zu heterosexuellen Befragten (Mdn = 2), von ihren Angehörigen und Bekannten gepflegt zu werden, konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($z = -0,26$, $p = 0,798$, $r = -0,06$). Ebenfalls kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen homosexuellen (Mdn = 3) und heterosexuellen Proband*innen (Mdn = 3) in der Präferenz für die Unterstützung durch Hilfs- und Pflegedienste ($z = 0,51$, $p = 0,608$, $r = 0,12$). Keinen signifikanten Unterschied gab es zwischen homosexuellen (Mdn = 2) und heterosexuellen (Mdn = 1) Proband*innen hinsichtlich der Präferenz, bei Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim zu ziehen ($z = 0$, $p = 1$, $r = 0$). Ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen homosexuellen (Mdn = 2) und heterosexuellen Proband*innen (Mdn = 1) zeigt sich bei der Präferenz für die Pflege im Betreuten Wohnen ($z = -0,74$, $p = 0,461$, $r = -0,17$). Hinsichtlich der Präferenz für

einen Umzug zu Angehörigen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen homosexuellen ($Mdn = 0$) und heterosexuellen ($Mdn = 0$) Befragten festgestellt werden ($z = -1$, $p = 0,317$, $r = -0,24$). Ebenso zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Präferenz zwischen homosexuellen ($Mdn = 0$) und heterosexuellen ($Mdn = 0$) Proband*innen für den Umzug zu Freund*innen/Bekannten ($z = 0$, $p = 1$, $r = 0$). Eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse findet sich in *Tabelle 3*.

Tabelle 3

Pflegeoption	Median homo	Median hetero	z	p	r
Pflege durch Partner*in	4	3	-1,23	0,221	-0,29
Pflege durch Angehörige und Bekannte	3	2	-0,26	0,798	-0,06
Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten	3	3	0,51	0,608	0,12
Altersheim	2	1	0	1	0
betreutes Wohnen	2	1	-0,74	0,461	-0,17
Umzug zu Angehörigen	0	0	-1	0,317	-0,24
Umzug zu Freund*innen/Bekannten	0	0	0	1	0

Vergleich der Präferenz der Pflegeoptionen zwischen homo- und heterosexuellen Proband*innen

Unterschiede zwischen den Pflegeoptionen

Für die homosexuellen Proband*innen war die Unterstützung durch Hilfs- und Pflegedienste in ihrem Zuhause die beliebteste Option ($M = 3.11$). Am zweitliebsten wäre ihnen die Pflege zu Hause durch den/die Partner*in ($M = 2.78$). Danach folgt Pflege in einem Setting des betreuten Wohnens ($M = 2.11$), gefolgt von Pflege zu Hause durch Angehörige ($M = 2$) und Pflege und dem Wohnen im Altersheim ($M = 1.56$). Die beiden unbeliebtesten Formen der Pflege waren der Umzug zu Angehörigen ($M = 0.22$) und zu Freund*innen/ Bekannten ($M = 0.2$).

Für die heterosexuellen Proband*innen war die beliebteste Option die Pflege durch den/die Partner*in ($M = 3.33$). Am zweitliebsten war für sie die Unterstützung zu Hause durch Hilfs- und Pflegedienste ($M = 2.78$). Danach folgt die Pflege zu Hause

durch Angehörige ($M = 1.89$) gefolgt von Pflege in einem Setting des betreuten Wohnens ($M = 1.56$) und der Pflege und dem Wohnen im Altersheim ($M = 1.44$). Die beiden unbeliebtesten Formen der Pflege waren der Umzug zu Angehörigen ($M = 0.33$) und zu Freund*innen/ Bekannten ($M = 0.22$). Eine graphische Gegenüberstellung dieser Mittelwerte findet sich in *Abbildung 2*.

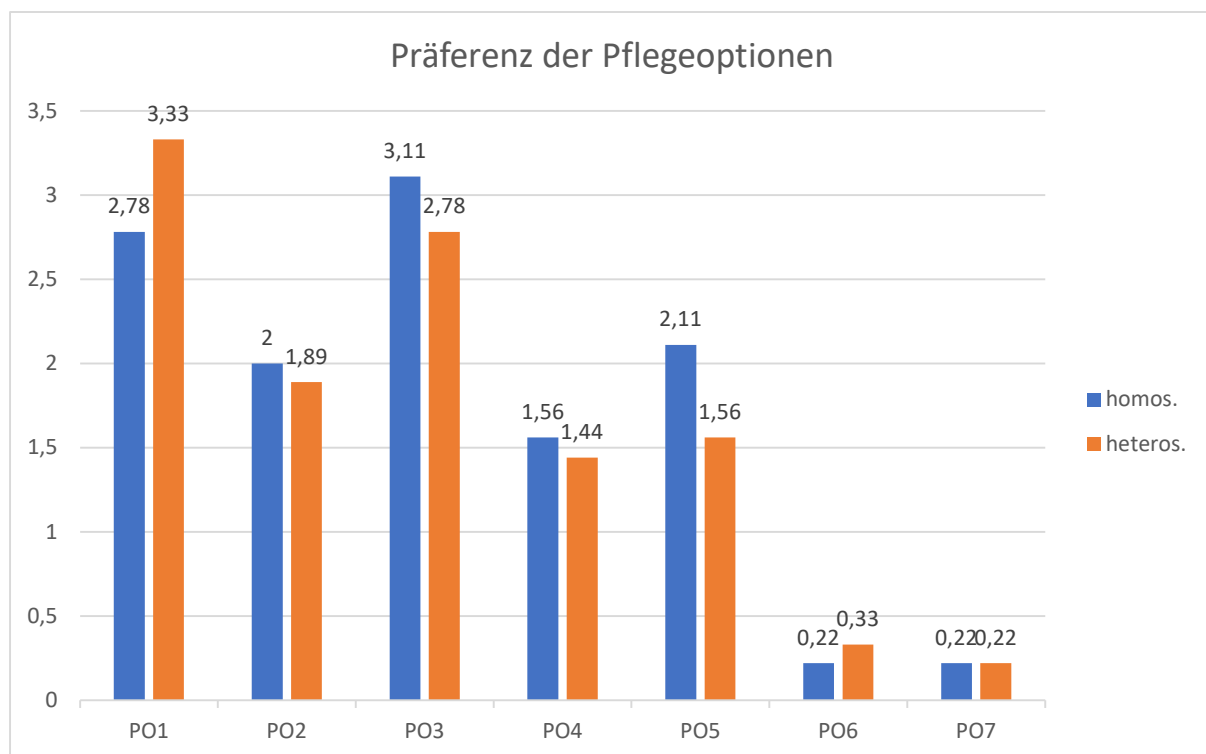


Abbildung 2 Mittelwerte der Beliebtheit der Pflegeoptionen (PO) der homo- und heterosexuellen Proband*innen: **PO1** Pflege durch Partner*in **PO2** Pflege durch Angehörige und Bekannte **PO3** Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten **PO4** Altersheim **PO5** betreutes Wohnen **PO6** Umzug zu Angehörigen **PO7** Umzug zu Freund*innen/Bekannten

Ein Friedmann-Test ergab, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen der Beliebtheit der jeweiligen Pflegepräferenzen bei den homosexuellen Proband*innen gibt ($\chi^2(6) = 28.79$, $p < 0.001$). Paarweise Vergleiche ergaben, dass signifikante Unterschiede zwischen der Pflege durch den/die Partner*in ($Mdn = 4$) und Umzug zu Angehörigen ($Mdn = 0$) oder Freundinnen ($Mdn = 0$) ($z = 3.16$, $p = 0.033$, $r = 1.05$), sowie der Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten ($Mdn = 3$) und Umzug zu Angehörigen oder Freund*innen vorliegen ($z = 3.49$, $p = 0.01$, $r = 1.16$).

Auch bei den heterosexuellen Proband*innen ergab der Friedmann-Test einen signifikanten Unterschied zwischen der Beliebtheit der einzelnen Pflegepräferenzen ($\chi^2(6) = 31.41, p < 0.001$). Auch hier zeigten die paarweisen Vergleiche, dass Unterschiede zwischen der Pflege durch den/die Partner*in ($Mdn = 3$) und Umzug zu Angehörigen ($Mdn = 0$) ($z = 3.98, p = 0.001, r = 1.32$) oder Freundinnen ($Mdn = 0$) ($z = 4.15, p = 0.001, r = 1.38$) vorliegen, sowie Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten ($Mdn = 3$) und Umzug zu Angehörigen ($z = 3.16, p = 0.033, r = 1.053$) oder Freund*innen vorlagen ($z = 3.28, p = 0.018, r = 1.09$).

Qualitative Ergebnisse

Die Fragestellung der qualitativen Untersuchung umfasst zwei zentrale Aspekte. Zum einen wird versucht, die Beweggründe von Schwulen und Lesben für die Wahl bestimmter Wohn- und Pflegemodelle zu ergründen. Zum anderen steht die Frage im Vordergrund, welche Motive hinter der Vorbereitung auf das Alter bei Schwulen und Lesben stehen.

Beide Fragen sollen im Folgenden mit Hilfe der Informationen aus den geführten Interviews so weit wie möglich beantwortet werden. Das im Rahmen der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse entwickelte Kategoriensystem stellt dabei eine systematische Grundlage für die thematische Beantwortung dieser Fragen dar (s. Anhang *Kategoriensystem*).

Motive für Wohn- und Pflegemodelle

Die Auswertung der Pflegepräferenzen mittels des *quantitativen* Fragebogens der sechs interviewten Proband*innen zeigte kein eindeutiges Antwortmuster. Zwar sind innerhalb eines Paares scheinbar ähnliche Antwortmuster zu erkennen, jedoch sind zwischen den jeweiligen Paaren deutliche Unterschiede in den Antwortmöglichkeiten zu erkennen. Diese Unterschiede deuten auf die Diversität der Wünsche innerhalb der Gruppe der LG-Senior*innen hin. Bei der Interpretation der folgenden Interviewantworten muss dieser Umstand berücksichtigt werden.

Es ist wichtig zu betonen, dass die vorliegenden Antworten nicht verallgemeinert werden können. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden einige der hier beschriebenen Phänomene nur von einer Person oder einem Paar erwähnt und es ist fraglich, inwieweit diese repräsentativ sind. Die dargestellten Antworten und die darin enthaltenen Motive sind eher als eine Darstellung möglicher Gründe und Motivationsfaktoren zu verstehen.

Pflege durch Partner*in

Einige der Proband*innen ziehen es vor, im Alter so lange wie möglich zu Hause zu bleiben und im Falle von Pflegebedürftigkeit von ihrem/ihrer Partner*in gepflegt zu werden. Gegen diese Präferenz wurde jedoch auch eingewendet, den/die eigene*n Partner*in nicht belasten zu wollen. Diese Haltung resultierte aus der Beobachtung, dass ein* pflegende*r Partnerin häufig überfordert und allein mit den Herausforderungen der Pflege konfrontiert ist:

»Ich erwarte nicht von dir, dass [...] du mich pflegst. Nicht weil du das nicht könntest, sondern weil ich [...] es beobachte in anderen Familien, dass das (eine) Belastung für die Partner darstellt. [...] Und das möchte ich nicht für dich. « (239, Person B, Gespräch 3, Thema Pflege)

Es wurde jedoch betont, dass der/die Partner*in dennoch in die Pflege einbezogen werden sollte, um eine bestmögliche Bewältigung von Schwierigkeiten zu ermöglichen. Insbesondere die Aufrechterhaltung und Sicherung der Autonomie und damit der Wünsche und Bedürfnisse des/der pflegebedürftigen Partners/Partnerin sei dabei eine zentrale Aufgabe des Partners/ der Partnerin.

Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten

Eine der beliebtesten Optionen ist es, in der gewohnten Umgebung zu bleiben und dies durch die Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten, wie beispielsweise einer Putzhilfe oder sogar einer 24-Stunden-Pflegekraft, so lange wie möglich zu ermöglichen. Die Wahl einer 24-Stunden-Pflegekraft wurde jedoch von einem Paar mit gemischten Gefühlen betrachtet. Es wurden ethische Bedenken geäußert und auf die mögliche Ausbeutung von Personen aus wirtschaftlich schwächeren Ländern hingewiesen. Andererseits wurde betont, dass der Einsatz einer solchen Pflegekraft mehr Raum für den Aufbau persönlicher Beziehungen biete. So berichtete ein Teilnehmer von seinen Beobachtungen bei Bekannten, die eine 24-Stunden-Pflegekraft eingestellt hatten:

»Man hat Weihnachten gemeinsam gefeiert und es gab Geburtstage, die gemeinsam gefeiert wurden. [...] Also diese Anerkennung, die da auch stattgefunden hat. Und das hat letztendlich der alten Frau, die betreut wurde, so gut getan. [...] Das war für mich eine ganz besondere Erfahrung. « (239, Person B, Gespräch 3, Thema Pflege)

Altersheim

Im Gegensatz dazu wurde dargestellt, dass dieser Beziehungsaufbau zur Pflegeperson im Umfeld von stationären Einrichtungen wie Altenheimen wesentlich schwieriger ist. Die Arbeitsstruktur und das wechselnde Personal solcher Einrichtungen seien weniger geeignet, einen förderlichen Beziehungsaufbau zu ermöglichen.

Ein weiterer wesentlicher Grund für die Ablehnung von Alten- und Pflegeheimen ist die Befürchtung, dort Diskriminierungen ausgesetzt zu sein. In den Interviews wurde betont, dass nach einem langen Kampf um Emanzipation und Akzeptanz der eigenen Sexualität eine unsichere und möglicherweise diskriminierende Umgebung nicht hinnehmbar sei. Dies wird durch das Zitat eines Teilnehmers unterstrichen, der ausdrückt:

»Ich möchte nicht, dass mir jemand nahek kommt und intime Pflege macht, wo ich merke, da gibt es keine Wertschätzung, sondern eine Geringschätzung.« (239, Person A, Gespräch 3, Thema Pflege)

Ein Teilnehmer berichtete zudem, dass er durch Bekannte von Erfahrungen mit rassistischem und homophobem Pflegepersonal gehört habe. Die Angst vor einem homophoben Umfeld in der ohnehin vulnerablen Pflegesituation erklärt unter anderem die Ablehnung einer Unterbringung in solchen Einrichtungen.

Zuhause bleiben

Wie bereits erwähnt, sind Optionen, die ein Verbleiben in der eigenen Wohnung auch bei Pflegebedürftigkeit beinhalten, bei den Proband*innen am beliebtesten. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Aspekte der Altersfreundlichkeit bzw. Barrierefreiheit der Wohnung bereits berücksichtigt werden. Zwei der Paare erwähnen im Interview das Vorhandensein eines Aufzuges im Haus sowie das Fehlen von Treppen innerhalb der Wohnung. Ebenso wird betont, dass die Wohnung ausreichend Platz für eventuelle medizinische Geräte bieten sollte.

In diesem Zusammenhang ist auch die Sicherheit, im Alter in der eigenen Wohnung bleiben zu können, ein relevanter Gesichtspunkt.

Pflege durch Freund*innen

Die Möglichkeit, sich bei der Pflege auf Freunde zu verlassen, wurde nie direkt angesprochen. Alle drei Paare haben Gespräche über Familie und Freunde geführt.

Dabei zeigte sich, dass allen das Thema Freundschaft und deren Aufrechterhaltung wichtig ist. Allerdings scheint die Option der Pflege durch Freund*innen für die Befragten keine Option zu sein.

Gründe für Vorbereitung aufs Altern

Die Auswertung der Interviews ergab eine Vielzahl von Faktoren, warum sich ältere Lesben und Schwule auf das Alter vorbereiten, wobei Ängste und Sorgen eine zentrale Rolle spielen.

Gesundheit

Ein maßgeblicher Aspekt ist die Angst vor dem nachlassenden Gesundheitszustand und einem damit einhergehenden Verlust von Lebensqualität. In den Interviews wurde deutlich, dass viele Aspekte des Lebens, darunter die Möglichkeit, Freunde zu treffen, die individuelle Gestaltung des Alters und die Umsetzung weiterer Lebenspläne, stark vom persönlichen Gesundheitszustand abhängen. Der Code „Angst um die Gesundheit“ wurde von allen Subkategorien am häufigsten vergeben.

Einsamkeit

Ein weiterer bedeutsamer Punkt, der in den Gesprächen wiederholt auftrat, ist die Furcht vor Einsamkeit im Alter. Ein Interviewpartner drückte dies aus, indem er betonte:

»Das Problem ist für mich zum Beispiel Einsamkeit, Geborgenheit, Sicherheit, solche Sachen. Ja? Das Altwerden ist nicht so, was mich schreckt.« (239, Person B, Gespräch 1, Thema Wohnen)

Als potenzielle Gründe für Einsamkeit wurde das Versterben von Freunden thematisiert. Auch wurde die Gefahr von Netzwerken, die nicht transgenerational sind, als weiterer bedeutsamer Faktor erwähnt. Dies zeigt, dass die Sorge um soziale Bindungen und Netzwerke eine entscheidende Rolle bei der Auseinandersetzung mit dem Altern spielt.

Familie

Deutlich wurde auch die besondere Bedeutung der Familie als protektiver Faktor für das Alter und damit als Einflussfaktor für die Vorbereitung auf das Alter. Die Familie fungiert dabei nicht nur als emotionale Stütze, sondern auch als zentrale Ressource, die verschiedene Aspekte der Lebensgestaltung im Alter beeinflusst. Die Familie wird als mögliche pflegerische und finanzielle Unterstützung

wahrgenommen. Kinder fungieren nicht nur als Quelle des sozialen Austauschs und als Schutz vor Einsamkeit, sondern sie nehmen auch maßgeblichen Einfluss auf die finanzielle und vorausschauende Planung. Insbesondere werden sie unter anderem als eine Art Sicherheitsnetz gesehen. Ein Partner äußerte, dass im Falle seines vorzeitigen Ablebens die Fürsorge für den verbleibenden Partner durch die Kinder gewährleistet wäre:

»Und ich glaube auch, dass äh, dass sich grundsätzlich auch die Kids dann um dich kümmern.« (217, Person A, Gespräch 3, Thema Weitergeben und Hinterlassen)

Darüber hinaus dient die Familie als wichtige Quelle des sozialen Austauschs. Hier wird besonders der transgenerationale Austausch geschätzt, wobei die Andersartigkeit der Lebenswirklichkeit der jüngeren Generationen als bereichernd und anregend empfunden wird. Ein Interviewpartner brachte dies eindrucksvoll zum Ausdruck:

»Und ah hingegen, was ich bei dir spannend finde [...] ich finde zum Beispiel deine Töchter interessant und das ist für mich eine Bereicherung meines Lebens, sich mit den Aspekten junger Menschen auseinanderzusetzen und deren Beziehungsprobleme und Jobproblematik und Hin und Her und Lebensführung und andere Einstellungen gegenüber was weiß ich, wie werde ich wirksam im Leben? Das finde ich spannend.« (239, Person B, Gespräch 2, Thema Familie und Freundschaft)

Die Befragten berichteten sowohl über positive als auch negative Beziehungen zu Familienmitgliedern. Bei den genannten Familienmitgliedern handelte es sich um Geschwister, Ex-Partner und gemeinsame Kinder aus früheren Beziehungen. Bemerkenswert ist, dass vier der sechs Teilnehmer*innen bereits Kinder aus früheren, mutmaßlich heterosexuellen Partnerschaften hatten. Dieser Umstand stellt häufig eine positive Ressource dar, die stabilisierend wirkt. So äußert sich ein Proband folgendermaßen:

»Und ansonsten habe ich [...] den Vorteil, dass es auch eine gewisse Einbettung in meine [...] eigenen Familie habe, die ich immer noch als Familie wahrnehme: Meine Töchter und meine Exfrau. [...] Und das gibt es auch als Sicherheit.« (239, Person A, Gespräch 2, Thema Familie und Freundschaft)

Jedoch wurden auch Berichte von weniger stabilen Beziehungen zur Familie verzeichnet, die von schwierigen Verhältnissen und Ressentiments gegenüber anderen Familienmitgliedern geprägt waren. Ein Interviewpartner äußerte hierzu:

»Es gibt ja eh nicht so viel und ich gebe nichts an die Anderen.« (217, Person B, Gespräch 3, Thema Weitergeben und Hinterlassen)

Insgesamt scheint die Familie als unterstützender Faktor zu wirken. Negative Beziehungen beeinflussen die Altersvorsorge demnach insofern, als dass dieses unterstützende Element fehlt.

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, ob sich schwule und lesbische Senior*innen im Vergleich zu ihren heterosexuellen Altersgenoss*innen intensiver mit den Themen Wohnen und Pflege auseinandersetzen. Es wurde erwartet, dass im Vergleich zu ihren heterosexuellen Peers weniger Barrieren bestehen und ein höheres Interesse an der Auseinandersetzung mit diesen Themen besteht. Darüber hinaus sollte analysiert werden, ob Schwule und Lesben bereits mehr Vorsorgemaßnahmen getroffen haben. Ein weiteres Ziel der Studie war es, Unterschiede in den Wohnpräferenzen der beiden Gruppen herauszuarbeiten. Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse sollten mögliche Gründe für die Motivation und die Präferenzen von Lesben und Schwulen zur Altersvorsorge herausgearbeitet werden.

Die quantitativen Analysen der Studie ergaben keine Unterschiede zwischen den gemessenen Variablen, die eine Auseinandersetzung mit und Vorbereitung auf Themen des Alterns operationalisieren. Auch in der Ausprägung der Pflegepräferenzen konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden. Demnach konnten die postulierten Hypothesen nicht bestätigt werden. Im Folgenden werden die Gründe für diese Ergebnisse diskutiert. Die qualitativen Ergebnisse geben hierzu Hinweise.

Vorbereitung aufs Alter

Gesellschaftlicher Kontext

Frühere Studien deuten darauf hin, dass ältere Lesben und Schwule sich besser auf das Alter vorbereiten (Thomeer et al., 2017). Dies könnte eine Folge mangelnder

rechtlicher Sicherheit sein, wie Harding et al. (2012) zeigten, die belegten, dass Lesben und Schwule mehr rechtliche Vorkehrungen treffen, weil sie befürchten, dass das Gesundheitspersonal andernfalls ihren Wünschen nicht nachkommen würde.

Dieser Befund konnte in der vorliegenden Studie jedoch nicht bestätigt werden.

Diese Entwicklung kann positiv interpretiert werden, da sie auf eine zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz von Homosexualität hindeuten könnte.

Die Einführung der eingetragenen Partnerschaft im Jahr 2010 und die Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare im Jahr 2019 waren wichtige Meilensteine für LGBTQ*-Rechte in Österreich. Diese rechtlichen Änderungen haben dazu beigetragen, das Gefühl der Sicherheit und des Respekts für Lesben und Schwule zu stärken. Darüber hinaus haben sich in Österreich immer mehr Organisationen und Initiativen entwickelt, die sich für die Rechte und das Wohlergehen von LGBTQ*-Personen einsetzen (ILGA Europe, 2023). Der Rückgang der Diskriminierung durch Staat und Gesellschaft könnte die wahrgenommene Notwendigkeit, sich besser vorzubereiten, verringern.

Diese Beobachtungen können aus einer sozialkonstruktivistischen Perspektive heraus betrachtet werden. Nach dieser Sichtweise prägen gesellschaftliche Normen, Werte und Strukturen die Identität und Position von Gruppen und Individuen in der Gesellschaft (Berger & Luckmann, 1966). Die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit an sich ist nicht entscheidend. Entscheidender sind vielmehr die sozialen Umstände, denen sich die Person gegenübergestellt sieht, die einer Minderheit angehört, die das Altern beeinflussen.

Faktoren wie Kinder, Familienbeziehungen, rechtliche Absicherung und Partnerschaft scheinen einen stärkeren Einfluss auf die Vorbereitung auf das Alter zu haben. Es ist möglicherweise eher eine Frage des Zugangs zu diesen Gütern, der sich aus dem sozialen Kontext ergibt, als die sexuelle Orientierung selbst, die zu Unterschieden im Vergleich zur Gesamtgesellschaft führt.

In diesem Kontext ist es wichtig zu berücksichtigen, dass spätere Kohorten möglicherweise weniger Diskriminierung und repressiver Gesetzgebung ausgesetzt waren. Das durchschnittliche Niveau an Diskriminierungserfahrungen innerhalb der Population der schwulen und lesbischen Senior*innen könnte daher durch natürliche (Re-) Generationsprozesse abnehmen.

Familiäre Beziehungen

Die Ergebnisse könnten auch durch die Merkmale der Stichprobe erklärt werden. Ein Faktor ist, dass aufgrund des Studiendesigns alle Befragten in einer Partnerschaft lebten. Dadurch könnte die erlebte Bedrohung durch Einsamkeit weniger stark ausgeprägt sein. Einsamkeit ist häufig ein zentrales Thema im Zusammenhang mit dem Älterwerden, da sie das Sicherheitsgefühl verringern und die Auseinandersetzung mit dem Älterwerden verstärken kann (Bücker, 2022). Besonders interessant ist, dass Einsamkeit vor allem von dem Befragten ohne Kinder und mit einer noch relativ kurzen Beziehung thematisiert wurde. Darüber hinaus war der Anteil von Lesben und Schwulen mit Kindern in der Stichprobe höher als erwartet. In einer deutschen Studie aus dem Jahr 2021 lag der Anteil der über 50-jährigen Lesben und Schwulen ohne Kinder bei 85% (Lottmann et al., 2021). In unserer Stichprobe lag dieser Anteil nur bei ca. 55%. Diese Kinder stammen aus früheren heterosexuellen Beziehungen. In den Interviews wurde auch deutlich, dass viele der Befragten ein positives Verhältnis zu ihren Familienmitgliedern haben und stabile Beziehungen pflegen. Das Thema Familie war für fast alle Partner*innen von Bedeutung und es wurden vielfältige Kontakte zu Eltern, Kindern, Geschwistern und Ex-Partner*innen genannt. Diese transgenerationalen Netzwerke haben einen großen Einfluss auf die Vorbereitung auf das Alter, wobei insbesondere die Kinder eine wichtige Rolle spielen.

Pflegepräferenzen

Wahlfamilien – ein Relikt?

Die familiäre Einbindung und eine zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz könnten auch erklären, warum die Pflege durch den Freundeskreis keine populäre Option darstellt. Die verbesserte soziale Situation und die zunehmende Akzeptanz im familiären Netzwerk tragen zu mehr Sicherheit und einer geringeren Abhängigkeit von alternativen sozialen Unterstützungssystemen bei. Obwohl in den Interviews die Wichtigkeit der Aufrechterhaltung von Freundschaften betont wurde, zeigt sich, dass die Befragten weniger auf das freundschaftliche Umfeld als potenzielle Pflegeunterstützung setzen. Die Tendenz, auf Wahlfamilien zurückzugreifen, könnte eher ein Merkmal der amerikanischen Kultur sein, und bisherige Belege für diese Praxis stammen hauptsächlich aus amerikanischen Studien (Dewaele et al., 2011;

Fredriksen-Goldsen et al., 2011; MetLife, 2010). Die Wahlfamilie könnte auch als Überbleibsel aus früheren Zeiten oder der HIV-Epidemie angesehen werden, als der Bedarf an alternativen Betreuungsstrukturen besonders groß war. Die Wahlfamilie birgt jedoch aufgrund ihrer Altershomogenität das Risiko einer erhöhten Vulnerabilität (Gabrielson, 2011; Reimann & Lasch, 2006). Es ist daher verständlich, dass unter verbesserten sozialen Bedingungen weniger auf diese Unterstützungsform zurückgegriffen wird. Dies spricht nicht dafür, dass Freundschaften in der LGBTQ*-Community an Bedeutung verlieren. Das Thema Freundschaften und deren Aufrechterhaltung zog sich durch alle Interviews mit den befragten Paaren. Die Wertschätzung von Freundschaften bedeutet jedoch nicht, dass man in Zeiten der Pflegebedürftigkeit automatisch auf seine Freunde zurückgreift.

Insgesamt kann der Rückgang der Praxis der Wahlfamilie als ein weiteres Indiz für die Gleichstellung und Assimilation Homosexueller gewertet werden, da sich diese gruppenspezifische Norm auflöst.

Altersheime

Trotz des gesellschaftlichen Wandels ist es wichtig festzuhalten, dass es auch Konstanz in den Präferenzen älterer Lesben und Schwuler gibt. Bereits in einer früheren Studie zu Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter von homosexuellen und transgeschlechtlichen Personen wurde festgestellt, dass Pflegeheime zu den unbeliebtesten Versorgungsoptionen gehören (Schuster & Edlmayr, 2014). Dies könnte teilweise durch die Angst vor Diskriminierung in solchen Einrichtungen sowohl seitens des Gesundheitspersonals als auch der Mitbewohner*innen erklärt werden (Stein et al., 2010). Die Befürchtung, die eigene Homosexualität erneut verbergen zu müssen, verstärkt diese Ängste zusätzlich (Cahill & South, 2002). Während Ängste gegenüber dem Pflegepersonal in den Interviews genannt wurden, waren Ängste gegenüber Mitbewohner*innen nicht präsent.

Neben der Angst vor Diskriminierung nannten die homosexuellen Befragten auch fehlende soziale Bindungen und häufigen Personalwechsel als Gründe für ihre Ablehnung. Aus den Interviews ging auch der Wunsch hervor, sich die Pflegepersonen selbst auszusuchen. Es ist jedoch anzunehmen, dass es auch Gründe gibt, die unabhängig von der sexuellen Orientierung gegen einen Pflegeheimaufenthalt sprechen, da Pflegeheime auch in der heterosexuellen

Stichprobe die unbeliebteste Option waren Dafür spricht auch, dass ein Großteil der in der qualitativen Analyse identifizierten Ängste und Sorgen unabhängig von der Sexualität zu sein scheint. Dies deckt sich mit älteren Befunden, wonach die Grundbedürfnisse von Homo- und Heterosexuellen ähnlich sind. Sie zeigen die gleichen typischen Bedürfnisse und Probleme wie ihre heterosexuellen Peers, wie den abnehmenden Gesundheitszustand, Pflegebedürfnisse, finanzielle Schwierigkeiten und den Abbau von körperlichen Fähigkeiten und Attraktivität (Auger, 1990).

Exklusivität vs. Integration

Es stellt sich also die Frage, wie Pflegeheime verbessert werden können und ob spezielle Seniorenheime für LGBTQ*-Erwachsene notwendig sind. Die Diskussion dieser Frage bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Exklusivität und Integration, Offenheit und Nicht-Diskriminierung. Spezielle Einrichtungen für LGBTQ*-Personen können unter Berufung auf den Gleichheitsgrundsatz und die Vermeidung von Sonderbehandlung kritisiert werden. Schuster und Edlmayr (2014) argumentieren, dass die Schaffung eines gesonderten Angebots langfristig gesellschaftspolitisch bedenklich wäre. Stattdessen soll ein gesellschaftliches Klima geschaffen werden, in dem jede/r problemlos mit der eigenen sexuellen Orientierung offen umgehen kann. Auf der anderen Seite kann der Wunsch nach spezialisierten Projekten gerade mit dem Bedürfnis begründet werden, nicht als etwas Besonderes angesehen zu werden. In einem Umfeld, in dem Queer-Sein nicht als Sonderstellung betrachtet wird, besteht die Hoffnung, sich nicht ständig erklären oder rechtfertigen zu müssen, wodurch das eigene Geschlecht, der eigene Körper und die sexuelle Identität nicht zwangsläufig im Mittelpunkt stehen.

In Österreich gibt es bisher keine speziell auf LGBTQ*-Personen ausgerichteten Alten- und Pflegeheime. Es gibt jedoch Initiativen und Bemühungen, Pflegeeinrichtungen inklusiver und sensibler für LGBTQ*-Personen zu gestalten. Dazu zählt auch der Beschluss der aktuellen Wiener Landesregierung, LGBTQ+-Themen als integralen Bestandteil in die Pflegeausbildung zu verankern (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022). Eine solche gezielte Schulung und Sensibilisierung der Pfleger*innen und Betreuer*innen würde dabei helfen, das Bewusstsein für sexuelle und psychosoziale Gesundheit zu fördern und die Beziehung zwischen Pflegepersonal und

Patient*innen zu verbessern. Eine wertvolle Ressource für die Ausbildung von Pflegepersonal in diesem Bereich ist das "Praxishandbuch zur Öffnung von Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ*" des AWO Bundesverbandes (2021). Dieses Handbuch bietet nicht nur gut aufbereitete Informationen, sondern auch ein Schulungspaket mit Coaching-Konzepten und konkreten Übungen.

Die Schulungsthemen sollten die Sensibilisierung für Sexualität, Geschlecht und Diskriminierung sowie rechtliche Aspekte umfassen, die insbesondere LGBTQ* in den letzten Lebensjahren betreffen (Neville & Henrickson, 2010).

Dieser Schritt folgt dem Ansatz von Edlmayr und Schuster (2014), wonach es wichtig ist, LGBTQ*-sensible Angebote in bereits bestehende Versorgungsstrukturen zu integrieren.

Diese Integration sollte sowohl durch die bereits erwähnten spezialisierten Weiterbildungen der Pflegekräfte, sowie durch eine klare Kommunikation der Werte Toleranz und Vielfalt seitens der Institutionen erfolgen.

Die Pflegeeinrichtung sollte zudem bereits bei der Erfassung der Biografien neuer Bewohner*innen eine offene Grundhaltung zeigen, um sicherzustellen, dass LGBTQ* Erwachsene eine umfassende und diskriminierungsfreie Pflege erhalten.

Fragen zur sexuellen Identität können auf sensible Weise in den Assessmentprozess von Klient*innen bei der Aufnahme in eine Einrichtung integriert werden (Neville & Henrickson, 2010).

Auch wenn das langfristige Ziel auf eine integrative Lösung hinarbeitet, können exklusive Wohnprojekte, die ausschließlich für queere Personen konzipiert sind, auch sinnvoll sein. Diese können zumindest als Überbrückung dienen, bis das gesellschaftliche Klima es queeren Personen ermöglicht, sich in allen Wohnstrukturen vollständig wohlfühlen. Solche Wohnprojekte können einen sicheren Raum bieten, in dem queere Personen ohne die Belastung von Diskriminierung und Vorurteilen leben können. Dies ermöglicht es ihnen, sich gegenseitig zu unterstützen, Gemeinschaft zu bilden und sich frei auszudrücken, während gleichzeitig ihre spezifischen Bedürfnisse und Erfahrungen berücksichtigt werden.

Limitationen

Die hier beschriebene Studie bietet durch ihren dyadischen und qualitativen Ansatz interessante Einblicke und Erkenntnisse darüber, wie sich ältere Lesben und

Schwule in Österreich auf das Wohnen und die Pflege im Alter vorbereiten. An dieser Stelle sollen jedoch auch einige Einschränkungen der Studie angesprochen werden, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Frage stellen.

Stichprobengröße und Erfahrungen im Feld

Eine große Schwäche der Studie ist die geringe Anzahl an homosexuellen Proband*innen. Die im Vorfeld durch *G*Power* ermittelte und angestrebte Stichprobengröße von neun Paaren, sprich 18 Proband*innen, konnte leider nicht erreicht werden. Dies wirkt sich vor allem auf die Repräsentativität der Ergebnisse aus. Insbesondere die Ergebnisse der quantitativen Berechnungen sind daher mit Vorsicht zu genießen.

Die Rekrutierung homosexueller Paare war nur begrenzt erfolgreich. Dies hatte verschiedene Gründe, die hier kurz reflektiert werden sollen. Für die Rekrutierung von homosexuellen Proband*innen wurden vor allem Personen in Cafés und Bars angesprochen, die klar als queer oder queer-freundlich deklariert waren. Das häufigste Problem bestand darin, dass die angesprochenen Personen nicht in einer Beziehung lebten. Einige der gefundenen Paare standen der psychologischen Forschung misstrauisch gegenüber. So hatte sich ein Paar bereits für die Studie angemeldet, sprang aber wieder ab, als die Adresse für die Zusendung des Eingangsfragebogens benötigt wurde. Einer der Partner befürchtete, dass seine Daten im Zusammenhang mit seiner Homosexualität in ein Datenregister aufgenommen werden könnten. Der Grund dafür war, dass er, wie er erzählte, in den 70er Jahren wegen seiner Homosexualität strafrechtlich verfolgt wurde und fast ins Gefängnis gekommen wäre.

Weiterhin ist es sehr schwierig, ältere Menschen und schwule und lesbische Paare in der Öffentlichkeit zu erkennen. Diese verstecken sich oft mehr und treten weniger als Paar in der Öffentlichkeit auf. Eine weitere Erfahrung ist, dass scheinbar homosexuelle und queere Einrichtungen oft für Studien angefragt werden. Eine Leiterin eines queeren Seniorentreffs sagte, sie fühle sich wie ein „Versuchskaninchen“. Da es zusätzlich keine Mittel für eine (finanzielle) Aufwandsentschädigung gab, war das Interesse an einer Studienteilnahme eher gering.

Vorselektion der Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe unterschied sich vermutlich schon im Vorhinein aus verschiedenen Gründen in einigen Punkten von der Grundgesamtheit der homosexuellen Senior*innen. Vor allem der Aspekt des offenen Auslebens der Sexualität ist ein Problem, mit dem die Homosexualitätsforschung generell konfrontiert ist. An direkten Befragungen und Studien wie der hier beschriebenen nehmen nur Personen teil, die ihre Homosexualität offen leben. Schwule und Lesben, die ihre Homosexualität verbergen, sind für solche Studien kaum oder gar nicht erreichbar. Da insbesondere viele ältere homosexuelle Menschen ihre Sexualität auch heute noch verheimlichen, ist die Generalisierbarkeit möglicher Ergebnisse eingeschränkt (Gerlach & Schupp, 2016).

Zudem ist denkbar, dass eher Paare mit einer „harmonischen“ Beziehungsqualität und Kommunikationsstruktur an der Studie teilgenommen haben. Paare, die Themen des Älterwerdens vermeiden und keine gute Kommunikationsstruktur aufweisen, werden sich kaum freiwillig einer solchen Situation aussetzen, die zudem von Fremden beobachtet wird.

Es ist außerdem davon auszugehen, dass Proband*innen, die Interesse an der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien zeigen, einen höheren Bildungsgrad aufweisen. Auch waren Paare automatisch ausgeschlossen, bei denen einer der Partner*innen nicht die Mobilität besitzt, um die Räumlichkeiten der Universität aufzusuchen. Es findet also eine Vorselektion statt. Es ist daher anzunehmen, dass unsere Proband*innen gesünder, mobiler, gebildeter, geouteter und besser integriert sind als der Durchschnitt der Bevölkerungsschicht, die im Fokus der Fragestellung steht. Die Ergebnisse sind daher nicht direkt übertragbar.

Forschungsdesign

Der Interviewteil der Studie sollte ein natürliches Gespräch abbilden. Den Paaren wurden lediglich einige Leitfragen vorgegeben. Möglicherweise wäre ein halbstrukturiertes Interview für die Untersuchung der vorliegenden Fragestellung besser geeignet gewesen. Die Durchführung (halb-)strukturierter Interviews hätte es ermöglicht, bestimmte Aspekte genauer zu untersuchen und zu vertiefen. Die vorliegende Gestaltung des Forschungsdesigns hatte zur Folge, dass an interessanten Stellen nicht direkt nachgefragt bzw. nachgehakt werden konnte. Dies wiederum führt dazu, dass diese Stellen nur vorsichtig interpretiert werden konnten,

was die Genauigkeit und Tiefe der Analyse beeinträchtigt.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft den Umfang des Eingangsfragebogens. Insbesondere wurde von den Proband*innen angemerkt, dass der Fragebogen für die Zielgruppe der Senioren möglicherweise zu umfassend ist. Eine Überlegung könnte sein, den Fragebogen spezifischer zu gestalten und auf weniger Bereiche bzw.

Untersuchungsgegenstände zu fokussieren, um die Ansprache der Teilnehmer zu verbessern und die Relevanz der abgefragten Informationen zu maximieren.

Intercoder-Reliabilität

Die Intercoder-Reliabilität ist ein wichtiges Gütekriterium der qualitativen Inhaltsanalyse. Sie bezieht sich darauf, ob zwischen den Kodierenden eine übereinstimmende Kodierung mit dem erstellten Kategoriensystem stattgefunden hat. Dabei geht es weniger um die Entwicklung des Kategoriensystems als vielmehr um die einheitliche Zuordnung vorhandener Codes zu identischen Textstellen. Beim sogenannten konsensualen Kodieren werden die Texte von mindestens zwei Kodierenden bearbeitet. Ziel dieses Vorgehens ist es, die Zuverlässigkeit der Kodierungen zu erhöhen. Es ist jedoch zu beachten, dass dieser Prozess aufwendig und zeitintensiv ist (vgl. Kuckartz et al., 2022, S. 245). Im Rahmen dieser Studie konnte keine zusätzliche Person für die Kodierung gewonnen werden.

Sollte es nicht möglich sein, eine zusätzliche Person in den Analyseprozess einzubinden, wird empfohlen, den Kodierprozess nach einem Zeitraum von ca. drei bis vier Wochen zu wiederholen (vgl. Kuckartz et al., 2022, S. 137). Dieser Revisionsprozess wurde nach diesen Empfehlungen durchgeführt. Es ist jedoch anzumerken, dass die alleinige Kodierung durch eine Person in der Regel keine optimale Lösung darstellt.

Transgender-Senior*innen

Die Studie lässt die Gruppe der Transgender-Senior*innen weitestgehend unberücksichtigt. Sie wurden zwar nicht von der Studie ausgeschlossen, aber ihre Probleme wurden nicht spezifisch behandelt. Dies ist nicht direkt eine Schwäche, sondern ein Versäumnis der Studie. Transgeschlechtliche Menschen sind noch häufiger und stärker von Diskriminierung betroffen als homosexuelle Menschen (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Darüber hinaus sind insbesondere ältere transgeschlechtliche Menschen durch mögliche Geschlechtsangleichungen besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt.

Zudem kann die Transidentität in manchen Fällen nicht verheimlicht werden, was zu einer besonderen Vulnerabilität bei der medizinischen Behandlung und Pflege führt (SAGE, 2012). Es ist daher wichtig, dass den Bedürfnissen von Transmenschen im Allgemeinen und in der Pflege im Besonderen mehr gesellschaftliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Ausblick

Das Wohlbefinden und die Bedürfnisse von lesbischen und schwulen Senior*innen befinden sich in einem stetigen Wandel, der eng mit gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen verknüpft ist. Diese Dynamik erfordert eine kontinuierliche Aktualisierung der Forschungsergebnisse.

Die Notwendigkeit, die Wechselwirkungen zwischen dem sozialen und politischen Umfeld und den Bedürfnissen von LGBTQ* Senior*innen zu erforschen, bleibt von zentraler Bedeutung. Eine vielversprechende Methode könnten kulturvergleichende Ansätze sein, die liberale mit konservativen und repressiven Gesellschaften vergleichen und analysieren, ob es in diesen Umfeldern alternative Formen der Altersvorsorge gibt. Die Forschung in repressiven Ländern könnte sich jedoch als schwierig erweisen, da der Zugang zu LGBTQ*-Personen eingeschränkt sein könnte.

Die Bedürfnisse der Gruppe der homosexuellen Senior*innen müssen in der Forschung, bei politischen Entscheidungsprozessen, in der Verwaltung und bei den Trägern sozialer Dienste stärker berücksichtigt werden. Insbesondere der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften (vor allem in der Pflege) kommt dabei eine entscheidende Rolle zu. Eine erhöhte Sensibilisierung für die Anliegen von LGBTQ*-Senior*innen ist essenziell, um eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen. Für LGBTQ*-Senior*innen besteht historisch bedingt ein „nicht selbstgewähltes Defizit an Orientierung(sschablonen)“ (Traunsteiner, 2016, S. 167). Diese Senioren generation ist die erste, die ihr Alter aktiv gestalten kann. Es wird die Aufgabe dieser Generation sein, in den kommenden Jahrzehnten eine neue Norm des queeren Alterns vorzuleben und zu etablieren. Generell ist es aber vor allem eine gesellschaftliche und damit auch wissenschaftliche Aufgabe, besondere Anstrengungen zu unternehmen, um die Versäumnisse der Vergangenheit auszugleichen. Die gezielte Berücksichtigung der Bedürfnisse von lesbischen und schwulen Senioren hat potenziell positive Auswirkungen auf den gesamten Prozess

des Alterns und der Pflege. Durch einen differenzierteren und sensibleren Umgang mit den Bedürfnissen von Minderheiten wird ein Umfeld geschaffen, das für alle, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung, angenehmer und unterstützender ist. Dies führt zu einer insgesamt verbesserten Kultur des Alterns und der Pflege, die auf Vielfalt und Sensibilität basiert und somit zum Wohlbefinden aller beiträgt.

Die Professorin für Bildungsforschung und Gender Studies María do Mar Castro Varela (2016, S. 64-65) fasst dies wie folgt zusammen:

„Wir stehen nicht nur in der Pflicht den Anderen Alten ein würdiges Altern zu ermöglichen, sondern eben auch ein anderes Altern für alle möglich zu machen.“

Literatur

- Aronson, J. (1998). Lesbians giving and receiving care: Stretching conceptualizations of caring and community. *Women's Studies International Forum*, 21, 505–519. DOI: 10.1016/s0277-5395(98)00065-x
- Auger, J. (1990). Lesbians and aging: Triple trouble or tremendous thrill. In Stone, S. (Ed.), *Lesbians in Canada* (S. 25-34). Toronto: Between the Lines.
- Barranti, C., & Cohen, H. (2000). Lesbian and gay elders: An invisible minority. In R. L. Schneider, N. P. Kropf, & A. J. Kisor (Hrsg.), *Gerontological social work: Knowledge, service settings, and special populations*, 343-367. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole
- Baumle, A. K. (2014). Same-sex cohabiting elders versus different-sex cohabiting and married elders: Effects of relationship status and sex of partner on economic and health outcomes. *Social Science Research*, 43, 60–73. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2013.09.003
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Berger, R. M., & Kelly, J. J. (2001). What are older gay men like? An impossible question? *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(4), 55-64. DOI: 10.1300/j041v13n04_07
- Bischoff, K., Sudore, R., Miao, Y., Boscardin, W., Smith, A. (2013). Advance Care Planning and the Quality of End-of-life Care in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2), 209-14. DOI: 10.1111/jgs.12112
- Blando, J. A. (2001). Twice hidden: Older gay and lesbian couples, friends, and intimacy. *Generations*, 25(2), 87–89.
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., . . . Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *Gerontologist*, 47, 490–503. DOI: 10.1093/geront/47.4.490

- Bücker, S. (2022). Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit. KNE Expertise, 10. Abgerufen von https://kompetenznetz-einsamkeit.de/wp-content/uploads/2022/07/KNE_Expertise10_220629.pdf
- Cahill, S., & South, K. (2002). Policy issues affecting lesbian, gay, bisexual, and transgender people in retirement. *Generations. Journal of the American Society on Aging*, 26(2), 49-54.
- Carr, D., & Khodyakov, D. (2007). Health Care Proxies: Whom Do Young Old Adults Choose and Why? *Journal of Health and Social Behavior*, 48(2), 180-94. DOI: 10.1177/002214650704800206
- Castro Varela, Maria do Mar (2016). In: Ralf Lottmann; Rüdiger Lautmann; Maria do Mar Castro Varela (Hg.) *Homosexualität_en und Alter(n)*. Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Wiesbaden: Springer, 51–68.
- D'Augelli, A. (2005). Stress and adaptation among families of lesbian, gay, and bisexual youth: Research challenges. *Journal of GLBT Family Studies*, 1, 115–135. DOI:10.1300/J461v01n02_07
- Dewaele, A., Cox, N., Van den Berghe, W., & Vincke, J. (2011). Families of Choice? Exploring the Supportive Networks of Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(2), 312–31. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2010.00715.x
- Donahue, P., & McDonald, L. (2005). Gay and lesbian aging: Current perspectives and future directions for social work practice and research. *Families in Society*, 86(3), 359-366. DOI: 10.1606/1044-3894.3433
- Elliot, A. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational Psychologist*, 34, 169–189. DOI: 10.1207/s15326985ep3403_3
- Elliot, A., & Thrash, T. (2002). Approach–Avoidance Motivation in Personality: Approach and Avoidance Temperaments and Goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 804–818. DOI: 10.1037//0022-3514.82.5.804

- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being Trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., Barkan, S., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health, 103*, 1802–1809. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301110
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., Emlet, C., Muraco, A., Erosheva, E., & Hoy-Ellis, C. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle, WA: Institute for Multigenerational Health. DOI: doi.org/10.1037/e561402013-001
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., Shiu, C., Goldsen, J., & Emlet, C. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *Gerontologist, 55*, 154–168. DOI: 10.1093/geront/gnu081
- Gabrielson, M. L. (2011) “We Have to Create Family”: Aging Support Issues and Needs Among Older Lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 23*, 322–334. DOI: 10.1080/10538720.2011.562803
- Gardner, S., & Kramer, B. (2009). End-of-life concerns and care preferences: Congruence among terminally ill elders and their family caregivers. *OMEGA: Journal of Death and Dying, 60*(3), 273-297. DOI:10.2190/OM.60.3.e
- Gates, G. (2014). *LGB families and relationships: Analyses of the 2013 National Health Interview Survey*. Los Angeles: Williams Institute.
- Gerlach, H., & Schupp, M. (2016). Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland. Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Grossman, A., D’Augelli, A., & Hershberger, S. (2000). Social support networks of lesbian, gay, and bisexual adults 60 years of age and older. *The Journals of*

- Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, 171–179. DOI:10.1093/geronb/55.3.P171
- Harding, R., Epiphanidou, E., & Chidgey-Clark, J. (2012). Needs, experiences, and preferences of sexual minorities for end-of-life care and palliative care: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(5), 602-611. DOI: 10.1089/jpm.2011.0279
- Harrison, A. E. (1996). Primary care of lesbian and gay patients: Educating ourselves and our students. *Family Medicine*, 28, 57–58. DOI: 10.1016/s0095-4543(05)70259-1
- Hash, K., & Rogers, A. (2013). Clinical practice with older LGBT clients: Overcoming lifelong stigma through strength and resilience. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 249-257. DOI: 10.1007/s10615-013-0437-2
- Hidalgo, H., Peterson, T., & Woodman, N. (1985). Introduction. In H. Hidalgo, H., Peterson, T., & Woodman, N. (Eds.), *Lesbian and gay issues: A resource manual for social workers*. Silver Spring, MD: NASW, Inc.
- Hinrichs, K., & Donaldson, W. (2017). Recommendations for use of affirmative psychotherapy with LGBT older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 73(8), 945-953. DOI: 10.1002/jclp.22505
- Hoppmann, C., & Gerstorf, D. (2009). Spousal interrelations in old age – A mini-review. *Gerontology*, 55(4), 449-459. DOI: 10.1159/000211948
- ILGA Europe. (2023). *Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe*. Retrieved from https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/2023/full_annual_review.pdf
- Institute of Medicine. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC: National Academies of Science, Engineering, and Medicine.
- James, W. (1890). *The principles of psychology* (Vol. 2). New York: Holt. DOI: 10.1126/science.ns-16.401.207-b

- Jones, B. (2001). Is having the luck of growing old in the gay, lesbian, bisexual, transgender community good or bad luck? *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(4), 13-14. DOI: 10.1300/j041v13n04_02
- Kim-Knauss, Y., & Lang, F. (2021). Late-Life Preparedness and Its Correlates: A Behavioral Perspective on Preparation. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(8), 1555–1564. DOI: 10.1093/geronb/gbaa088
- Kochman, A. (1997). Gay and lesbian elderly: Historical overview and implications for social work practice. In J.K. Quam (Ed.), *Social services for senior gay men and lesbians* (pp. 1-10). New York: Harrington Park Press.
- Kornadt, A., & Rothermund, K. (2014). Preparation for old age in different life domains. *International Journal of Behavioral Development*, 38(3), 228–238. DOI: 10.1177/0165025413512065
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Locke, E. & Latham, G. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705–717. DOI: 10.1037//0003-066x.57.9.705
- Lottmann, R., Drevin, K., Soluch, G., Cinar, M. B., & Mader, E. (2021). *Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfe-Einrichtungen für LSBTIQ**. AWO Bundesverband, Berlin.
- Lottmann, R., Lautmann, R., do Mar Castro, M. (2016). Zur Lebenssituation älterer schwuler Männer – Ergebnisse aus den Wiederholungsbefragungen „Schwule Männer und HIV/AIDS“. in Bochow, M., Drewes J., Lottmann R. (Hrsg.), *Homosexualität_en und Alter(n) – Ergebnisse aus Forschung und Praxis*, (1.Auflage), 147-162.
- Masini, B., & Barrett, H. (2008). Social support as a predictor of psychological and physical well-being and lifestyle in lesbian, gay, and bisexual adults aged 50 and over. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1-2), 91-110. DOI: 10.1080/10538720802179013

- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98, 989–995. DOI: 10.2105/ajph.2007.127811
- McFarland, P., & Sanders, S. (2003). A pilot study about the needs of older gays and lesbians: What social workers need to know. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(3), 67-80. DOI: 10.1300/j083v40n03_06
- Meyer, I. H. (2001). Why lesbian, gay, bisexual, transgender public health? *American Journal of Public Health*, 91(6), 856-859. DOI: 10.2105/ajph.91.6.856
- Metlife Mature Market Institute. (2010). *Still out, still aging: The Metlife study of lesbian gay, bisexual, and transgendered baby boomers*. Westport, CT: Metlife.
- Moorman, M., Carr, D., & Boerner, K. (2014). The role of relationship biography in advance care planning. *Journal of Aging and Health*, 26(6), 969-992. DOI: 10.1177/0898264314534895
- Muraco, A., & Fredriksen-Goldsen, K. (2011). "That's what friends do": Informal caregiving for chronically ill midlife and older lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Social & Personal Relationships*, 28, 1073–1092. DOI: 10.1177/0265407511402419
- Neville, S., & Henrickson, M. (2010). 'Lavender retirement': A questionnaire survey of lesbian, gay and bisexual people's accommodation plans for old age. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 586–594. DOI: 10.1111/j.1440-172x.2010.01885.x
- Nunnally, J. (1978). An Overview of Psychological Measurement. In: Wolman, B.B. (eds) *Clinical Diagnosis of Mental Disorders*. Springer, Boston, MA. DOI: 10.1007/978-1-4684-2490-4_4
- Orel, N. A. (2004). Gay, lesbian, and bisexual elders: Expressed needs and concerns across focus groups. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2-3), 57-77. DOI: 10.1300/j083v43n02_05

- Pereira, H. (2021). The impacts of sexual stigma on the mental health of older sexual minority men. *Aging & Mental Health*, 26(6), 1281-1286. DOI: 10.1080/13607863.2021.1916883
- Persson, D. (2009). Unique challenges of transgender aging: Implications from the literature. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(6), 633-646. DOI: 10.1080/01634370802609056
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26(1), 1-14. DOI: 10.1037/a0021863
- Poll, H. (2014). Out & Visible. *The Experiences and Attitudes of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Older Adults*. Research Report from Sage.
- Prenda, K., & Lachman, M. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16(2), 206–216. DOI: 10.1037/0882-7974.16.2.206
- Rafferty, K., Cramer, E., & Priddis, D. (2016). Managing End-of-Life Uncertainty: Applying Problematic Integration Theory to Spousal Communication About Death and Dying. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 33(1), 69–76. DOI: 10.1177/1049909114550675
- Rao, K., Anderson, L., Lin, F., & Laux, J. (2014). Completion of Advance Directives among US Consumers. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(1), 65-70. DOI: 10.1016/j.amepre.2013.09.008
- Reczek, C. (2014). The Intergenerational Relationships of Gay Men and Lesbian Women. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(6), 909-919. DOI: 10.1093/geronb/gbu042
- SAGE - National Center for Transgender Equality. (2012). *Improving the Lives of Transgender Older Adults*. <https://www.sageusa.org/wp-content/uploads/2018/05/sageusa-improving-lives-transgender-older-adults-policy-brief.pdf> (14.12.23) (14.12.23)
- Savin-Williams, R., & Cohen, K. (1996). *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults*. Orlando, FL: Harcourt Brace College Publishers.

- Schönpflug, K., & Eberhardt, V. (2021). *Senior*innen-WGs für LGBTQI+-Personen Bedarfsevaluation*. Studie im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien.
- Schuster, C., & Edlmayr, C. (2014). Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter bei Homosexuellen und Transgender. Wien: Sozial Global GmbH
- Seifert, A. (2015). Umzugspräferenzen älterer Menschen Vergleich zwischen Privathaushalt und Alterspflegeinstitutionen. *Heilberufe SCIENCE*, 7, 2–8. DOI: 10.1007/s16024-015-0255-2
- Sörensen, S., Mak, W., Chapman, B., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2012). The relationship of preparation for future care to depression and anxiety in older primary care patients at 2-year follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 887–894. DOI: 10.1097/JGP.0b013e31822ccd8c
- Sorrell, J. M. (2018). End-of-Life Conversations as a Legacy. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(1), 32–35. DOI: 10.3928/02793695-20171219-03
- Stein, G., Beckerman, N., & Sherman, P. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421–435. DOI: 10.1080/01634372.2010.496478
- Sudore, R. (2010). Redefining the "Planning" in Advance Care Planning: Preparing for End-of-life Decision Making. *Annals of Internal Medicine*, 153(4), 256–261. DOI: 10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00008
- Thomeer, M., Donnelly, R., Reczek, C., & Umberson, D. (2017). Planning for Future Care and the End of Life: A Qualitative Analysis of Gay, Lesbian, and Heterosexual Couples. *Journal of Health and Social Behavior*, 58(4), 473–487. DOI: 10.1177/0022146517735524
- Traunsteiner, B. S. (2016). Gleichgeschlechtlich liebende Frauen im Alter. Aspekte von lesbischem Paarbeziehungsleben in der dritten Lebensphase. In R. Lottmann, R. Lautmann, & M. do Mar Castro Varela (Hg.), *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis* (S. 163–178). Wiesbaden: Springer.

- Turner, H. A., & Catania, J. A. (1997). Informal caregiving to persons with AIDS in the United States: Caregiver burden among central cities residents eighteen to forty-nine years old. *American Journal of Community Psychology*, 25(1), 35–59. DOI: 10.1023/A:1024693707990
- Umberson, D., Thomeer, M., Kroeger, R., Lodge, A., & Xu, M. (2015). Challenges and opportunities for research on same-sex relationships. *Journal of Marriage and Family*, 77(1), 96-111. DOI: 10.1111/jomf.12155
- Voss, P. (2005). Homosexualität: Diskriminierung gibt es noch immer. *Deutsches Ärzteblatt International*, 4(1).

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1</i> Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in 7 Phasen (Kuckartz et al., 2022, S. 132).....	30
<i>Abbildung 2</i> Mittelwerte der Beliebtheit der Pflegeoptionen der homo- und heterosexuellen Proband*innen.....	37

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i> Vergleich der Variablen zum Wohnen im Alter zwischen homo- und heterosexuellen Proband*innen.....	33
<i>Tabelle 2</i> Vergleich der Variablen zur Pflege im Alter zwischen homo- und heterosexuellen Proband*innen.....	35
<i>Tabelle 3</i> Vergleich der Präferenz der Pflegeoptionen zwischen homo- und heterosexuellen Proband*innen.....	36

Anhang

1. Kategoriensystem

Hauptkategorie: Ängste und Sorgen		
Subkategorie	Definition	Beispiel
Diskriminierung	Äußerungen, die sich auf potenzielle Diskriminierung in der Pflege beziehen	Diskriminierung durch Pfleger*innen
Autonomieverlust	Äußerungen, die sich auf Autonomieverlust im Alter beziehen	Angst von Anderen abhängig zu sein, Betonung der Wichtigkeit von Autonomie
Einsamkeit	Äußerungen, die sich auf Sorgen bezüglich Einsamkeit im Alter beziehen	Versterben aller Freunde, Alleinsein
Angst vor Tod	Äußerungen, die eine Angst vorm Tod beinhalten	Gedanke an Tod unangenehm, möchte über was Anderes reden
Mobilität	Äußerungen, die sich auf den Verlust der eigenen Mobilität beziehen	Mobilität als wichtiger Faktor für soziale Kontakte
Geldsorgen	Äußerungen bezüglich finanzieller Ängste	Gedanken zu Altersarmut
Gesundheit	Äußerungen, die sich auf den Abbau der eigenen Gesundheit beziehen	Gesundheit als Grundlage für Gestaltung des Alterns
Hauptkategorie: Pflegemodelle		
Subkategorie	Definition	Beispiel
Pflege durch Partner	Pflegepläne und Überlegungen, die Partner*in involvieren	Erwartung, dass Partner keine Pflege übernimmt
Persönliche Pflegekraft	Pflegepläne und Überlegungen, die eine Pflegekraft involvieren	Anstellen einer 24h Pflegekraft
Seniorenheim	Überlegungen zu Seniorenheimen	Gedanken zu Beziehung zu Pfleger*innen
Versorgung durch Angehörige	Pflegepläne, die Familienmitglieder und Angehörige umschließen	Kinder als Absicherung
Hauptkategorie: Vorsorge		
Subkategorie	Definition	Beispiel

Tod und Sterben	Vorsorgemaßnahmen bezüglich des Todes und Begräbnisses	Ort des Grabes bereits ausgesucht
Finanzen	Überlegungen zur finanziellen Sicherheit im Alter	Finanzielle Absicherung durch Kinder
Wohnen	Gedanken und Vorbereitungen zur Alterstauglichkeit der aktuellen Wohnung	Barrierefreiheit der Wohnung, Umzugspläne
Hauptkategorie: Familie und Freunde		
Subkategorie	Definition	Beispiel
Gute Beziehungen	Berichte von positiven Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden	Regelmäßiger Kontakt zu Geschwistern
Belastete Beziehungen	Berichte von negativen Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden	Distanziertes Verhältnis zu Familienmitgliedern

2. Eingangsfragebogen [nur relevante Items]

Item zur Erfassung des Gesundheitszustands

Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen körperlichen Gesundheitszustand einschätzen?

(0) (6)

sehr sehr gut

schlecht



☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Auseinandersetzung mit dem Thema Wohnen

1. Wie häufig denken Sie über das Thema „Wohnen im Alter“ nach?

☐
☐
☐
☐
☐

nie

selten

mindestens
einmal im Monat

mindestens
einmal pro
Woche

Täglich

Annäherungs- und Vermeidungsmotivation Wohnen

Bezogen auf Vorsorge für „Wohnen im Alter“...

	trifft gar nicht zu							trifft voll zu
...bin ich besonders motiviert, schlechte Wohnbedingungen zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...bin ich besonders motiviert, ausgezeichnete Wohnbedingungen zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...habe ich das Gefühl, sehr gut vorbereitet zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vorsorge Wohnen

Welche der folgenden Vorbereitungen haben Sie bereits getroffen?

	Ja	Nein
Ich habe mich über Wohnformen im Alter informiert (z. B. betreutes Wohnen, Heime).	☐	☐
Ich habe mich über altersgerechtes Wohnen informiert.	☐	☐
Ich habe in meiner Wohnung bereits Veränderungen und Umbauten vorgenommen, die ein altersgerechtes Wohnen ermöglichen.	☐	☐

Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegebedürftigkeit

Wie häufig denken Sie über das Thema „Pflegebedürftigkeit im Alter“ nach?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

nie selten mindestens
einmal im Monat mindestens
einmal pro Woche täglich

Wie häufig sprechen Sie über das Thema „Pflegebedürftigkeit im Alter“ mit ihrer Partnerin?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

nie selten mindestens
einmal im Monat mindestens
einmal pro Woche täglich

Wie häufig sprechen Sie über das Thema „Pflegebedürftigkeit im Alter“ mit anderen Personen (nicht ihrer Partnerin)?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 nie selten mindestens einmal pro Woche täglich

Barrieren zum Thema Pflegebedürftigkeit

trifft gar nicht zu	trifft genau zu	Ich weiß es nicht
------------------------------	-----------------------	----------------------------

Das Thema „Pflegebedürftigkeit im Alter“ macht mir Angst.

□ □ □ □ □ □ □ □

Es fällt mir schwer, mit meiner Partnerin über das Thema „Pflegebedürftigkeit im Alter“ zu sprechen.

□ □ □ □ □ □ □ □

Bei dem Thema „Pflegebedürftigkeit im Alter“

□ □ □ □ □ □ □ □

sind meine Partnerin und ich einer Meinung.

Bei dem Thema „Pflegebedürftigkeit im Alter“

kann es zwischen meiner Partnerin und mir auch ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

mal zu Streitigkeiten kommen.

Annäherungs- und Vermeidungsmotivation Pflegebedürftigkeit

Bezogen auf Vorsorge für „Pflegebedürftigkeit im Alter“ ...

	trifft gar nicht zu							trifft voll zu
...bin ich besonders motiviert, schlechte Pflege im Alter zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...bin ich besonders motiviert, im Alter eine ausgezeichnete Pflege zu erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...habe ich das Gefühl, sehr gut vorbereitet zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vorsorge Pflege

Welche der folgenden Vorbereitungen haben Sie bereits getroffen?

	Ja	Nein
1. Ich habe eine private Zusatzversicherung für den Krankheits- und Pflegefall (z. B. Berufunfähigkeitsversicherung, private Pflegeversicherung).	☐	☐
2. Ich habe Informationen über ambulante Pflegedienste und häusliche	☐	☐

Unterstützung in der Pflege eingeholt

Präferenzen der Versorgungsform (orientiert an Seifert, 2015)

Falls Sie in der Zukunft in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sein sollten, wie würden Sie gerne versorgt werden?

Ich würde mir wünschen ...

	lehne stark ab				stimme sehr zu
...mit der Hilfe und Pflege durch meinen Partner weiterhin selbstständig zu wohnen.	☐	☐	☐	☐	☐
... mit der Hilfe und Pflege durch Angehörige und Bekannte n weiterhin selbstständig wohnen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
... mit der Unterstützung von Hilfs- und Pflegediensten weiterhin selbstständig zu wohnen.	☐	☐	☐	☐	☐
... in ein Altersheim einzutreten, um dort betreut zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
... in eine Einrichtung des betreuten Wohnens einzutreten.	☐	☐	☐	☐	☐
...zu Angehörigen zu ziehen, die mich betreuen.	☐	☐	☐	☐	☐
...zu Bekannten/Freund*innen zu ziehen, die mich betreuen.	☐	☐	☐	☐	☐

3. Leitfragen für Gespräche

Wohnen im Alter

Wir würden Sie nun bitten, über das Thema „Wohnen im Alter“ zu sprechen. Was ist Ihnen hier wichtig?

Welche Wünsche und Ängste haben Sie?

Wie möchten Sie gemeinsam Ihr Wohnen im höheren Alter gestalten?

Pflege

Wir würden Sie nun bitten, über das Thema "Pflegebedürftigkeit" zu sprechen. Was ist Ihnen hier wichtig?

Welche Wünsche und Ängste haben Sie?

Wie möchten Sie gemeinsam eine mögliche Pflegebedürftigkeit im höheren Alter gestalten?

Familie und Freundschaften

Wir würden Sie nun bitten, über das Thema "Familie und Freundschaften im Alter" zu sprechen. Was ist Ihnen hier wichtig?

Welche Wünsche und Ängste haben Sie?

Wie möchten Sie gemeinsam Ihre familiären und freundschaftlichen Beziehungen im höheren Alter gestalten?

Tod und Sterben

Wir würden Sie nun bitten, über das Thema "Tod und Sterben" zu sprechen.

Was ist Ihnen hier wichtig?

Welche Wünsche und Ängste haben Sie?

Wie möchten Sie gemeinsam Tod und Sterben gestalten?

Weitergeben und Hinterlassen

Wir würden Sie nun bitten, über das Thema "Weitergeben und Hinterlassen" zu sprechen. Das Thema „Weitergeben und Hinterlassen“ kann sich auf Materielles beziehen, also Ihr Erbe, aber auch auf Immaterielles, kleine und große Dinge, die Sie erlebt, geleistet, gelernt oder für die Sie sich eingesetzt haben und die Sie gerne weitergeben möchten. Was ist Ihnen hier wichtig?

Welche Wünsche und Ängste haben Sie?

Wie möchten Sie gemeinsam Ihr Weitergeben und Hinterlassen gestalten?

Positiven Seiten des Älterwerdens

Abschließend möchten wir Sie noch bitten, über die schönen Seiten des Älterwerdens zu sprechen: Was gefällt Ihnen am Älterwerden?

Was ist mit dem Alter besser oder leichter geworden, bei Ihnen persönlich und vielleicht auch in Ihrer Beziehung?

Worauf freuen Sie sich in Ihrer gemeinsamen Zukunft?

4. Transkriptionsregeln

Formalien

- Fehler ausbessern, insbesondere auf Füllwörter achten
- Personen-relevante Informationen anonymisieren, d. h. in runden Klammern möglichst genau umschreiben (z. B. für Inge „deutschsprachiger Vorname“, Klaus „Vorname des Sohnes“, Wien muss nicht anonymisiert werden, Zell am See „Ort des Ferienhauses; Kleinstadt“, Zahnarzt „medizinischer Beruf mit Hochschulabschluss“)
- Auf eine korrekte Abgrenzung der Personen achten (A = Frau, B = Mann), auf korrekte Zeitmarker achten
- Falls Namen genannt werden, diese gleich in ähnliche Namen ersetzen (z. B. Maria wird zu Eva)
- Dazwischenreden bitte grau hinterlegen // bei vermehrtem dazwischenreden oder zustimmen mit „ja“ oder ähnlichem, nicht jedes Mal mit transkribieren, sondern in eckigen Klammern erklären. Z. B. [Frau stimmt Mann nach fast jeder Aussage mit „ja“ zu].
- Wenn die*der Versuchleiter*in während des Gesprächs etwas sagt, dann bitte mit transkribieren und uns mit VL abkürzen. Am Anfang und am Ende könnt ihr unser Startsignal gerne weglassen.

Codes Transkription

- Wortdopplungen nennen ohne extra Zeichen oder Klammer
- [] Eckige Klammern: Für Erklärungen nutzen (z. B. unverständlich, tief eingeatmet, geseufzt, Geräusch XY gemacht etc.)

- _ Unterstrich: Stottern
- ^ : Lachen/kichern
- ^^: herzliches lachen
- !betont!: Das betonte Wort zwischen zwei Ausrufezeichen packen
- ° : Pause (falls es eine sehr lange/kurze what ever Pause ist. Dies bitte in eckigen Klammern kommentieren)
 - : Weinen (auch hier das weinen oder die Emotionalität in eckigen Klammern kommentieren)