Wir und die anderen: Otherisms in der Arbeit mit älteren und hochaltrigen Menschen

Karina Hoßfeld mit Thomas Wilde und Lars Gockel, VNB Germany

Der Begriff „Otherism“, oft auch als "Othering" bezeichnet, stammt ab vom englischen Begriff "other" oder "otherness", was übersetzt so viel wie "anders" oder "andersartig" bedeutet. Otherism beschreibt einen Prozess, bei dem einzelne Personen oder Gruppen („Wir“) von anderen Personen oder Gruppen („die Anderen“) abgegrenzt werden. In diesem sozialen Prozess werden also Menschen oder Gruppen als „anders“ *konstruiert.* Dabei wird immer die nicht-eigene Gruppe als "anders" und "fremd" kategorisiert, da sie von der "Norm" abweicht, was die Legitimation für Ausgrenzung ist (vgl. https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/othering).

Häufig erfahren ältere Menschen explizit wegen ihres Alters Diskriminierung oder werden als defizitär bzw. nicht mehr fähig markiert (Butler, 1969; WHO, 2021). Otherisms beziehen sich dabei nicht nur auf altersspezifische Formen der Diskriminierung, sondern gerade ältere Menschen können mehrfach von Zuschreibungen betroffen sein – aufgrund ihres Alters, gesundheitlicher Einschränkungen, einer Demenzerkrankung, ihrer Herkunft oder sozialen Lage oder einer nicht heteronormativen Identität bzw. Biographie.

Sexualität und Identität im späteren Leben sind besonders stark von solchen Othering-Prozessen betroffen. Ältere Erwachsene, die sexuelle Bedürfnisse äußern oder intime Beziehungen eingehen möchten, weichen von der gesellschaftlichen Norm der „jugendlichen Sexualität“ ab und werden dadurch häufig als unangemessen oder problematisch wahrgenommen. Diese Wahrnehmung führt nicht selten zur Pathologisierung oder Moralisierung ihres Verhaltens, insbesondere in institutionellen Pflegekontexten. Im höheren Lebensalter kann sich Diskriminierung dann auch potenzieren, weil sich Abhängigkeiten verdichten: Menschen sind eher auf professionelle Unterstützung, institutionelle Strukturen (Pflege, Betreuung, Wohnen) und formalisierte Regelwerke angewiesen. Hier wird nicht nur „Begleitung“ organisiert, sondern auch Normalität hergestellt: Wer als „nicht passend“ wahrgenommen wird, erhält weniger Raum (wörtlich und symbolisch), weniger Glaubwürdigkeit, weniger Handlungsspielraum. Besonders relevant ist das dort, wo Sexualität und Intimität ohnehin gesellschaftlich tabuisiert sind: Normen wirken dann nicht als offenes Verbot, sondern als „Nicht-Vorgesehen-Sein“ (Gagnon & Simon, 1973; Goffman, 1963).

Ein Beispiel aus dem Alltag

In einer stationären Einrichtung sprechen Mitarbeitende im Dienstzimmer davon, „dass die Bewohner heute wieder schwierig sind“. Was bedeutet das eigentlich? Gemeint sind im Grunde mehrere unterschiedliche Personen mit individuellen Bedürfnissen. Die Sammelbezeichnung „die Bewohner“ erzeugt Distanz. Konkrete Ursachen von Unruhe oder Unzufriedenheit bleiben vorerst unberücksichtigt. In diesem kleinen Beispiel zeigt sich, was

mit Othering gemeint ist: Ein erster, vermutlich unbewusster, Schritt ist getan zum „Wir Pflegenden“ gegenüber „Diesen schwierigen Bewohnern“, die zur einheitlich betrachteten Gruppe werden.

Anregungen für die eigene Arbeit

Professionell Pflegende können sich im Alltag selbst beobachten und reflektieren:

- *In welchen Situationen spreche ich in dieser Gegenüberstellung von „wir“ und „die“ (z.B. „die Klienten“, „die zu Pflegenden“, „die Betreuten“)?*
- *Welche Wirkung hat diese Sprache auf unsere Haltung und unser Handeln?*
- *Wie könnten wir dieselbe Situation individueller und wertschätzender beschreiben?*

Deutlich wird: Im Zentrum von „Otherism“ steht die Einteilung in „wir“ und „die“. Diese Abgrenzung geschieht oft unbewusst, etwa wenn Fachkräfte sich von Pflegebedürftigen oder betreuten Menschen abgrenzen oder Entscheidungen ausschließlich im Team treffen, ohne die betroffenen Menschen einzubeziehen. Psychologisch dient dies häufig der eigenen Orientierung und dem Schutz vor emotionaler Überforderung. Und es vereinfacht oft auch die Arbeit, wenn alle nach gleichen Maßstäben behandelt werden. Denn es gilt ja auch umgekehrt: Je mehr die individuellen Bedürfnisse abgefragt werden, desto höher sind dann auch die Erwartungen der Betreuten, dass diese auch erfüllt werden. Das ist in der vorgegebenen Arbeitszeit und dem Kostenrahmen oft aber gar nicht möglich. Gleichwohl lohnt sich die individuelle und institutionelle Reflexion, an welchen Stellen wir Otherisms unterstützen und vermeiden können.

„Other-isms“ wirken im Alter verdichtet

Diskriminierung entsteht zwar nicht erst im Alter - aber ihre Effekte können sich im Alter kumulieren und institutionell verdichten. Zwei Mechanismen sind dafür besonders zentral:

1. Lebenslauf-Akkumulation:

Ungleichheiten wirken über Jahre und Jahrzehnte fort (wie z. B. niedrigere Einkommen, schlechterer Zugang zu Gesundheitsversorgung, Brüche in Erwerbsbiografien, geringere Renten) und werden im Alter sichtbarer (Dannefer, 2003; Levitas et al., 2007).

2. Institutionelle Abhängigkeit:

Wenn Unterstützungssysteme zunehmen, werden Regeln, Routinen und Deutungsmuster von Institutionen zum zentralen Maßstab von Anerkennung und Ausschluss (Goffman, 1961; Foucault, 1976).

Institutioneller Rahmen und Sexualität im späteren Leben

Im Kontext Sexualität/Intimität kommt ein dritter Faktor hinzu: **Sexualität im Alter ist kulturell häufig tabuisiert** - dadurch wirken Normen besonders stark über Schweigen, Nicht-Ansprechen und implizite Angemessenheitsgrenzen (Goffman, 1963; Gagnon & Simon, 1973). Auch wenn Sexualität und Identität zentrale Bestandteile menschlichen Lebens über die gesamte Lebensspanne hinweg bleiben, so werden diese Themen im höheren Lebensalter häufig tabuisiert. Es etabliert sich dadurch eine institutionelle „Normalitätsordnung", in der Autonomie und Erwachsenheit entwertet werden. Hier kommen gleich zwei Mechanismen zusammen: Ageismus, d.h. die Abwertung oder Benachteiligung aufgrund des Alters und Ableismus, d.h. die Normierung von Leistungsfähigkeit und Autonomie als Standard, die zu Entsexualisierung, Infantilisierung, Überfürsorge oder pauschalem Zweifel an Zustimmungskompetenz führen kann (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Diese Verdichtung ist für „Other-isms" zentral, weil sie zeigt: Ausschluss entsteht nicht nur durch individuelle Vorurteile, sondern auch über institutionelle Routinen und Statuszuschreibungen (Goffman, 1961; Campbell, 2009).

Other-ism Mechanismen der Strukturierung von Sexualität und Intimität

- **Unsichtbarmachung (Invisibility)**

Unsichtbarmachung meint: Bedürfnisse werden nicht abgefragt, nicht dokumentiert, nicht eingeplant. Dadurch wird aus „nicht angesprochen" schnell „nicht existent" (Link & Phelan, 2001; Goffman, 1963). Das trifft marginalisierte Gruppen besonders stark, weil sie ohnehin häufiger mit Stigma rechnen und eine Offenlegung (z. B. als queer oder trans) risikobehaftet sein kann.

Unsichtbarkeit queerer Lebensgeschichten

Viele ältere homosexuelle Menschen haben noch die Zeit erlebt, in denen Homosexualität strafbar und Homosexuelle von vielen Zeitgenossen verachtet wurden. Desgleichen stießen trans*geschlechtliche Menschen früher kaum auf Verständnis. Diese Erfahrungen prägen Vertrauen, Schamgefühle und den Umgang mit Offenheit bezüglich der eigenen Biographie.

Kernpunkt: Schweigen oder Verschweigen ist keine Neutralität. Sie stabilisiert die Norm „Alter = nicht sexuell" und verschiebt Verantwortung zu Betroffenen, ihr Bedürfnis erst „beweisen" oder „mutig" äußern zu müssen (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Reflexionsfragen für die eigene Praxis

- *Wie geschlechter- und beziehungsvielfältig sind unsere Formulare und Gespräche gestaltet?*
- *Signalisieren wir aktiv, dass unterschiedliche Lebensentscheidungen respektiert werden?*
- **Entsexualisierung & Infantilisierung**

Entsexualisierung ist mehr als „kein Sex“- sie ist ein Statusurteil: Die Person gilt nicht mehr als legitimes Subjekt von Begehren, Intimität und Selbstbestimmung. Ableismus verstärkt dieses Urteil, wenn Pflege- oder Assistenzbedarf mit Unmündigkeit verwechselt wird (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Kernpunkt: Hier zeigt sich, wie Fürsorge in Entmündigung kippen kann. Das ist weniger „Fehlverhalten Einzelner“ als ein strukturelles Risiko, wenn Schutz pauschal über Autonomie gestellt wird (Beauchamp & Childress, 2019).

- **Moralregulierung durch Verniedlichung oder Abwehr**

Moralregulierung wirkt häufig in kleinsten Reaktionen (Blicke, Witze, Abwenden, Verniedlichung) und produziert Scham (Goffman, 1963). Sexualität im Alter kollidiert dabei mit kulturellen Vorstellungen, in denen Sexualität an Jugend, Attraktivität und Leistungsfähigkeit gekoppelt ist (Gagnon & Simon, 1973).

Kernpunkt: Verniedlichung („süß“) spricht Intimität eine Ernsthaftigkeit ab und verschiebt sie in ein kindliches Register. Abwehr („muss das noch sein in deinem Alter?“) markiert sie als unzulässig. In beiden Fällen entsteht Ausschluss ohne ein explizites Verbot.

- **Pathologisierung**

Wenn Sexualität im Alter sichtbar wird, erscheint sie häufig als „Problem“: als Dysfunktion, Symptom oder Risiko.

Kernpunkt: Es entsteht eine Doppellogik: 1. Sexualität gilt als „nicht vorhanden“; 2. wenn sie dann doch sichtbar wird, wird sie primär als Risiko bzw. Abweichung gerahmt. Das verhindert häufig eine lebensqualitätsorientierte Perspektive.

- **Überregulierung aus Unsicherheit („zur Sicherheit“)**

Wo Leitlinien fehlen, reagieren Institutionen oft mit pauschalen Regeln. Diese treffen marginalisierte Personen besonders, weil sie häufig weniger Netzwerke, mehr Stigma- und Outing-Risiken und geringere Beschwerdemacht haben (Spade, 2015; Link & Phelan, 2001).

Kernpunkt: Wenn ein Thema offiziell „nicht vorkommt“, gibt es im Konfliktfall keine professionellen Wege. Dann greifen informelle Normen (Moral, Scham, …) - und genau dort reproduzieren sich dann other-isms.

Intersektionale Perspektive: Wenn sich Zuschreibungen überschneiden

Otherisms wirken besonders stark, wenn mehrere Merkmale zusammenkommen. Ältere Menschen sind nicht nur alt – sie können zugleich eine Migrationsgeschichte haben, einer religiösen Minderheit angehören, queer sein, mit einer Behinderung leben oder sozial benachteiligt sein. Diese Überschneidungen (Intersektionen) verstärken das Risiko, übersehen, missverstanden oder stereotyp behandelt zu werden.

So wird eine unverheiratete, lesbische Bewohnerin mit türkischer Familiengeschichte andere Erfahrungen von Ausgrenzung gemacht haben als eine gebürtige deutsche Frau mit deutscher Herkunft, die ihre Partnerin geheiratet hat. Letztere dürfte wahrscheinlich auch besser in die Routinen der Einrichtung passen, weil der Umstand des Verheiratet-sein ohnehin für alle abgefragt wird. Pflege kann es aber nicht dabei bewenden lassen, sich auf das einzurichten, was für die Mehrheit passend ist. Das gilt umso mehr, in einer immer vielfältiger werdenden Gesellschaft, wo es die eine passende Lösung für alle immer seltener werden wird. Wenn sich jetzt die Gesellschaft dahingehend weiterentwickelt hat, dass mit der Öffnung der Ehe auch gleichgeschlechtlich orientierte Menschen „gesehen“ werden, muss auch Pflege darauf reagieren. Ein schwuler Mann, der Diskriminierung erlebt hat, darf nicht mehr in die Situation kommen, dass er denkt, er müsse im Pflegeheim aus Angst vor erneuter Ablehnung seine Identität verbergen. Eine Bewohnerin mit Fluchterfahrung reagiert möglicherweise sensibel auf laute Geräusche oder Kontrollsituationen – ohne dass dies sofort als biografisch bedingte Reaktion erkannt wird.

Intersektionales Denken bedeutet, Menschen nicht auf eine Kategorie zu reduzieren, sondern ihre Lebensrealitäten in ihrer Vielschichtigkeit wahrzunehmen und dabei insbesondere auch zu sehen, dass bei Überschneidungen sich die Belastungen gegenseitig verstärken können.

Anregungen für Fachkräfte

Pädagogische und pflegerische Fachkräfte tragen eine besondere Verantwortung. Durch Fort- und Weiterbildungen können Fachkräfte Handlungssicherheit gewinnen und ihre professionelle Haltung stärken.

Grundlegende Aspekte in der Arbeit im Kontext von Othering sind:

- Reflexion eigener Werte, Normen und Unsicherheiten im Umgang mit Sexualität im Alter.
- Kenntnisse und Vermittlung von Wissen über rechtliche und ethische Grundlagen.
- Förderung einer offenen Teamkultur, in der schwierige Situationen besprochen werden können.
- Aktiver Schutz von Privatsphäre, Intimität und Selbstbestimmung.
- Einbezug von Biografiearbeit zur besseren Einschätzung individueller Bedürfnisse.

Zentrale Prinzipien, um Othering entgegenzuwirken

- **Schaffung sicherer und respektvoller Räume**

Ein zentraler Bestandteil ist die Etablierung von Räumen, in denen offen über Sexualität und Identität gesprochen werden kann. Dies erfordert eine wertschätzende Haltung, eine diskriminierungssensible Sprache und die aktive Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen.

Besonders für LGBTQIA+-Senior*innen ist ein solcher Raum entscheidend, da sie häufig lebenslange Diskriminierungserfahrungen mitbringen (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Reflexionsfragen

- Welche Lebensformen gelten bei uns unausgesprochen als „normal“?
- Wer muss sich an unsere Abläufe anpassen – und wo könnten wir flexibler sein?
- Wie unterscheiden wir zwischen organisatorischen Grenzen und bloßer Gewohnheit?

- **Inklusive Kommunikationspraktiken**

Inklusive Kommunikation bedeutet, Sprache und Verhalten so zu gestalten, dass sich alle Menschen angesprochen und respektiert fühlen. Dazu gehört das Vermeiden heteronormativer Annahmen („Kommt Ihre Frau Sie denn auch besuchen“?), die Verwendung geschlechtsneutraler Sprache sowie die Anwendung des aktiven Zuhörens in Gesprächen. Fachkräfte sollten Gespräche über Sexualität nicht vermeiden, sondern sensibel und professionell begleiten.

- **Beschreiben statt bewerten:** „Mir ist aufgefallen …“ statt „das ist unangemessen“.
- **Offene, wertfreie Fragen: „**Was ist Ihnen in Bezug auf Nähe/Privatsphäre/Beziehungen wichtig?“
- **Nicht voraussetzen:** keine Annahmen über Orientierung, Gender, Beziehungsstatus, „Familienmodell“ treffen (Warner, 1991).
- **Sprache und kulturelle Zuschreibungen:**
  - Wann interpretieren wir Verhalten vorschnell kulturell oder religiös?
  - Welche Fragen könnten wir stellen, statt Annahmen zu treffen?
  - Wie offen sprechen wir über vielfältige Lebensweisen, sodass sich auch gleichgeschlechtliche Bewohner und Bewohnerinnen sicher fühlen können?
- **Migration, Sprache und Macht:** Sprache ist ein zentraler Faktor von Otherism. Wenn ältere Menschen Deutsch nicht oder nur eingeschränkt sprechen, werden sie schneller als „nicht orientiert“ oder „nicht kooperativ“ eingeordnet.
  - Wo verwechseln wir Sprachbarrieren mit kognitiven Einschränkungen?
  - Welche Möglichkeiten für professionelle Sprachmittlung kennen und nutzen wir?
  - Wie können wir nonverbale Kommunikation und kultursensible Pflege stärken, ohne Menschen auf „Kultur“ zu reduzieren?

Und auch:

- **Aufnahmegespräche/Formulare:** Wie sind sie bei uns gestaltet? Heteronormative Annahmen („Ehemann/Ehefrau“) zeigen sich auch in den Aufnahmegesprächen und Formularen in Einrichtungen und machen andere Beziehungen unsichtbar.

Otherism entsteht auch, wenn institutionelle Abläufe stillschweigend von einer „Normbiografie“ ausgehen: heterosexuell, deutschsprachig, christlich sozialisiert.

- **Privatsphäre und Vertraulichkeit**

Privatsphäre ist ein fundamentales Menschenrecht und gewinnt in Pflegekontexten besondere Bedeutung. In Langzeitpflegeeinrichtungen ist sie oft durch Mehrbettzimmer, organisatorische Abläufe oder Personalmangel eingeschränkt. Intimität und Rückzugsmöglichkeiten müssen insbesondere hier aktiv geschützt werden, etwa durch abschließbare Räume, klare Besuchsregelungen und vertrauliche Gesprächssettings. Ohne Privatsphäre ist Intimität kaum möglich - besonders in geteilten Räumen.

- **Informierte Einwilligung bei schwankender Zurechnungsfähigkeit**

Ein besonders sensibles Thema ist die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen. Aktuelle ethische Ansätze plädieren dafür, Einwilligung nicht ausschließlich als statischen Zustand zu betrachten, sondern als dynamischen Prozess. Wünsche, nonverbale Signale und frühere biografische Aussagen sollten in die Bewertung einbezogen werden (Dewing, 2007).

- **Professionelle Beziehungen und ethische Verantwortung**

Mitarbeitende stehen häufig im Spannungsfeld zwischen Unterstützung und professioneller Distanz. Zentral ist, dass es legitim und notwendig ist, Bedürfnisse nach Nähe und Intimität anzuerkennen, ohne dabei Abhängigkeitsverhältnisse auszunutzen oder Grenzen zu überschreiten. Regelmäßige Supervision und ethische Fallbesprechungen können hier unterstützend wirken.

- **Unsicherheit ohne Leitlinien:** Wenn Sexualität „nicht vorkommt“, entstehen im Konfliktfall oft ad hoc Restriktionen (Spade, 2015).

Risiko-Faktoren & Vermeidungsstrategien

- **Moralregulierung**
  Reaktionen von Fachkräften, die nicht neutral sind, sondern Sexualität im Alter oder bei queeren Personen bewerten – z. B. als „unangenehm“, „eklig“ oder umgekehrt kindlich verharmlosend.

Beispiele:
- Eine Pflegekraft sagt: „In dem Alter muss das doch nicht mehr sein…“.
- Kichern oder abwertende Blicke bei gleichgeschlechtlicher Intimität.
- Verniedlichung: „Ach, die zwei sind ja süß wie Teenager“.

Strategie: hier empfiehlt es sich, einen **Teamstandard** zu formulieren: „beschreiben statt bewerten“ oder auch **Supervision** zu nutzen oder **kollegiale Fallberatung** zu etablieren.

- **Ableistische Schutzlogik**
  Die Sexualität alter Menschen wird eingeschränkt oder sogar verhindert mit dem Argument des „Schutzes“; besonders bei kognitiven Einschränkungen und oft, ohne dass eine echte Prüfung der Selbstbestimmung stattfindet. Problematisch ist hier, dass die Selbstbestimmung zugunsten eines überzogenen Schutzgedankens eingeschränkt wird.

Beispiele:
- Eine Beziehung wird unterbunden, weil eine Person dementiell erkrankt ist („Sie kann das nicht entscheiden“).
- Angehörige oder Personal verbieten Besuche einer Partner*in „zum Schutz“.
- Intimität wird pauschal als „gefährlich“ bewertet.

Strategie: Hier empfiehlt sich die Implementierung eines transparentes **Einwilligungsmanagements**, strukturierte **Verfahrensweisen und Handlungsrichtlinien zur Sicherstellung des Schutzes** von schutzbedürftiger Erwachsenen (Kindern, Jugendlichen) vor jeglicher Form von Gewalt, Missbrauch, Ausbeutung oder Vernachlässigung (Safeguarding-Pfade), eine gute **Dokumentation** und immer auch die **Einzelfallprüfung** (Beauchamp & Childress, 2019).

- **Tokenismus**
  Symbolische „Inklusion“, ohne echte strukturelle Veränderung. Problematisch ist, wenn dies ohne weitere inklusive Maßnahmen und einer entsprechenden Haltung passiert. Dann wird Tokenismus zur Schein-Inklusion und reale Probleme bleiben bestehen.

Beispiele:
- Gut gemeint: die Regenbogen-Flagge im Eingangsbereich- aber das Personal ist nicht geschult.
- Das Leitbild erwähnt „Vielfalt“- aber Beschwerden von LGBTQI+-Personen werden ignoriert.
- Es gibt zwar eine „queere Ansprechperson“- sie hat aber keinerlei Entscheidungs-befugnis.

Strategie: Selbstkritische Prüfung in der Organisation

  - Sprache (nutzen wir inklusive Formulierungen?)
  - Räume (verfügen wir z. B. über sichere Rückzugsorte?)
  - Regeln (sind sie diskriminierungssensibel?)
  - Beschwerdewege (für wen und wie zugänglich und wirksam sind sie?)

- **Kulturalisierung**
  Ein Verhalten oder Bedürfnisse werden vorschnell „der Kultur“ zugeschrieben, statt die individuelle Perspektive zu sehen. Dadurch werden Personen auf Stereotype reduziert, was Othering verstärkt.

Beispiele:

- „In Ihrer Kultur ist das doch tabu, oder?“.
- Annahme, dass eine Person ihre Sexualität wegen Herkunft unterdrückt.
- Pauschale Zuschreibungen zu „religiösen Familien“.

Strategie:

- Individuell nachfragen statt unreflektiert voraussetzen oder annehmen.
- Orientierung an intersektionalen Ansätzen (z. B. Patricia Hill Collins & Sirma Bilge).

Konkrete Beispiele inklusiven Handelns

- **Formulare/Anamnese:** Verwendung neutraler Begriffe in Formularen („Partner*in“, „Bezugsperson“), optional: Pronomen/Anrede.
- **Privatsphäre als Standard:** Zimmer/Privatraum respektieren, „Bitte nicht stören“-Optionen, klare Anklopf-Regeln vereinbaren.
- **Teamkultur:** Eine Reflexionsroutine etablieren („Was triggert uns? Welche Norm spricht hier gerade?“), statt Witz oder Abwehr (Goffman, 1963).

Zusammenfassung

Inklusive Praxis heißt: Bedingungen zu schaffen damit Vielfalt im Alter real möglich wird. Das beinhaltet eine sichere und respektvolle Umgebung, inklusive Kommunikation, der Schutz von Privatsphäre sowie ein sensibler Umgang mit informierter Einwilligung. Diese Aspekte bilden die Grundlage ethischer Praxis. Besonders in Pflegekontexten ist es notwendig, institutionelle Strukturen kritisch zu hinterfragen und individuelle Autonomie zu stärken. Otherism wird komplexer, wenn Alter mit Migrationserfahrungen, Rassismuserfahrungen, queeren Lebensweisen oder sprachlichen Barrieren zusammenwirkt. Professionelle Haltung in der Altenarbeit bedeutet daher auch, intersektional zu denken: nicht vorschnell zu erklären, sondern neugierig zu bleiben, biografisch zu fragen und Unterschiede weder zu dramatisieren noch zu ignorieren. Eine diversitätssensible, machtkritische Pflegepraxis stärkt Würde, Sicherheit und Zugehörigkeit – besonders für Menschen, die in ihrem Leben bereits Ausgrenzung erfahren haben.

Literatur

Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. und Zurechnungsfähigkeit (2026): https://www.akek.de/faq/6-informierte-einwilligung/ (letzter Aufruf: 05.02.2026).

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8. Aufl.). Oxford University Press.

Butler, R. N. (1969). Age-Ism: Another Form of Bigotry. The Gerontologist, 9(4, Part 1), 243 ff.

Campbell, F. K. (2009). Contours of Ableism: The Production of Disability and Abledness. Palgrave Macmillan.

Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). Intersectionality. Polity Press.

Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. The Journals of Gerontology: Series B, 58(6), S327–S337.

Dewing, J. (2007). Participatory research: A method for process consent with persons who have dementia. *Dementia*, 6(1), S. 11–25.

Foucault, M. (1976). Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1983). Sexualität und Wahrheit 1: Der Wille zum Wissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B., & Goldsen, J. (2017). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults and their caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), S. 545–569.

Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1961). Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Anchor Books.

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall.

Goodley, D. (2014). Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism. Routledge.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion. University of Bristol.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, S. 27, S. 363–385.

Spade, D. (2015). Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law. Duke University Press.

Stryker, S. (2008). Transgender History. Seal Press.

Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. Social Text, (29), S. 3–17.

World Health Organization. (2021). Global Report on Ageism. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2015). World report on ageing and health. WHO Press. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content (letzter Aufruf: 11.02.2026).