

# **Gesundes Altern schwuler Männer**

## Kurzbericht zum Stand der internationalen Forschung

*Phil C. Langer*

### **Inhaltsverzeichnis**

1 Kontext des Berichtes.....	3
2 Konzepte gesunden Alterns.....	4
3 Gesundheitliche Belastungen älterer schwuler Männer im Überblick.....	8
4 Psychische Belastungen am Beispiel von Depressivität .....	10
5 Physische Belastungen am Beispiel von HIV/Aids .....	14
6 Bedeutungen sozialer Unterstützung.....	19
7 Bewertung der Forschungslage .....	21
8 Literaturverzeichnis mit Abstracts .....	23
9 Weiters zitierte Literatur .....	32
10 Anhang: Fragebogen zur Messung sozialer Unterstützung.....	35

## Imressum

### Herausgeber:

Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) e.V.  
c/o Aidshilfe NRW e.V.  
Lindenstraße 20  
50674 Köln  
T 0221 925 996 20  
biss@schwuleundalter.de  
www.schwuleundalter.de  
Vereinsregister Köln VR 1873  
Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE 76 3702 0500 0001 4332 00 / BIC: BFSWDE33XXX

### Verantwortlich für BISS:

Markus Schupp / Vorstandsmitglied  
markus.schupp@schwuleundalter.de

### Autor:

Prof. Dr. Phil C. Langer  
Professur für psychoanalytische Sozialpsychologie und Sozialpsychiatrie  
Stromstraße 1  
10555 Berlin  
Email: phil.langer@ipu-berlin.de

**Berlin, 15. März 2017**

Wir empfehlen die folgende Zitierweise für dieses Dokument:

Langer, Phil (2017): Gesund Altern schwuler Männer. Kurzbericht zum Stand der internationalen Forschung. Herausgegeben von der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) e. V. Köln, <http://schwuleundalter.de/download/gesundes-altern-schwuler-maenner/>

## 1 Kontext des Berichtes

In wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskursen spielt das Thema Alter(n) seit einigen Jahren eine immer wichtigere Rolle. Ein wesentlicher Grund dafür ist der demographische Wandel: Durch die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig niedriger Geburtenrate wird die deutsche Gesellschaft im Durchschnitt immer älter. Damit werden u.a. Fragen politischer Repräsentation älterer Menschen und gesamtgesellschaftlicher Ressourcenverteilung sowie institutionelle Herausforderungen der medizinischen Versorgung und Pflege virulent.

Dass das Altern schwuler Männer in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit erhält, ist nicht zuletzt Folge der gesellschaftspolitischen Liberalisierung in Bezug auf Homosexualität in Deutschland, die eine öffentliche Sichtbarkeit schwuler Lebenswelten in ihrer Diversität ermöglicht und zivilgesellschaftlichen Initiativen im Hinblick etwa auf schwule Alternsprojekte den Weg bereitet hat. Durch die Behandelbarkeit von HIV/Aids hat zudem eine Bedeutungsverschiebung stattgefunden, die vor allem für die schwule Community als die von der Pandemie im Globalen Norden am stärksten betroffene Gruppe relevant ist: Der permanente Ausnahmezustand, in dem es lange ums bloße Überleben ging, ist in eine veralltäglichte Herausforderung übergegangen, die Fragen eines „guten“ Alterns stellbar werden lässt, die nach Antworten verlangen.

Der vorliegende Kurzbericht fasst einschlägige internationale Studien zum Altern schwuler Männer zusammen und diskutiert deren Relevanz für den deutschen Kontext. Er basiert auf einer systematischen Recherche in medizinischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, PsycINFO, ProQuest) sowie Google-Scholar anhand relevanter Suchbegriffe (aging, gay, health, well-being u.a.). Der Fokus wurde dabei auf neuere Studien, d.h. i.d.R. ab 2013 gelegt, um den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen Rechnung zu tragen. Aufgenommen wurde gleichwohl einige ältere, auf die in neuen Studien immer wieder verwiesen wird und die sich so als Referenzstudien in der Debatte erweisen. Zum Ende des Berichts (siehe Abschnitt Nr. 9) ist eine mit Abstracts versehene Literaturliste der in diesem Bericht berücksichtigten Studien angeführt.

Einige allgemeine Beobachtungen lassen sich in Bezug auf die gesichteten Studien vorab machen, von denen einige wesentliche im Zuge des Berichtes weiter ausgeführt werden.

- Seit ca. fünf Jahren ist eine stete Zunahme von Studien, die das Altern schwuler Männer thematisieren, zu konstatieren.
- Die Untersuchungskontexte beziehen sich vor allem auf die USA, Australien und Großbritannien.
- Der Großteil der Studien ist empirisch-quantitativer Natur, deutlich weniger verfahren empirisch-qualitativ und noch weniger theoretisch; praxisfundierte und politisch-programmatische Beiträge sind rar.
- Oft werden LGBTQ\*-Belange in den Studien gemeinsam behandelt, ohne dass eine weitere Differenzierung vorgenommen wird, die z.B. spezifisch schwule Lebenswirklichkeiten ausweist.
- Vereinzelt können homo-/heterosexuelle Vergleichsstudien (insb. in Bezug auf die Bedeutung von Körperlichkeit) und HIV-positive/-negative Vergleichsstudien gefunden werden.
- Vielfach sind die Studien konzeptionell diffus im Hinblick auf Alter und Gesundheit, weisen also kein reflektiertes Verständnis der mit den sozialen Konstruktionen einhergehenden normativen Einschreibungen auf.
- Problematisch für eine Übernahme in den deutschen Kontext dürfte der Community-Begriff sein, mit dem zahlreiche Studien arbeiten; er wird schon den Institutionalisierungen schwuler Lebenswelten in den USA oder Australien kaum gerecht, für Deutschland scheint er weitgehend gegenstandslos zu sein.

## 2 Konzepte gesunden Alterns

Wenn wir uns dem Thema eines gesunden Alterns schwuler Männer nähern, ist es unumgänglich, sich bewusst zu machen, dass wir nicht mit „unschuldigen“, also objektiven oder neutralen, Begriffen hantieren, sondern uns auf spezifische soziale Konstruktionen berufen, deren wissenschaftliches Verständnis immer auch eine gesellschaftspolitische Dimension enthält.

Was etwa Gesundheit genau sein soll, ist alles andere als klar. Das biomedizinische Krankheitsmodell, das sich aufgrund seiner einfach fassbaren Unterkomplexität nach wie vor großer Beliebtheit erfreut, entstand in Bezug auf den Umgang mit Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert; es ist dichotom ausgelegt (krank vs. gesund) und fokussiert auf biologisch fassbare und medizinisch „heilbare“ Faktoren. Fragen des subjektiven Wohlbefindens, des Verhältnisses von psychischen und körperlichen Aspekten oder der sozialen Kontexte von gesundheitlichen Herausforderungen bleiben so unterbelichtet. Diese werden in dem in den 1970er Jahren von Engel forciert in die Debatte gebrachten biopsychosozialen Krankheitsmodells thematisierbar. Gerade auch in institutionellen Kontexten, in denen ein psychosomatischer Blick auf die Gesundheit/Krankheit von Menschen geworfen wird, ist es nach wie vor hoch aktuell. Gleichwohl ist der systematische Zusammenhang der drei Dimensionen des Physischen, Psychischen und Sozialen, die das Modell berücksichtigen möchte, zumeist vage und kaum hinreichend konzeptualisiert. Zudem haftet auch dem biopsychosozialen Modell eine Tendenz an, weniger Gesundheit, denn Krankheit verstehen und behandeln zu wollen.

Ein positiver Begriff von Gesundheit wird demgegenüber in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zu begründen versucht. Gesundheit wird darin als ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ definiert, also gerade nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit. Als politische Forderung ist diese Perspektivverschiebung ein wichtiger Schritt, der nicht zuletzt der Interessenvertretung vulnerabler und marginalisierter Gruppen als Bezugspunkt dienen kann, um politische Forderungen zu artikulieren. Gesundheit stellt sich jedoch in der Absolutheit der Forumierung als programmatische Utopie dar, die für wissenschaftliche Zwecke nur insoweit nützlich erscheint, als sie auf den normativen Drive dieses (wie eines jedweden) Verständnisses von Gesundheit hinweist. Eng mit der auf individuelle Selbstbestimmung und strukturelle Gesundheitsförderung, wie sie die Ottawa-Charta anmahnt, verbunden, ist das Modell der Salutogenese, das Antonovsky entwickelt hat. Gesundheit und Krankheit werden dabei als zwei Pole eines Kontinuums gedacht, auf denen das Individuum sich ständig bewegt; Antonovsky benutzt zur Illustration die Flußmetapher. Zentral in diesem Verständnis ist der sogenannte Kohärenzsinn (*Sense of Coherence*), der konzeptionell aus den Gefühlen der Verstehbarkeit, der Sinnhaftigkeit und der Handhabbarkeit zusammengesetzt ist. Was heißt das genau? Habe ich das Gefühl, dass eine „schwierige“ Lebenssituation für mich verstehbar ist, sie für mich Sinn ergibt und ich darauf reagieren, sie also beeinflussen oder kontrollieren kann, dann ist dieser Kohärenzsinn hoch, dann wird die Situation weniger als Stress, denn als gut handhabbare, sinnhafte Herausforderung wahrgenommen; ich würde dann wohl dem Pol der Gesundheit näher sein (könnte, um in der genannten Metapher zu bleiben, gut durch den Fluss des alltäglichen Lebens navigieren). Wenn ich eine Situation – und hier können wir schon mal ans Älterwerden in schwulen Lebenskontexten denken – als eher unverständlich und weniger sinnhaft und kaum beeinflussbar empfinde, dann bereitet sie mir Stress, dann fällt es mir wohl schwerer, mit ihr klar zu kommen, dann wäre ich eher dem Pol der Krankheit zugeneigt (liefe Gefahr, in den Stromschnellen und Untiefen zu Schaden zu kommen, wäre das Navigieren eine belastende Herausforderung). Für wissenschaftliche Überlegungen scheint das Modell der Salutogenese trotz vielfältiger empirischer wie konzeptioneller Einwände interessante Ansatzpunkte zu liefern, um zu verstehen, wie das Subjekt als „objektiv“ wahrgenommene Problemlagen in spezifischen Lebenswelten angeht und was es benötigt, um damit (besser) umgehen zu können.

Vielfach wird in den gesichteten Studien indes auf das eher „weiche“ Konzept des (subjektiven) „Wohlbefindens“ (engl. *well-being*) rekurriert; dieses wird dabei über psychologische Konstrukte wie der Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, des *Locus of Control* (Kontrollüberzeugung) operationalisiert. Auf eine übergreifende theoretische Rahmung wird dabei i.d.R. verzichtet.

Warum diese Ausführungen zu theoretischen Modellen, wo es in diesem Bericht doch um *empirische* Studien gehen soll? Erstens ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die empirische Untersuchung von Gesundheit (u.a.) immer auf theoretischen Modellen beruht: Was ich wie untersuche, ist abhängig von meinem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Es ist damit unverzichtbar, das hinter einer empirischen Untersuchung liegende Modell bzw. die theoretischen und konzeptionellen Annahmen, kritisch zu reflektieren, um die Befunde der Studie überhaupt sinnvoll diskutieren zu können. Das sollte eigentlich eine wissenschaftliche Selbstverständlichkeit sein; gleichwohl explizieren viele Studien ihre Hintergrundannahmen bzgl. von Gesundheit und Krankheit nicht oder nicht ausreichend, setzen damit quasi positivistisch ein objektives Faktum von „gesund“ oder „krank“ (voraus), das es so nicht gibt. Zweitens müssen wir bei der Frage, wie Gesundheit verstanden wird, immer auch die aktuellen politischen Diskurse mitdenken, die nicht nur wissenschaftliche Erkenntnisinteressen mitprägen, sondern institutionelle Folgen in der Gesundheitsversorgung zeitigen und sich als normative Anforderungen ins Subjekt einschreiben. Seit einigen Jahren – und das hat sicherlich auch mit der eingangs angedeuteten Frage der Ressourcenverteilung zu tun – lässt sich eine zunehmende Dominanz eines neoliberalen – auf Individualisierung und Privatisierung zielenden – Gesundheitsdiskurses konstatieren. Er fordert von den Subjekten Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und Gesunderhaltung (Ernährung, Sport, Vorbeugeuntersuchungen, Risikovermeidung etc., durch Anreize von Krankenkassen gefördert, durch technisches Equipment am Körper permanent kontrollierbar), ermöglicht damit aber auch Schuldzuweisungen, wenn es mit der Gesunderhaltung mal nicht so klappt (was durchaus die Frage nach Sanktionen, etwa höhere Krankenkassenbeiträge, mit sich bringt). Was dabei verlustig geht, ist die strukturelle Dimension von Gesundheit, also die Erkenntnis der konstitutionellen Verstrickung individuellen Handelns mit den sozialen, sozioökonomischen und kulturellen Handlungskontexten, die gerade im Hinblick auf die Gesundheit vulnerabler Gruppen wesentlich mitzudenken sind.

Wie ist die Gesundheit schwuler Männer vor diesem Hintergrund nun zu denken? Interessant ist zunächst, dass dies noch vor ein paar Jahrzehnten keine „wirkliche“, also sinnvoll zu stellende Frage gewesen wäre, war Homosexualität oder Schwulsein – als der zweite wenig „unschuldige“ Begriff, mit dem wir es zu tun haben – lange Zeit als psychische Störung klassifiziert (*International Classification of Diseases; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Damit ließ sich in einem engeren Sinne gar nicht von einer Gesundheit schwuler Männer sprechen, wurden diese doch von vornherein zumindest in psychologischer und psychiatrischer Hinsicht als „krank“ definiert. Dass sich in den damit verbundenen wissenschaftlichen Konstrukten und den darauf Bezug nehmenden politischen Diskriminierungsregimen bestimmte soziokulturelle Stigmata als abweichend wahrgenommener Sexualität manifestierten, liegt auf der Hand. Diese bleiben den davon „betroffenen“ Subjekten gleichwohl nicht äußerlich, sondern schreiben sich in sie ein, können konzeptionell als Beschädigung schwuler Identitätsbildung gefasst werden (Langer 2009). Meyer (2003) hat dazu das *Minority Stress Model* vorgeschlagen, auf das in vielen der hier einbezogenen empirischen Studien rekurriert wird. Es weist, ausgehend von dem Befund von im Vergleich zur Gesamtbevölkerung wie heterosexuellen Vergleichsgruppe vielfach erhöhte Prävalenzen von psychischen Problemen (Depressivität, Angststörungen, Suizidalität) bei nicht-heterosexuell identifizierten Jugendlichen, auf gesellschaftlich strukturelle (Stress-)Belastungen von Schwulen, Leben und Bisexuellen durch Stigma-Erfahrungen hin. Abbildung 1 gibt das Modell wieder.

Über den Syndemie-Ansatz, der das synergetische Ineinandergreifen unterschiedlicher Epidemien in bestimmten Populationen zu erfassen versucht, kann das Modell auch mit anderen gesundheitlichen Belastungen in schwulen Lebenskontexten in Verbindung gebracht werden, geht die vergleichsweise hohe Prävalenz psychischer Problemlagen schwuler Männer im Globalen Norden doch mit ebenso erhöhten Prävalenzen von Genussmittelkonsum (Alkohol, Rauschmittel, Drogen, und sexuelle übertragbaren Infektionen, insbesondere HIV, einher (vgl. Langer 2010).

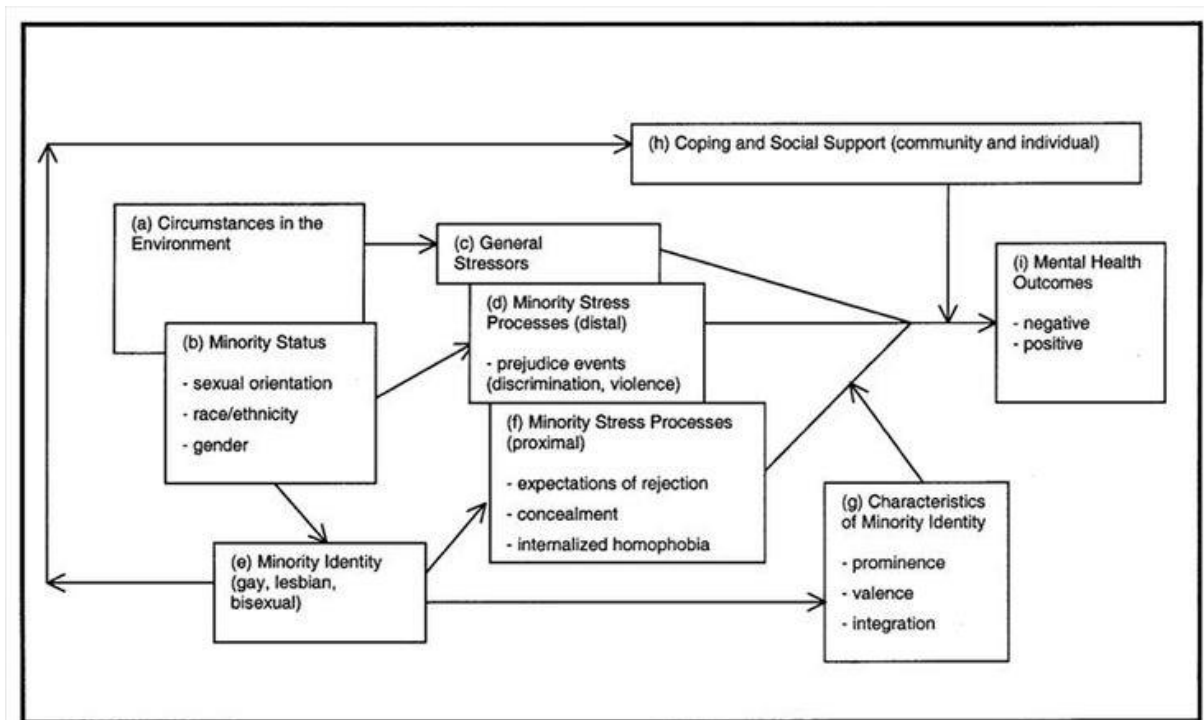


Abb. 1: Minority Stress Model (Meyer 2003)

Ausgehend von dem *Minority Stress Model* lässt sich die Annahme formulieren, dass die darin genannten Stressbelastungen im Alter nicht etwa verschwinden, sondern sich in einer Lebenslaufperspektive akkumulieren – und das unter dem diskursiven Mantel einer vermeintlichen Normalisierung der Belastungen (also: der Rede der gesellschaftlichen Normalisierung von Homosexualität und HIV). Zugleich wird so die Frage nach der sozialen Unterstützung, die in der Lage sein sollte, positiv auf das Gesundheitsverhalten und dadurch den Gesundheitszustand einzuwirken, zentral.

Damit wird beim Alter(n) als dem dritten signifikanten Begriff im Titel des Berichts angekommen. Vorstellungen von Alter(n) sind historisch, gesellschaftlich und kulturell spezifisch und – nicht zuletzt im Kontext mit dem aktuellen demographischen Wandel – politisch mit hoher Bedeutung aufgeladen. Die sozialwissenschaftlichen Konzeptionen von Alter(n) weisen deutliche Spuren davon auf. In der aktuellen Debatte zu findene Konzeptionen sind vor allem:

- **Healthy Aging**: Laiendefinitionen beinhalten u.a. Unabhängigkeit, finanzielle Sicherheit, Spiritualität als Elemente eines „gesunden Alterns“, akademische Definitionen fokussieren demgegenüber auf physische und mentale Gesundheit und soziale Beziehungen und Vernetzung. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Frage, was unter Gesundheit genau zu verstehen ist, fehlt indes zumeist.

- **Productive Aging:** Kritisch ist auf die implizite Einschreibung eines neoliberalen Nützlichkeitsprimats in das Konzept des „produktiven Alterns“ zu verweisen. „Produktives“ Altern setzt die Aktivierung der Subjekte voraus, die gesellschaftlich, und das heißt hier immer auch ökonomisch, „nützlich“ sein sollten, und sei es durch ehrenamtliches Engagement oder unbezahlte Care-Tätigkeit. Der und die Einzelne ist letztlich dafür verantwortlich, „produktiv“ sein zu können – was eben mit zufrieden, glücklich und gesund kurzgeschlossen und eingeführt wird. Lessenich (2005) spricht in diesem Zusammenhang vom Wechsel „Vom Rentner zum Alterskraftunternehmer“ (so der Titel eines Aufsatzes von ihm) und markiert die gegenwärtige Gesellschaft als „Aktivgesellschaft“. Zu fragen ist dabei, welche Ausschlüsse durch den Fokus auf Produktivität generiert werden (etwa, wenn man krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, ökonomisch „produktiv“ sein zu können) und was dies für die davon betroffenen Individuen bedeutet (etwa im Hinblick auf gesellschaftliche Stigmatisierung oder weitere Marginalisierung). Altern ist ja tendenziell mit einem Verlust an gesundheitlich relevanten Ressourcen verbunden, so dass die/der Einzelne den Anforderungen so einfach nicht mehr gerecht werden kann.
- **Successful Aging:** Die normativen Anforderungen ans Subjekt sind nicht zuletzt im Konzept des „erfolgreichen Alterns“ deutlich zu erkennen. Was genau wird in dem Konzept unter Erfolg verstanden? Woran wird er festgemacht? Eine interessante Studie, die für diesen Bericht recherchiert wurde, nimmt dieses Konzept auf und wendet es auf das Altern nicht-heterosexueller Menschen an. Van Wagenen, Driskell und Bradford (2013) rekurrieren darin auf die Charakterisierung eines „erfolgreichen Alterns“ durch Rowe und Kahn (1987) anhand von drei Merkmalen: 1. die Vermeidung von Krankheit und Behinderung; 2. hohe physische und kognitive Kapazitäten; 3. ein aktives Engagement im Leben. Das Vorliegen dieser Merkmale sollte es dem Individuum ermöglichen, ein glückliches, gesundes und zufriedenstellendes – also „erfolgreiches“ – Leben zu führen. Die von van Wagenen et al. (2013) durchgeführte Studie basierte auf 22 halbstrukturierten Interviews mit schwulen, lesbischen, bisexuellen und transsexuellen Individuen und bezog sich auf physische, mentale, emotionale und soziale Dimensionen von Gesundheit. Aus der Analyse der Interviews erstellten die Autorinnen vier Kategorien, die sich als Abstufungen des konventionelles Konzeptes eines „erfolgreichen Alterns“ verstehen lassen: 1. Als „traditionell erfolgreich“ (engl. *traditionally successful*) wurden jene Interviewpartner\*innen gefasst, die in Bezug auf alle vier Gesundheitsdimensionen „gut“ abschneiden, also keine Probleme aufwiesen. 2. Unter „gut gehend“ (engl. *surviving and thriving*) wurden Interviewte subsumiert, die in mindestens einer Dimension Sorgen / Probleme angaben, mit denen die Befragten jedoch insgesamt gut umgehen konnte. 3. Mit „man arbeitet dran“ (engl. *working at it*) wurde die Gruppe bezeichnet, in der Befragte in mindestens einer der Gesundheitsdimensionen Probleme / Sorgen angaben, mit denen sie jedoch ständig als Herausforderung zu kämpfen hatten und die sie nicht vollständig bewältigen konnten. 4. „Leidend“ (engl. *ailing*) war schließlich das Label, das verwendet wurde, um auf Interviewpartner\*innen zu verweisen, die ebenfalls in mindestens einer der Gesundheitsdimensionen Probleme / Sorgen angaben, die sie gleichwohl gar nicht bewältigen konnten, was sich in einem problematischen Gesundheitszustand niederschlug. Interessant an der Studie ist nun die Verteilung der Befragten auf die Kategorien: 9 Prozent entsprachen einem „traditionell erfolgreichen Altern“, 46 Prozent ging es weitgehend gut, 27 Prozent waren in Bezug auf ihre Gesundheit im Prozess des Alterns am ständigen Arbeiten und 18 Prozent erwiesen sich als leidend und von schlechter Gesundheit. Nun ist die Interpretation und Bewertung der Studienergebnisse alles andere als leicht, denn es wird weder zwischen den sexuellen Präferenzen der Befragten weiter differenziert (wobei auch seltsam ist, transsexuell mit schwule u.a. als eben eine solche „Präferenz“ zu sehen), noch lassen sich Aussagen über die Repräsentativität das Samples (für was auch?) treffen (bzw. muss von Nicht-Repräsentativität für schwule Lebenswelten ausgegangen werden),

noch gibt es Vergleichswerte für entsprechende heterosexuelle Samples (da es ja durchaus sein könnte, dass sich in Bezug auf heterosexuelle Befragte die gleiche Verteilung zeigt). Zum einen könnte man argumentieren, dass das konventionelle Konzept des „erfolgreichen Alterns“ nicht tragfähig ist, es also einer Differenzierung bedürfe – die von den Autor\*innen herausgearbeiteten Kategorien könnten sich so als hilfreich erweisen. Zum anderen weist die Studie auf die Bedeutung von Bewältigungsstrategien hin: Wichtig ist nicht nur, nach den spezifischen Belastungen im Kontext des Alterns zu fragen, sondern – in Resilienzperspektive – nach den Ressourcen zu deren Bewältigung. Darauf wird in diesem Bericht im Zusammenhang mit der Bedeutung sozialer Unterstützung näher einzugehen sein.

Die Entwicklung empirisch fundierter und theoretisch reichhaltiger Konzeptualisierungen des Alterns schwuler Männer steht erst am Anfang. Ein erstes komplexes, unterschiedliche Ebenen berücksichtigendes „holistisches“ Modell haben Halkitis et al. (2015) vorgelegt, mit dem Ziel, empirischer Forschung in dem Feld den Weg zu weisen. Ihr Modell wurde jedoch, soweit ich das sehe, noch nicht empirisch genutzt; seine Bewährung steht noch aus.

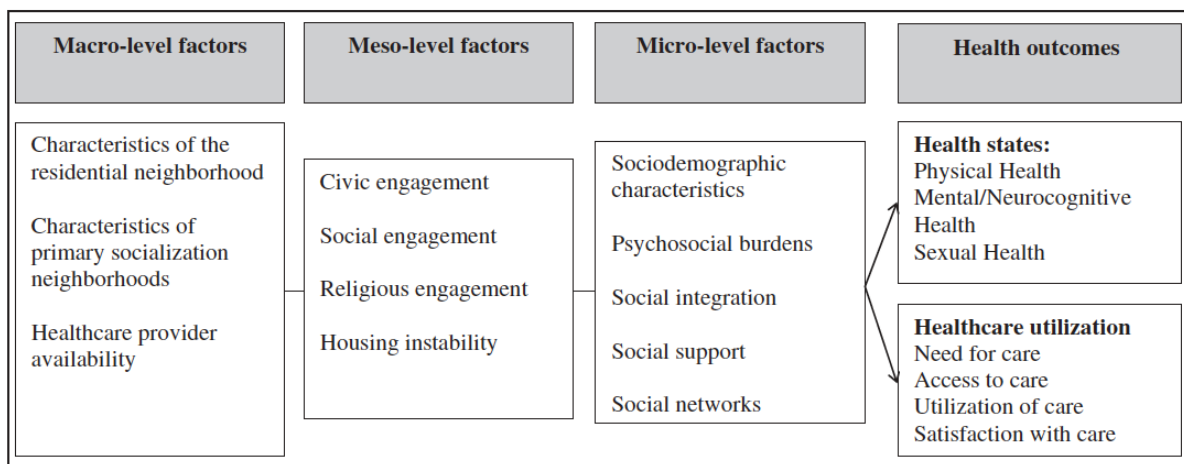


Abb. 2: Mehrfachebenenkonzept zum gesunden Altern schwuler Männer (Halkitis et al. 2015)

### 3 Gesundheitliche Belastungen älterer schwuler Männer im Überblick

Es ist bemerkenswert, dass es bislang kaum Studien gibt, die sich in allgemeiner – also im Sinne von Halkitis et al. (2015) „holistischer“, physische, psychische, soziale u.a. Aspekte einbeziehender – Sicht mit der Gesundheit schwuler Männer befassen. In der Regel sind – wohl der einfacheren Untersuchbarkeit, Publizierbarkeit der Resultate und notwendigen Ressourcen geschuldet – spezifische gesundheitliche Fokussierungen (Depressivität, HIV etc. – dazu dann in den folgenden Abschnitten mehr) leitend. Eine Ausnahme, auf die als Referenzstudie immer wieder verwiesen wird, ist die Untersuchung von Wallace et al. (2011), die sich mit der Gesundheit älter werdender Lesben, Schwuler und Bisexueller in Kalifornien befasst. Die Studie verwendete Daten eines bestehenden quantitativ-repräsentativen Gesundheitssurveys und analysierte ausgewählte Gesundheitsvariablen von lesbischen, schwulen und bisexuellen Befragten zwischen 50 und 70 Jahren. Die allgemeine Anlage der Studie (die z.B. auch Diabetes und andere chronische Erkrankungen abbildet), das umfangreiche Sample und die Repräsentativität des Survey machen den besonderen Wert dieser Studie aus. Gleichwohl lässt sich deren Übertragbarkeit auf den deutschen Kontext nicht genau abschätzen, ohne die spezifischen Fragestellungen, Operationalisierungen und Sample-Charakteristika zu kennen. Als starker Hinweis auf die unterschiedlichen, im Vergleich zu heterosexuellen Lebenswelten deutlich erhöhten Belastungszusammenhänge in schwulen Lebenswelten ist sie indes sicherlich lesbar und hilfreich.



Im Ergebnis wiesen sie auf höhere Prävalenzen von mehreren ernsthaften chronischen (körperlichen wie psychischen) Erkrankungen bei schwulen und bisexuellen Männern (im Vergleich zur soziodemographisch ähnlich gelagerten Gruppe von heterosexuellen Männern) hin. Signifikante Unterschiede zwischen schwulen und bisexuellen Männern auf der einen und heterosexuellen Männern auf der anderen Seite bestanden der Studien zufolge in Bezug auf Bluthochdruck und physische Behinderung (jeweils 1,2-fach erhöhtes relatives Risiko der Erkrankung), Diabetes (1,3-fach erhöht), psychische Stress-Belastungen und allgemein mäßiger bis schlechten Gesundheitszustand (jeweils 1,5-fach erhöht). In Abbildung 3 sind die genauen Werte dazu angegeben. Wenig erstaunlich ist vor diesem Hintergrund, dass die in der Studie befragten schwulen und bisexuellen Männer (im Vergleich wieder zu den heterosexuellen Männern) signifikant häufiger zum Arzt gehen (müssen): 63 Prozent berichten von drei und mehr Arztbesuchen im Jahr (was ein 1,2-fach erhöhtes relatives Risiko bedeutet).

Health Conditions Among LGB Men and Women and Risk Ratios Comparing Aging Gay/Bisexual Men and Lesbian/Bisexual Women to Aging Heterosexual Men and Women, Controlling for Age, Race/Ethnicity, Low-Income and Education, California, 2003-2007

Health Conditions	Unadjusted Rate Among Gay/Bisexual (GB) Men, Ages 50-70	Aging GB Men Compared to Aging Heterosexual Men After Adjusting for Population Differences (Relative Risk)	Unadjusted Rate Among Lesbian/Bisexual (LB) Women, Ages 50-70	Aging LB Women Compared to Aging Heterosexual Women After Adjusting for Population Differences (Relative Risk)
Heart Disease	12.0%	1.06 times higher, not significant	8.3%	1.06 times higher, not significant
Hypertension	46.0%	1.17* times higher	35.7%	1.05 times higher, not significant
Diabetes	15.4%	1.28* times higher	10.5%	1.32 times higher, not significant
Psychological Distress Symptoms (Kessler Score >6) (CHIS 2005 & CHIS 2007)	22.3%	1.45* times higher	27.6%	1.35* times higher
Physical Disability** (CHIS 2005 & CHIS 2007)	24.2%	1.24* times higher	31.3%	1.32* times higher
Fair/Poor Health Status	25.8%	1.50* times higher	22.2%	1.26* times higher

\* Statistically significant difference between LGB and heterosexual aging adults at  $p \leq .05$ .

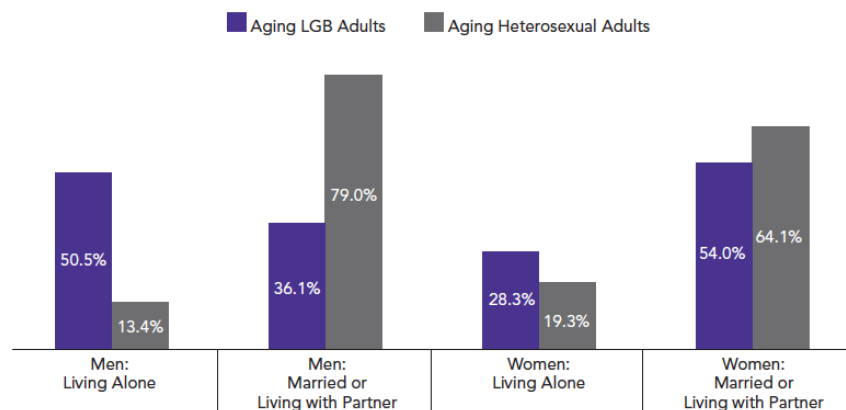
\*\* Reports a condition that substantially limits one or more basic physical activities such as walking, climbing stairs, reaching, lifting or carrying.

Sources: 2003, 2005 and 2007 California Health Interview Surveys unless otherwise noted

Abb. 3: zur Gesundheit schwuler und bisexueller Männer in Kalifornien (Wallace et al. 2011)

Wallace et al. (2011) untersuchten in ihrer Studie zudem die Wohnverhältnisse der Befragten. Gerade bei schwierigen gesundheitlichen Bedingungen und bei abnehmender Mobilität im Alter ist die Frage nach sozialer Unterstützung z.B. im Kontext von Partnerschaft wichtig, die sich in bestimmten Wohnverhältnissen abbildet. Sehr deutlich zeichnet sich im Ergebnis ab, dass schwule und bisexuelle Männer weit häufiger alleine leben als heterosexuelle. Während im Studiensample 79 Prozent der heterosexuellen Männer zusammen mit einer Partnerin und nur 13 Prozent allein lebten, waren es über 50 Prozent der homosexuellen und bisexuellen Männer, die alleine und nur 31 Prozent, die mit einem Partner zusammen lebten (siehe dazu Abbildung 4).

Aging LGB and Heterosexual Adults by Gender and Living Arrangements, Ages 50-70, California, 2003-2007



Sources: 2003, 2005 and 2007 California Health Interview Surveys

Abb. 4: Zu den Lebens-/Wohnverhältnissen schwuler Männer in Kalifornien (Wallace et al. 2011)

#### 4 Psychische Belastungen am Beispiel von Depressivität

Die Studie von Wallace et al. (2011) weist auf die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich erhöhten psychischen Belastungen / Problemlagen schwuler und bisexueller Männer hin. Die Untersuchung psychischer Belastungen älter werdender schwuler Männer stellt einen bedeutenden Debattenstrang dar, der sich in mehreren Studien abbildet. Zumeist wird dabei auf Depressivität (als häufigste psychische Belastung im Alter) fokussiert und das *Minority Stress Model* zugrunde gelegt. Beispielhaft werden im Folgenden zwei Studien vorgestellt.

Hoy-Ellis und Fredriksen-Goldsen (2016) bringen in ihrer Studie psychische mit weiteren physischen Belastungen zusammen und fragen nach deren Zusammenhang mit Minoritätenstress. Die Studie basiert auf einem (US-)nationalen Community-Survey mit über 2.000 lesbischen, schwulen und bisexuellen Individuen, die älter als 50 Jahre waren. In der Charakterisierung des Samples zeigen sich zum einen unterschiedliche chronische körperliche Erkrankungen bei den Befragten; insbesondere die Anzahl der Befragten mit Bluthochdruck (46%), hohem Cholesterinwert (43%), Arthritis (34%) und Diabetes (14%) ist beachtlich. Allerdings werden Vergleichswerte für heterosexuelle Menschen gleichen Alters nicht angegeben. In der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts wird für Deutschland von Prävalenzen von Bluthochdruck in der Gesamtbevölkerung von 32 Prozent für die Altersgruppe der 40-64-jährigen Männer und 53 Prozent für die Gruppe der Männer von 65 Jahren und älter ausgegangen (Janhsen, Strube & Starker 2008). In Übereinstimmung mit der Studie von Wallace et al. (2011) lässt sich trotz der schwierigen Vergleichbarkeit von zumindest leicht erhöhten Prävalenzen bei nicht-heterosexuellen Männern ausgehen. Auffällig ist jedoch zum anderen die hohe Zahl von qua Screening in den Bereich einer Depression fallenden Befragten: Fast jeder Dritte (29 Prozent) wird in der Studie diesem Bereich zugeordnet. Zieht man auch hier mit der RKI-Berichterstattung Vergleichswerte aus Deutschland zu Rate, so kommt man auf wesentlich niedrigere Werte für die Teilgruppe älterer Menschen der (deutschen) Gesamtbevölkerung: „Mit den oben erwähnten Unsicherheiten schätzen klinische Experten die Prävalenz von Depressionen nach erweiterten Kriterien bei älteren Menschen auf 8 % – 10 %; dabei sind mehr Frauen als Männer betroffen, was sich jedoch mit höherem Alter – vermutlich mortalitätsbedingt – angleicht.“ (Wittchen et al. 2010: 23) Die Autoren der RKI-Studie weisen darauf hin, dass entgegen der Erwartung „alle derzeitigen epidemiologischen Studien in der Bevölkerung [...] Depressionen im Sinne einer depressiven Störung (bzw. Major Depression) [...] bedeutend seltener im hohen Alter als bei Jüngeren“ (ebd.) auftreten würden. Darauf wird im Kontext von HIV im folgenden Abschnitt noch zurückzukommen sein.

Die vergleichsweise hohe Prävalenz von depressiven Problemen / Störungen bei schwulen und bisexuellen Männern deutet darauf hin, dass neben den „normalen“, mit dem Älterwerden einhergehenden psychosozialen Herausforderungen (wie z.B. der „Beendigung der Arbeitstätigkeit, vermehrte Verluste von Familienangehörigen und Freunden sowie zunehmende gesundheitliche Beschwerden“ (ebd.)) noch weitere Faktoren wirksam sein dürften. Hoy-Ellis und Fredriksen-Goldsen (2016) konzentrieren sich in dieser Hinsicht in Anlehnung an das *Minority Stress Model* auf minoritätenbedingte Stressoren, insbesondere internalisierten Heterosexismus (auch: verinnerlichte Homonegativität oder Homophobie). Aus dem *Minority Stress Model* ist das gut ableitbar, wirken stresshafte Stigma-Erfahrungen doch nicht nur äußerlich, sondern werden von den Subjekten mitunter in ihr Selbstbild übernommen und als normative Wertefolie gegen sich selbst gewandt. Im Ergebnis zeigt die statistische Analyse der Daten ein recht klares Bild: Internalisierter Heterosexismus zeitigt auf zweierlei Weise signifikante Effekte im Hinblick auf das Vorliegen einer Depression: sowohl direkt als auch indirekt, indem internalisierter Heterosexismus in positiver Beziehung zum Vorliegen chronischer Erkrankungen steht, die wiederum das Vorliegen einer Depression positiv beeinflusst. In dieser Hinsicht unterstützt die Studie die Erklärungskraft des *Minority Stress Model* auch für älter werdende schwule und bisexuelle Männer und weist auf die zentrale Bedeutung von stigmatisierend wahrgenommenem und verinnerlichtem Minoritätenstress hin. Die folgende Abbildung 5 gibt das aus der Analyse hervorgegangene Einflussmodell wieder.

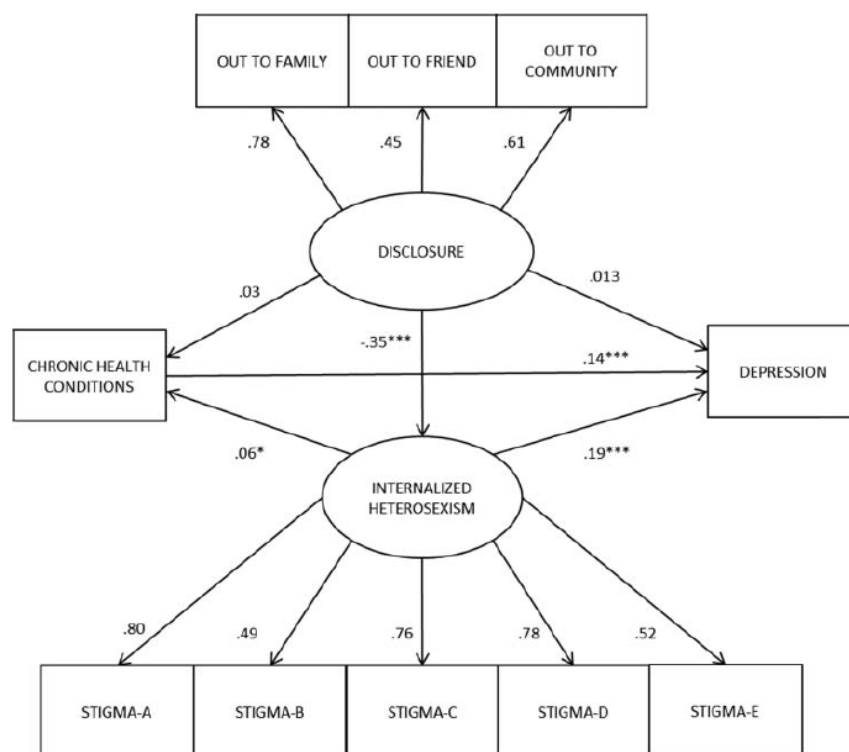


Figure 2. Fitted structural equation model.

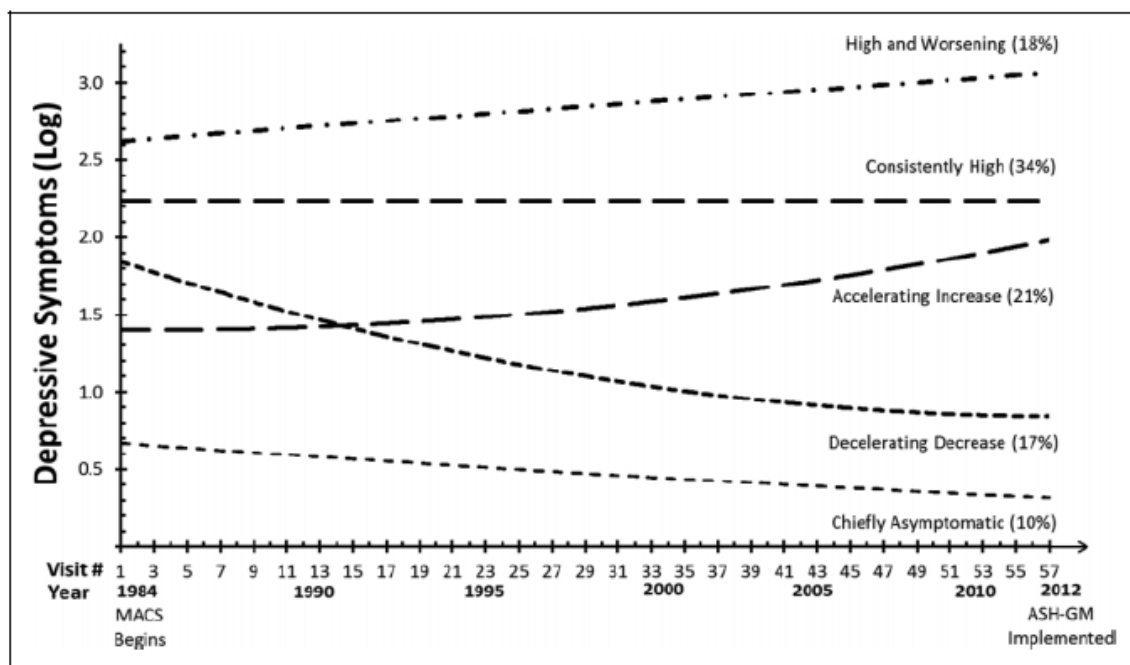
Note: Showing direct and indirect relationships between latent variables concealment and internalized heterosexism; and observed variables chronic health conditions and depression. Factor loadings and path coefficients are standardized. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Abb. 5: Zusammenhänge zwischen internalisiertem Heterosexismus, Depression und chronischen Erkrankungen (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen 2016)

In der zweiten hier vorgestellten Studie von Wright et al. (2016) werden – wiederum am *Minority Stress Model* orientiert – Verlaufformen von depressiven Symptomen bei älteren und alten schwulen Männern untersucht. Die Studie ist nicht zuletzt deswegen interessant, weil sie als eine der wenigen aktuellen explizit auf schwule Männer fokussiert. Das Paper bezieht sich auf eine fast 30 Jahre umfassende Längsschnittuntersuchung mit einer Kohorte aus 312 US-

amerikanischen schwulen Männern. Die Autoren konstatieren ganz grundsätzlich, dass im untersuchten Sample die depressiven Symptome über den Zeitraum hinweg hoch waren. Dabei ließen sich jedoch unterschiedliche Verlaufskurven feststellen, die in Abbildung 6 wiedergegeben sind. Sie differenzieren zwischen fünf Verlaufformen:

- „Hoch und schlimmer werdend“: Bei 18 Prozent der Befragten waren zwischen 1984 und 2012 die depressiven Symptome auf einem sehr hohen Niveau, haben sich sogar über die Zeit hinweg stetig verschlechtert.
- „Konstant hoch“ waren die depressiven Symptome bei 34 Prozent der untersuchten Kohorte.
- „Größtenteils ohne jegliche Symptome“ über den gesamten Untersuchungszeitraum waren demgegenüber lediglich 10 Prozent der schwulen Männer.
- Die eine deutliche Veränderung, die gruppenbezogen festgestellt wurde, wurde als „zunehmende Verschlechterung“ über die Jahre/Jahrzehnte hinweg beschrieben. Diese betraf 21 Prozent der Teilnehmer.
- Die andere deutliche Veränderung ging in die andere Richtung: 17 Prozent des Samples berichtete von einer „zunehmenden Besserung“ der Symptome bis 2012.



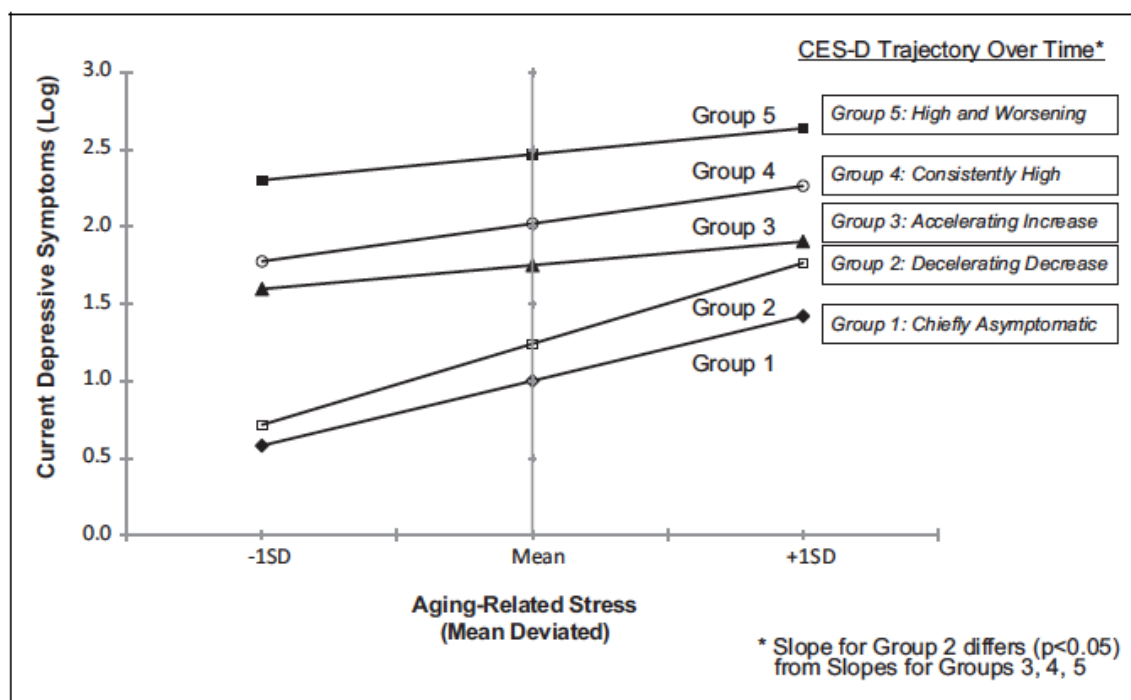
**Figure 2.** 28-Year depressive symptom trajectories among gay men aged 48–78 years in 2012/2013 ( $N = 312$ ).

Abb. 6: Depressive Verlaufsformen bei schwulen Männern zwischen 48 und 78 Jahren im Zeitraum von 1984 bis 2012 (Wright et al. 2016)

Dreierlei scheint mir hier wichtig hervorzuheben: Erstens die insgesamt starke Ausprägung von depressiven Symptomen, die leider nicht wirklich überraschend ist, steht sie doch in Einklang mit den oben ausgeführten Befunden. Dennoch sind mehr als 50 Prozent der Befragten, die über starke depressive Symptome berichtet, ein Anlass zur Besorgnis. Zweitens scheinen die Beeinflussungsmöglichkeiten depressiver Verläufe eher gering zu sein. Etwas mehr als ein Drittel (38%) der Befragten weisen Veränderungen auf, in einem positiven Sinn der Besserung sind es lediglich 17 Prozent. Das hinterlässt den Leser eher wenig optimistisch, was Präventions- und Interventionsmöglichkeiten angeht. Drittens weist das auf einen sehr starken

und stabilen Faktor hin, der in der schwulen Lebensweltlichkeit gesundheitsprägend ist. Ihn anzugehen, sollte hohe Priorität haben, doch dürfte es extrem schwierig sein, ihn zu eliminieren. Es dürfte nicht überraschen, wenn die Autoren der Studie den Minoritätenstress, also die Folgen des gesellschaftlichen Stigmas der Homosexualität mit seinen vielfachen (oben z.B. als internalisierter Heterosexismus aufgenommenen) Implikationen fürs Subjekt dafür wesentlich verantwortlich machen. Selbst in Zeiten einer wachsenden Akzeptanz nicht-heterosexueller Lebensweisen, so schreiben die Autoren, sei sexueller Minoritätenstress emotional schädlich für schwule Männer, nicht nur im Kontext des Coming-Out, worauf das *Minority Stress Model* deutlich hinweist, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg.

Wright et al. (2016) haben in ihrer Studie neben dem Minoritätenstress noch den spezifisch altersbezogenen Stress miteinbezogen und versucht, dessen Einfluss auf die psychische Gesundheit schwuler Männer zu erfassen. In allen fünf Gruppen lässt sich eine Zunahme der depressiven Symptomatik durch Altersstress feststellen. Interessant ist gleichwohl, dass diese Zunahme unterschiedlich ausfällt. Sie fällt besonders deutlich bei den beiden Gruppen aus, die über eher geringere depressive Symptome berichten (siehe Abbildung 7). Dieser Befund ist indes konsistent mit der Behauptung der Zentralität von Minoritätenstress, der offenbar weitere Belastungsfaktoren in seiner Bedeutung überlagert.



**Figure 3.** Effect of historical CES-D trajectory group membership on the association between aging-related stress and depressive symptoms. CES-D = Center for Epidemiologic Studies–Depression.

Abb. 7: Altersbezogener Stress und depressive Symptome (Wright et al. 2016).

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass in den gesichteten Studien weitgehend Konsens besteht im Hinblick auf die Bedeutung der Stigmatisierung von Homosexualität, die im Sinne des *Minority Stress Model* als empfundener Minoritätenstress – und nicht zuletzt als verinnerlichte Heteronormativität – die psychische Gesundheit schwuler Männer tiefgreifend und weitreichend beeinflusst und vielfach belastet und beschädigt. (Eine interessante Ausnahme

stellt, das soll nicht verschwiegen werden, die Dissertation von Ned James Beedie (2016) dar, die anzeigt, dass schwule Männer auch bei einem sehr hohen Level an internalisierter Homophobie eine insgesamt hohe Lebenszufriedenheit und ein hohes subjektives Wohlbefinden im Alter aufweisen können; wie dies genau zu verstehen sei, müsse, so der Autor, gleichwohl in weiterer Forschung untersucht werden.)

### 5 Physische Belastungen am Beispiel von HIV/Aids

Die Studie von Wallace et al. (2011) weist zugleich darauf hin, dass schwule Männer und bisexuelle Männer im Alter auch von im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höheren körperlichen (physischen) Gesundheitsbelastungen betroffen sind. Die Autoren haben dabei, den verwendeten Survey-Daten folgend, auf chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes fokussiert. Die offensichtlichste Gesundheitsbelastung in der Gruppe schwuler Männer betrifft gleichwohl die Infektion mit HIV. Schwule Männer stellen im Globalen Norden die am stärksten von der Pandemie betroffene Gruppe dar. Das betrifft zunehmend auch die spezifischere Gruppe älterer schwuler Männer, die vor allem durch die Behandelbarkeit der Infektion in den kommenden Jahren und Jahrzehnten voraussichtlich stark anwachsen wird. Im Kontext mit einer HIV-Infektion ergeben sich bestimmte Gesundheits Herausforderungen, die strukturell über diejenigen hinausgehen, die älter werdende Menschen ohne HIV betreffen. HIV ist damit nicht nur eine zentrale physische Gesundheitsbelastung in der Gruppe älter werdender schwuler Männer, sondern zieht weitere ernsthafte gesundheitliche – physische wie psychische – sowie psychosoziale und sozioökonomischen Probleme nach sich.

Während in der interdisziplinären Alter(n)sforschung ältere Menschen in der Regel als jene definiert werden, die über 65 Jahre alt sind (in den für diesen Bericht gesichteten Studie wurde die Grenze mitunter viel früher gesetzt, diese Setzung bleibt zugleich unbegründet), umfasst dem medizinischen HIV-Diskurs zufolge die Gruppe der „älteren Betroffenen“ alle Infizierten, die bereits das 50. Lebensjahr erreicht haben (vgl. Poindexter & Keigher, 2004; Sankar, Nevedal, Neufeld, Berry & Luborsky, 2011; Brennan et al., 2013). Diese Konvention kann als Ausdruck des mit HIV früher verbundenen begrenzten Lebenserwartungshorizonts angesehen werden; sie bildet zugleich Annahmen eines mit der HIV-Infektion zusammenhängenden früheren Alterungsprozesses ab (Deeks & Phillips, 2009; Martin & Volperding, 2010; Justice, 2012). Es liegen dabei Hinweise vor, dass das alternde Immunsystem anders auf die HIV-Infektion und die antiretrovirale Therapie reagiert als das Immunsystem junger Menschen (Avelino-Silva, Ho, Avelino-Silva & De Sousa Santos, 2011). Das Risiko kognitiver Beeinträchtigungen scheint erhöht (Hardy & Vance, 2009; Valcour 2013). Aktuell wird in der biomedizinischen Forschung fokussiert die Rolle von Komorbiditäten untersucht, die bei älteren Menschen mit HIV wahrscheinlich werden (vgl. Deeks, Lewin & Havlir, 2013; Reiss, 2014).

Basierend auf der konventionalisierten Altersdefinition weisen die *Centers of Disease Control and Prevention* in den USA darauf hin, dass der Anteil der älteren Menschen unter den HIV-Infizierten von 2001 auf 2007 um 10 Prozentpunkte von 17 auf 27 Prozent angestiegen ist, in einer Metropole wie New York City sogar um 13 Prozentpunkte von 22 auf 35 Prozent (GMHC, 2010). Da angenommen wird, dass diese Entwicklung sich weiter verstärken wird, gehen Schätzungen davon aus, dass schon 2015 die Hälfte aller Menschen mit HIV und Aids in den USA 50 Jahre und älter sein werden (vgl. Luther & Wilkin, 2007).

Andere europäische Länder berichten von ähnlichen Entwicklungen. In den Niederlanden stieg nach Berechnungen der *HIV Monitoring Foundation* der Anteil der HIV-Infizierten, die 50 Jahre und älter waren, von 10 Prozent im Jahr 1996 auf 27 Prozent im Jahr 2008. Für 2015 wird erwartet, dass dieser Anteil bei 41 Prozent der HIV-Infizierten liegen wird (Knecht-van Eekelen, 2010; zum Vereinigten Königreich siehe Health Protection Agency, 2010). Eine informelle Übersicht des Robert-Koch-Instituts (RKI) zeigt, dass im Jahr 2012 etwa ein Drit-

tel der 80.000 HIV-positiven Menschen in Deutschland das 50. Lebensjahr erreicht hatten. Seitdem dürfte sich dieser Anteil, ähnlich wie in den Niederlanden, weiter erhöht haben.

Diese in vielen Ländern des Globalen Nordens festzustellende Entwicklung lässt sich auf zwei Faktoren zurückführen: Zum einen steigt durch die zunehmende Effektivität und weite Verbreitung der antiretroviralen Therapie die Lebenserwartung HIV-Positiver deutlich an. Zum anderen nimmt auch das durchschnittliche Lebensalter sowohl für den Zeitpunkt der HIV-Infektion als auch den der Erstdiagnose der HIV-Infektion zu. In dieser Hinsicht weisen etwa Inelmen et al. (2014) darauf hin, dass medizinische Versorger\*innen bei älteren Menschen oftmals eine HIV-Infektion nicht in Betracht ziehen, da sie von der stereotypen Vorstellung von sexuell nicht aktiven Älteren ausgehen. Dabei seien gerade eine unverzügliche Diagnose und Behandlung der HIV-Infektion bei älteren Menschen aufgrund der allgemeinen Gebrechlichkeit und Komorbiditäten von besonderer Wichtigkeit.

Obwohl sich internationale Studien bereits seit mehreren Jahren mit den psychosozialen Aspekten des Älterwerdens mit HIV und Aids beschäftigen (Nichols, Speer, Watson, et al., 2002; Brennan, Karpiak, Shippy & Cantor, 2009; Power, Bell & Freemantle, 2010), liegen aus Deutschland bisher kaum entsprechende Untersuchungen vor. Zu nennen ist hier vor allem die Studie „Die ältere Patientin/der ältere Patient 50/2010“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte für die Versorgung HIV-Infizierter (DAGNÄ) vor, die von 2008 bis 2010 durchgeführt wurde. Die Studie war als Kontrollgruppen-Vergleichsstudie angelegt und lieferte hauptsächlich Ergebnisse zu klinisch relevanten Fragestellungen. 250 über 50jährige HIV-Patient\*innen sowie – als Kontrollgruppen – 250 HIV-negative Patient\*innen mit einer chronischen Erkrankung (Diabetes) und 250 HIV-negative Patienten ohne chronische Erkrankung, wurden über zwei Jahre im Abstand von sechs Monaten untersucht. Dabei wurden der körperliche Gesundheitszustand (u.a. die Vitalfunktionen und Komorbiditäten), der psychische Gesundheitszustand (Depressionen und Ängste), der subjektive Gesundheitszustand (gesundheitsbezogene Lebensqualität), sowie gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (sportliche Aktivität und Sexualität) erhoben (Wolf & Jäger, 2008). Zu den Ergebnissen liegen indes nur Posterpräsentationen vor. Darüber hinaus fehlen belastbare Forschungsbefunde zu den psychosozialen Aspekten des Älterwerdens mit HIV und zu den damit verbundenen Versorgungsbedarfen in Deutschland bislang gänzlich. Bemerkenswert ist, dass auch im Rahmen der internationalen Versorgungsforschung keine Studien identifiziert werden konnten, die sich mit den Anforderungen an das Versorgungssystem, die sich aus den psychosozialen Bedürfnissen älterer Menschen mit HIV und Aids ergeben, befassen.

In der psychiatrischen Forschung stehen Aspekte der psychischen Gesundheit älterer HIV-positiver Menschen im Zentrum. Hier zeigt sich, dass ältere Infizierte stärker von psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Alkohol- und Substanzmissbrauch, betroffen sind (Justice et al., 2004; Green et al. 2010; Hansen, Harrison, Fambro, Bodnar, Heckman & Sikkema, 2012; Brennan, Porter, Seidel & Karpiak 2014; Heckman et al. 2014). Verglichen mit gleichaltrigen HIV-Negativen wurde bei älteren HIV-Positiven ein höherer Anteil Substanzkonsumierender festgestellt (Green et al. 2010; siehe jedoch die Kritik zur Datenlage bei Emler, 2014). Brennan et al. (2014) stellten in ihrer Untersuchung des Substanzkonsums und sexuellen Risikoverhaltens von MSM auf Basis einer Stichprobe von 239 älteren schwulen und bisexuellen Männern fest, dass bisexuelle Männer im Gegensatz zu den schwulen Männern eher zum Tabak-, Kokain-, Crack- und Heroinkonsum neigten, schwule Männer hingegen signifikant eher zum Crystal Meth, Partydrogen, Poppers und Medikamenten für erektile Dysfunktionen. Das sexuelle Risikoverhalten betreffend zeigte die logistische Regressionsanalyse, dass der Konsum von Poppers und Medikamenten für erektile Dysfunktionen, die eher von schwulen Männern konsumiert werden, die Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Sex erhöhten. Eine Reihe von Untersuchungen machen darüber hinaus darauf aufmerksam, dass ältere Menschen mit HIV stärker unter Einsamkeit, einem fehlenden bzw. brü-

chigen, nicht-funktionalem Netzwerk leiden als ältere Menschen ohne HIV, was häufig zur sozialen Isolation führe (Brennan, Karpiak, Shippy & Cantor, 2009; Wallach & Brotman, 2012; High, Brennan-Ing, Clifford, Emler, Brennan, Brennanstuhl, Rueda & Hart, 2013; Siemon, Blenkhorn, Wilkins, O'Brien & Solomon, 2013; Beuthin, Bruce & Sheilds, 2014). Auch die wahrgenommene und erlebte Stigmatisierung und das *Disclosure* beeinträchtigen die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität bei älteren Menschen mit HIV und Aids (Emler 2006; Beuthin, Bruce & Sheilds, 2014). In sozialer Hinsicht stellen aufgrund oftmals nur kurzer Arbeitsbiographien Armut und mangelnde soziale Absicherung für viele ältere HIV-Infizierte ein drängendes Problem dar, in der Regel ausgelöst durch Frühverrentungen und andere krankheitsbedingte Phasen der Erwerbslosigkeit (Pitts, Grierson & Misson, 2005; Langer, 2011; Wallach & Brotman, 2012; Balderson, Grothaus, Harrison, McCoy, Mahoney & Catz, 2013; Beuthin, Bruce & Sheilds, 2014).

Im Folgenden möchte ich zur Frage nach den Implikationen einer HIV-Infektion für das Älterwerden schwuler Männer einige ausgewählte Ergebnisse aus der Studie *50plusHIV* anführen, die zwar im Sinne des Berichts keine explizit internationale Studie darstellt, sondern auf Deutschland bezogen ist. Das scheint mir indes legitim, denn an diese Stelle haben wir etwas Deutschland-spezifisches vorzuweisen (was in Bezug auf die anderen Aspekte nicht oder eher spärlich vorhanden ist); zugleich bilden diese Befunde auch die internationale Forschungslage recht gut ab.

Kurz zur Studie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Hector-Stiftung mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. durchgeführt wurde: Es handelte sich um eine Mixed-Methods-Studie mit einem qualitativen Studienarm, der an der Goethe-Universität verortet war, und einem quantitativen, der an der Freien Universität Berlin durchgeführt wurde. Der Forschungsbericht liegt der DAH vor (Drewes & Langer 2016). Er wird derzeit zur Veröffentlichung vorbereitet.



Hier werde ich mich auf ausgewählte Befunde des quantitativen Studienarms, der von Dieter Kleiber und Jochen Drewes verantwortet wurde, konzentrieren. Die Befunde basieren auf einer standardisierten Fragebogenuntersuchung mit 906 Befragten (Altersdurchschnitt 57,3 Jahre, Range 50-83 Jahre; 78% schwule und bisexuelle Männer; 72% der Befragten gaben die Dauer ihrer HIV-Infektion mit mehr als 10 Jahren an). Es handelt sich um die erste größere Befragung zum Thema Altern im HIV-Kontext in Deutschland. Gleichwohl ist die Studie natürlich nicht repräsentativ; so sind HIV-Positive mit höherem soziökonomischen Status über-, mit mittlerem und vor allem geringem soziökonomischen Status unterrepräsentiert. Dieser Bias ist ein Problem zahlreicher Studien, die für den vorliegenden Bericht gesichtet wurden. Ein weiteres Problem bezieht sich indes auf einen Aspekt, den ich in Bezug auf die Forschungslage insgesamt kritisiert habe, der aber auch den bisher verfassten Bericht zur Studie *50plusHIV* betrifft: Die Auswertungen im Be-

richt sind nicht immer MSM-spezifisch ausgewiesen; entsprechende Detailauswertungen müssen noch vorgenommen werden. Aufgrund der schwulen Identifizierung der überwieg-



den Mehrzahl der Befragten in der Studie können die folgenden Angabe jedoch als entsprechende Annäherungswerte gelesen werden.

Ein für unsere Fragestellung interessanter Befund betrifft die hohe Zahl der Befragten mit mehreren physischen Belastungen über HIV hinaus. Einige dieser Komorbiditäten lassen sich als HIV-bezogen beschreiben (sind also Folge der Infektion und/oder der HIV-Therapie) wie z.B. Polyneuropathie (44% der Befragten gaben an, darunter schon einmal gelitten zu haben) oder Lipodystrophie (32%); andere sind signifikante Ko-Infektionen wie Hepatitiden (22% HBV, 15% HCV), andere wiederum, wie Bluthochdruck (39%) sind durchaus in Bezug auf die Prävalenz im Sample vergleichbar mit HIV-unabhängig zusammengestellten Samples älter werdender schwuler Männer (siehe dazu Abschnitt Nr. 3 oben).

	Lebenszeitprävalenz (%)	aktuell behandelt (%)
Polyneuropathie	44	15
Bluthochdruck	39	35
chronisches Schmerzleiden	37	18
Lungenerkrankung	35	12
Lipodystrophie/ Lipoatrophie	32	4
Erkrankung des Verdauungssystems	26	13
Konzentrationsschwierigkeiten	22	5
Hepatitis B	22	4
Lebererkrankung	21	7
Hepatitis C	15	3
rheumatische Erkrankung	14	6
Herzerkrankung	13	9
KHK	11	9
Diabetes mellitus	10	8
Nierenerkrankung	10	4
Erkrankung des ZNS	8	5
periphere arterielle Verschlusskrankheit	8	5
Osteoporose	8	5
Herzinfarkt, Angina Pectoris	6	6
Schlaganfall	5	4

Abb. 8: Komorbiditäten HIV-positiver älterer Menschen in Deutschland (Studie 50plusHIV; n=906)

In Regel berichteten die Befragten die Diagnose und das aktuelle Vorliegen nicht nur einer Erkrankung. Bemerkenswert ist, dass die Zahl der Gesundheitsbelastungen am höchsten in der Gruppe der HIV-Positiven mit geringem sozioökonomischen Status war.

In Bezug auf das Vorliegen von Depressionen zeigte die Studie eine deutlich höhere Prävalenz sowohl im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als auch zu den oben skizzierten Ergebnissen internationaler Studien zu schwulen Männern unabhängig von deren HIV-Status. Interessant ist, dass die relative Zahl der Befragten, die eine Depression berichteten, mit steigendem Alter abnahm. Gaben 50 Prozent der Befragten zwischen 50 und 59 Jahren schon einmal eine Depression gehabt zu haben, waren es in der Gruppe der HIV-Positiven über 70 Jahren „nur“ noch 19 Prozent. Das entspricht jedoch der oben angedeuteten aktuellen Forschungslage (vgl. RKI, 2008). Zudem scheinen sich die Prävalenzen bei Menschen mit und ohne HIV im höheren Alter tendenziell anzugleichen.

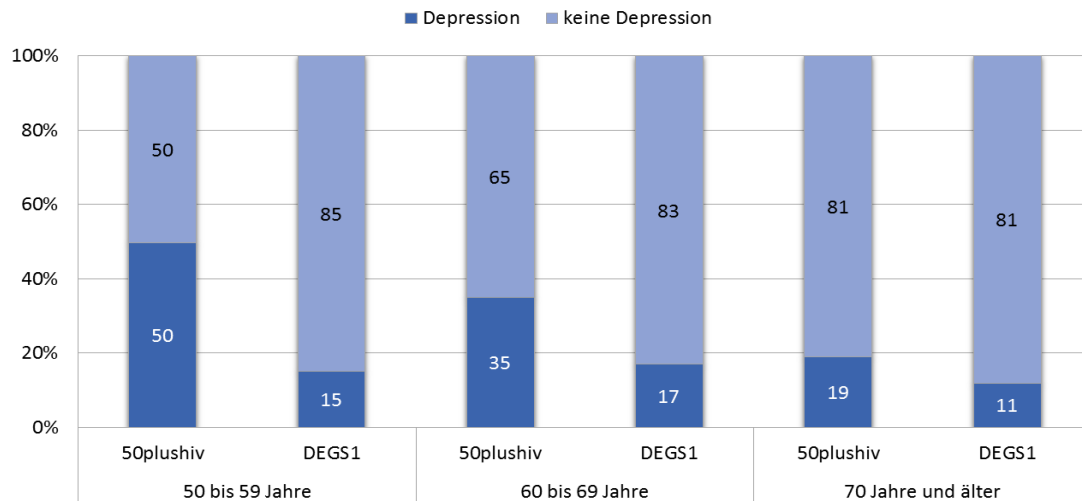


Abb. 9: Lebenszeitprävalenz diagnostizierter Depressionen (50plusHIV  $n=900$ ; DEGS1  $n = 7.912$ )

Von großer Bedeutung stellt sich jedoch der materielle Hintergrund dar: Je geringer der sozioökonomischen Status und je geringer die soziale Unterstützung, je höher die erfahrenen Stigmaerfahrungen und das je höher das internalisierte Stigma, desto häufiger und desto schwerer waren im Studiensample die berichteten Depressionen.

In Ergänzung dazu kann die US-amerikanische Studie von Slater et al. (2013) etwas Licht auf die Faktoren werfen, die die Lebensqualität HIV-positiver Männer wesentlich beeinflussen. Die Studie ist insofern von besonderem Interesse, weil sie explizit auf älter werdende schwule Männer fokussiert und in ihrem Sample einen hohen Anteil von HIV-positiven schwulen Männern aus unteren Einkommensklassen aufweist (54% der Befragten gaben ein jährliches Einkommen von unter 20.000 Dollar an). An der mit standardisiertem Fragebogen durchgeführten Studie nahmen 60 Männer im Alter von 50 bis 65 Jahren teil. In der statistischen Analyse der Daten (lineare Regressionsanalyse) ergaben sich vier Prädiktoren für die Lebensqualität: emotionale Unterstützung erwies sich als einziger positiver Prädiktor; negative Prädiktoren waren Komorbiditäten, HIV-Stigma und emotionsbezogenes Coping. Auf die Bedeutung unterschiedlicher Arten von Unterstützung wird im nächsten Abschnitt genauer einzugehen sein. Dass das gleichzeitige Vorliegen von anderen Erkrankungen und die Wahrnehmung bzw. Erfahrung von HIV als Stigma sich negativ auf die empfundene Lebensqualität auswirkt, ist nicht verwunderlich. Für die psychosoziale Beratung von älter werdenden HIV-positiven Männern könnte jedoch der Befund wichtig sein, dass emotionsbezogenes Coping offenbar wenig produktiv in Bezug auf die empfundene Lebensqualität ist. Während problembezogene Bewältigungsstrategien auf einen bewussten und rationalen Umgang mit einem Problem abzielen, die eigene Kontrollüberzeugung und damit Handlungswirksamkeit stärken, erscheinen emotionsbezogene Strategien (etwa ein Sich-Ablenken von einer wahrgenommenen Heraus-

forderung, also dem Ineinandergreifen von HIV, Homosexualität und Alter, Rückzug mit Verleugnung, Übernahme von schambesetzten Stigmazuweisungen) wenig hilfreich zu sein. Im Gegenteil weisen sie einer Zunahme psychischer Belastungen mit Tendenzen in Richtung gesundheitsschädigenden Verhaltens den Weg.

In einer sehr aktuellen Studie von Emlert et al. (2017) wird anhand eines Subsamples einer US-amerikanischen Längsschnittstudie, das 335 ältere schwule und bisexuelle Männer umfasst, der Frage nachgegangen, welche Faktoren zu einer Stärkung von Resilienz und „Mastery“ (was sich vielleicht als „Meisterung von Lebensherausforderungen“ übersetzen lässt) im Kontext von HIV beitragen. Von den Ergebnissen der Studie ist zum einen hervorzuheben, dass Erfahrungen der Viktimisierung (etwa in Form homophober und/oder HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung) negativ mit „Mastery“ assoziiert waren, zum anderen, dass soziale Unterstützung und auch Engagement in (schwulen) Community-Kontexten positiv mit Resilienz und „Mastery“ zusammenhängen.

## 6 Bedeutungen sozialer Unterstützung

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass für das subjektive Wohlbefinden als Element von und Indiz für die Gesundheit schwuler Männer, die ins Alter kommen, soziale Unterstützung von besonderer Bedeutung ist. Dabei wurde mitunter darauf hingewiesen, dass das Ausmaß sozialer Unterstützung mit dem sozioökonomischen Status der Befragten zu tun hat. Ein niedrigerer sozioökonomischer Status ist in vielen Studien mit einem geringeren Ausmaß sozialer Unterstützung verbunden. Was genau aber soziale Unterstützung bedeutet und wie diese die Gesundheit beeinflusst, ist Gegenstand von mehreren einschlägigen Studien, von denen ich im Folgenden eine herausgreifen möchte. Lyons (2016) untersuchte in seiner Studie 242 sich als schwul identifizierender Männer über 50 Jahren in Australien und fragte dabei nach dem Einfluss unterschiedlicher Arten sozialer Unterstützung auf den empfundenen Stress. Er hat dabei verschiedene Akteure in den Blick genommen, die prinzipiell in der Lage sind, soziale Unterstützung zu gewährleisten, etwa enge Freunde, Familie oder die schwule Community im Ganzen.

Der Autor differenziert zwischen drei unterschiedlichen Arten sozialer Unterstützung, die er mit Hilfe einer verkürzten Version eines etablierten und standardisierten Messinstrumentes – dem *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) – erhob. Ich habe den englischsprachigen Fragebogen in den Anhang (siehe Abschnitt Nr. 10) zu diesem Bericht gestellt. Die drei Unterstützungsarten sind (jeweils mit einer beispielhaften, ad hoc auf Deutsch übersetzten Aussage aus dem ISEL ergänzt, zu der die Befragten mittels 4-er Skala Stellung nehmen sollten):

- *Appraisal Support* lässt sich als emotionale Unterstützung verstehen, etwa im Sinne des Vorhandenseins von Bezugspersonen, mit denen man über Probleme sprechen kann: „Es gibt mehrere Menschen, bei denen ich sicher bin, dass sie mir helfen, meine Probleme zu lösen.“
- *Belonging Support* bezieht sich auf das Ausmaß an sozialer Integration im Sinne des Vorhandenseins von Bezugspersonen, mit denen man etwas unternehmen kann: „Wenn ich mit jemandem zusammen Mittag essen wollte, würde ich leicht jemanden finden, der mir Gesellschaft leistet.“
- *Tangible Support* meint das Vorhandensein von Bezugspersonen, die einem konkrete praktische oder materielle Unterstützung im Alltag leisten können, etwa: Wenn ich Hilfe bei der Reparatur meines Autos bräuchte, ist jemand da, der mir helfen würde.“

Der Vollständigkeit halber: Eine vierte Art sozialer Unterstützung, die in der Studie von Lyons (2016) nicht einbezogen, im ISEL jedoch abgebildet ist, bezieht sich auf die Selbstwertunterstützung (engl. *Self-esteem Support*, zum Beispiel: „Die meisten meiner Freunde sind

interessanter als ich.“)

Sieht man sich die Unterstützungsweisen in ihrem Einfluss auf das Empfinden psychologischen Stresses der älteren schwulen Männer in der Studie von Lyons (2016) an, so zeigt sich, wenig überraschend, dass Stressbelastungen weniger wahrscheinlich waren, wenn die Männer eine der Unterstützungsformen – emotionale oder praktische Unterstützung oder Unterstützung durch Zugehörigkeit – erhielten. Interessanterweise waren dabei aber die entsprechenden sozialen Bezüge von Bedeutung: So hatte Unterstützung durch heterosexuelle Freude oder die schwule Community oder Hilfseinrichtungen keinen Einfluss auf die Empfindung von Stress. Analytierte man den Einfluss aller Unterstützungsarten zusammengenommen, so gibt sich indes ein bemerkenswerter Befund: Lediglich emotionale Unterstützung konnte vom Autor als bedeutsamer Einflussfaktor bestimmt werden. Es scheint, so Lyons, dass emotionale Unterstützung eine weit größere Bedeutung in Bezug auf die psychische Gesundheit älter werdener schwuler Männer hat als jede andere Form der Unterstützung. In dieser Hinsicht plädiert er (etwas allgemein und ohne auf konkrete Projekte einzugehen) für eine Stärkung von Maßnahmen, die den Zugang zu emotionaler Beziehung für diese Männer ermöglichen.

Diese Aussage klingt trivial, sollte aber nicht als Plattitüde abgetan werden, spiegelt sie doch vielfach die Ängste von älter werdenden schwulen Männern vor dem Verlust sozialer Beziehungen wieder, vor zunehmender sozialer Isolation und – im Kontext mit einer abnehmenden Mobilität und Hilfsbedürftigkeit – vor dem Ausgesetztsein weiterhin als stigmatisierend wahrgenommener Einrichtungen des Versorgungssystems (Alters- und Pflegeheime). Eine Reihe z.T. sehr aktueller Studien geht eben diesen Ängsten nach. So weisen Czaja et al. (2015) im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie auf folgende Sorgen älter werdender schwuler, bisexueller und lesbischer Menschen hin: Mangel an finanzieller Sicherheit, Mangel an sozialer Unterstützung und/oder Familienanbindung, Angst vor dem Mangel an instrumenteller Unterstützungsmöglichkeit (in Bezug auf Pflege), Diskriminierung im Gesundheitsbereich (siehe dazu auch die Dissertation von Versteeg 2016).

Fredriksen-Goldsen et al. (2017) rekonstruieren anhand statistischer Analysen aus einem umfangreichen Survey mit fast 2.500 schwulen, bisexuellen und lesbischen Befragten „Kaskadeneffekte der Marginalisierung“ und „Pfade der Resilienz“. Interessant – wenngleich auch nicht unerwartet – ist dabei unter anderem, dass die Art und Weise des Umgangs mit der eigenen Homosexualität einen wesentlichen Einfluss auf die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung und damit auf die psychische Gesundheit hat. Offene Identitätsartikulationen (also ein offenes Schwulsein in unterschiedlichen sozialen Kontexten wie Familie, Freunde, Beruf) hingen in der Studie mit großen sozialen Unterstützungsressourcen und gutem Gesundheitszustand zusammen. Problematisch erwiesen sich demgegenüber biographische Marginalisierungserfahrungen (siehe die Studie von Emler 2017 oben), die über weniger offene, sehr selektive Umgangsweisen mit der eigenen Homosexualität in weniger Ressourcen sozialer Unterstützung resultierten, was zu einer weiteren Marginalisierung und insgesamt schlechteren Gesundheitszuständen beiträgt. Eben das verstehen die Autorinnen als Kaskadeneffekte.

Die vorliegenden Studien zeigen sehr deutlich: Soziale Unterstützung ist nicht gleich soziale Unterstützung. Nicht nur – und nicht einmal primär – ist es die Größe des sozialen Netzwerkes, das von Bedeutung ist; vielmehr ist es die Qualität der sozialen Beziehungen, die mit unterschiedlichen Akteuren anders gestaltet werden. So weisen Kim et al. (2017) darauf hin, dass das beste Gesundheits-Outcome bei älter werdenden schwulen, bisexuellen und lesbischen Menschen (hier wieder einmal: in den USA) durch ein möglichst diverses bzw. diversifiziertes soziales Netzwerk erzielt werden könne.

## 7 Bewertung der Forschungslage

Die hier vorgestellten ausgewählten internationalen Studien zum gesunden Altern schwuler Männer lassen sich sicherlich nicht 1:1 auf den deutschen Kontext übertragen. Zwar ist davon auszugehen, dass psychosoziale Dynamiken der Stigmatisierung aufgrund von Homosexualität (und HIV) zumindest, aber wohl nicht nur, im Globalen Norden insgesamt virulent sind und die damit einhergehenden gesundheitlichen Belastungen, die die Studien deutlich aufzeigen, für die deutsche Debatte von großer Bedeutung sind. Die sozialen und gesellschaftspolitischen Artikulationskontexte von schwuler Identität und die damit einhergehenden Handlungskontexte sind indes verschieden; insbesondere das Community-Konzept, mit dem viele US-amerikanische, aber auch australische Studien operieren und über das Möglichkeiten der sozialen Unterstützung untersucht werden, scheint für schwule Lebenswirklichkeit in Deutschland nur von begrenzter Tragfähigkeit zu sein (vgl. Langer 2009). Auch macht es die vielfache Vermengung von schwulen, bisexuellen und lesbischen älteren Menschen in den Studiensamples – bzw. genauer: in den in den Publikationen dargelegten Analysen und Befunden – mitunter schwierig, die spezifischen gesundheitlichen Herausforderungen und Ressourcen schwuler Männer zu identifizieren und zu verstehen. Zu berücksichtigen ist zudem der sozioökonomische Bias in zahlreichen Studien, in denen ältere Menschen mit sozioökonomisch „niedrigerem“ Status unterrepräsentiert sind. In gesellschaftspolitischer Sicht dürften jedoch nicht zuletzt ältere Schwule in – auch sich sozioökonomisch abbildenden – Multiproblemlagen in den Blick genommen werden.

Dennoch möchte ich abschließend – thesenartig – einige Implikationen benennen, die sich mir auf Basis der gesichteten Studien für den deutschen Kontext aufdrängen:

- Die im Vergleich zur älter werdenden Allgemeinbevölkerung deutlich höheren gesundheitlichen Belastungen älter werdender schwuler Männer, die in dem Bericht anhand von signifikant erhöhten Prävalenzen von psychischen Problemen wie Depressionen und physischen Erkrankungen wie HIV sowie unterschiedlichen chronischen Alterserkrankungen angeführt wurden, ist für mich auch in Bezug auf Deutschland kaum zu bestreiten. Mit dem *Minority Stress Model* (Meyer 2003) liegt ein nach wie vor (trotz seiner gewissen Statik und Unterkomplexität) brauchbares und einsichtsreiches Modell vor, das diese Belastungen mit den Stigma-Erfahrungen von nicht-heterosexuell identifizierten Menschen unter heteronormierenden gesellschaftlichen Bedingungen zusammenbringt. Die Reduktion stigmatisierender, diskriminierender und gewaltförmiger Lebensbedingungen schwuler Männer – lange schon, bevor sie ins Alter kommen, aber nicht zuletzt auch im Alter selbst – stellt eine fortdauernde gesellschaftspolitische Aufgabe dar.
- Die Bedeutung sozialer Unterstützung für ein gesundes Altern gerade unter diesen erschwerten Lebensbedingungen schwuler Männer scheint mir ebenfalls aus den Studien deutlich hervorzugehen und auf den deutschen Kontext übertragbar zu sein. Gleichwohl dürfte es notwendig sein, stärker zwischen gruppenbezogenen Bedarfen zu differenzieren: Die unterschiedlichen Unterstützungsarten (emotional, praktisch, im Sinne von Zugehörigkeit) erfahren wahrscheinlich in unterschiedlichen Lebenslagen (und auch zu unterschiedlichen Zeiten in der Biographie älterer schwuler Männer) je unterschiedliche Gewichtung. Dabei spielen wohl sozioökonomische Hintergründe, aber auch sozialräumliche Verortungen, die in den vorgestellten Studien wenig Berücksichtigung finden und in Deutschland strukturell anders gelagert sind als etwa in den USA und Australien, eine wichtige Rolle. Eine Bedarfsanalyse und darauf abgestimmte institutionelle Angebote, die gerade auf diejenigen abzielen, die über weniger soziale Unterstützungsressourcen verfügen, wären anzuraten.

- Insgesamt erscheint das Altern schwuler Männer gesundheitsbezogene Aspekte zu betreffen, von denen einige wesentliche mit der sexuellen Identität/Präferenz zu tun haben, andere jedoch eher unabhängig davon zu verstehen sind. So sind Ängste vor Vereinsamung oder dem Verlust von Mobilität oder dem Verlust von physischer Attraktivität sicherlich nicht schwulenspezifisch, sondern finden sich auch in ähnlicher Weise in der Allgemeinbevölkerung, nicht nur, aber themenspezifisch gerade bei Männern. Hier eröffnet sich die Perspektive für neue gesellschaftspolitische Allianzen jenseits einer imaginierten schwulen „Community“ und über Fragen der sexuellen Präferenz hinausgehend. Dazu gibt es, soweit ich das sehe, bislang keine einschlägige Forschung.
- Die Forschungslage weist durchaus signifikante Lücken auf, die nicht nur die angesprochene Unterrepräsentativität von älteren schwulen Männern aus sozioökonomisch schlechter gestellten Verhältnissen oder aus eher ländlich geprägten Regionen, in denen die schwule Infrastruktur der Metropolen weitgehend fehlt, betreffen, sondern unter anderem auch die ebenfalls angesichts des demographischen Wandels gegebene Perspektive eines schwulen Älterwerdens von Menschen mit (sehr vielfältigen) Migrationshintergründen.

## 8 Literaturverzeichnis mit Abstracts

1. Barrett, A. & Barbee, H. (2016). Variation in Subjective Aging by Sexual Minority Status: An Examination of Four Perspectives. *International Journal of Aging and Human Development*, Ahead of publication: The past few decades have seen increased scholarly attention to gay and lesbian individuals' aging experiences; however, few studies examine differences in subjective aging by sexual minority status. We identify four perspectives on the association between sexual minority status and subjective aging-double jeopardy, crisis competence, gender interactive, and limited salience perspectives. We examine each perspective's predictions using data from the first wave of Midlife in the United States (1995-1996; MIDUS). Ordinary least square regression models reveal strongest support for the limited salience perspective, suggesting that sexual minority status has weaker effects on subjective aging than do other social factors, such as age, health, and gender. However, some results provide support for the gender interactive perspective, positing that the effect of sexual minority status on subjective aging varies by gender. Our study provides an organizational framework of theoretical perspectives that can guide further examinations of variation in aging experiences by sexual minority status.
2. Beedie, N. J. (2016). *Aging Gay Men: An Examination of the Life Satisfaction and Well-Being between Younger and Older Gay Males*. Dissertation. Los Angeles: International University Los Angeles: Very little research exists on the process of aging among gay men. The number of men selfidentifying as gay over the age of 65 will be close to a million and a half by 2030. However, what is known about how these men have aged, what they experience, and will experience is mostly unknown. This study examined the relationship among internalized homophobia, life satisfaction, and well-being related to aging in 209 gay men between the ages of 18 to 77 ( $M = 42.86$ ;  $SD = 14.83$ ). Participants completed online versions of the Internalized Homophobia Scale (Wagner et al., 1994), Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985), and the Wellbeing of Gay Men Scale, which was constructed for this study. The Well-being scale consisted of two vignettes that differed only in the age of the character (25 or 65 years), and 10 questions designed to evaluate the well-being of the character. Covariates were identified for the outcome variables, and the scores for each measure were found to be normally distributed. As expected, a significant one-tailed partial correlation between internalized homophobia and age emerged. Contrary to expectation, the 156 White/Caucasians had a significantly higher internalized homophobia score than the 50 non-White/Caucasians. Consistent with the expectation that the participants would exhibit ageist attitudes toward the older vignette character, the 25-year-old vignette was rated significantly more positively than the 65-year-old vignette. As hypothesized, both vignettes of the Well-being scale showed significant positive partial correlations with satisfaction with life, but the expected negative correlation between the Well-being scale and internalized homophobia did not emerge. This study is one of the first in the literature to examine well-being related to aging among gay men, and report that those feelings of well-being are associated with their level of life satisfaction, but not their level of internalized homophobia. The clinical implications are wide as it is important to understand the challenges of aging that gay men experience throughout their development. The finding that gay men can have a high level of internalized homophobia and still acknowledge a generally satisfactory attitude of aging deserves further exploration.
3. Boggs, J. M. et al. (2016). Perspectives of LGBTQ Older Adults on Aging in Place: A Qualitative Investigation. *Journal of Sexuality Research*, Ahead of publication: This qualitative study conducted by a community-research partnership used multiple types of data collection to examine variables relevant for LGBTQ older adults who wished to age in place in their urban Denver neighborhood. Focus groups, interviews, and a town hall meeting were used to identify barriers and supports to aging in place. Participants ( $N = 73$ ) primarily identified as lesbian or gay, aged 50-69, and lived with a partner. Ageism, heterosexism, and/or cisgenderism emerged as cross-cutting themes that negatively impact access to healthcare, housing, social support, home assistance and legal services. Resilience from weathering a lifetime of discrimination was identified as a strength to handle aging challenges. Recommendations for establishing an aging in place model included: establishing welcoming communities, resource centers, and increasing cultural competence of service providers. This study provides a unique contribution to understanding the psychosocial, medical, and legal barriers for successfully aging in place.
4. Chambers, L. et al. (2014). Evidence Informing the Intersection of HIV, Aging and Health: A Scoping Review. *AIDS and Behavior*, 18, 661–675: The growing number of people over age 50 with HIV requires research, policy, and practice to develop a more comprehensive understanding of the health consequences of HIV in older individuals. We conducted a scoping review of peer-reviewed and grey literature published since 1996 to explore the impacts of aging on the health of older people with HIV (50 years or older). We included 209 studies (two systematic reviews, 174 quantitative studies, 28 qualitative studies, and five mixed methods studies). Health topics addressed include: HIV- and aging-related comorbidities, disease progression, neurocognitive functioning, mental health conditions, psychological well-being, social supports, stigma, antiretroviral adherence, health care utilization/access, and sexual risk behaviour. We recom-

mend that future research takes a broader view of health, looks at aging from a strength-based perspective and examines the issue using diverse perspectives (i.e., geographic location, multiple methods, time of diagnosis, time).

5. Chandavarkar, R. V., & Khan, M. S. (2015). Older lesbian, gay, bisexual and transgender persons in UK: Reviewing issues and concerns. *Journal of Geriatric Care and Research*, 2(1), 9-11.
6. Czaja, S. J., Sabbag, S., Lee, C. C., Schulz, R., Lang, S., Vlahovic, T., Jaret, A., & Thurston, C. (2015). Concerns about aging and caregiving among middle-aged and older lesbian and gay adults. *Aging & Mental Health: Objectives: Despite the increasing number of lesbian and gay older adults, research geared towards health and well-being of this population is limited. Many lesbian and gay seniors experience health disparities and are at risk for poor health outcomes. The aims of this study were to gather in-depth information on the concerns of lesbian and gay elders with respect to aging and care needs. Method: The sample included 124 gay men and lesbian women aged 50C years. Data were gathered via focus groups and questionnaires. The focus groups addressed: (1) concerns about aging in the LGBT community, (2) barriers to needed support and services, (3) concerns about caregiving and (4) needed programs for lesbian and gay seniors. Results: Concerns expressed about aging included: lack of financial security, lack of family or social support, fears about the lack of someone to provide needed care, and discrimination in healthcare or service communities. Participants also indicated concerns about being alone and vulnerable and a need for resources and support programs, specifically for lesbian and gay older adults and for lesbian and gay caregivers. Conclusions: These findings suggest needed areas of support and programs for older gay men and lesbian women. They also suggest that healthcare professionals might need more training regarding the particular needs and concerns of this community.*
7. Emler, C. A., Shiu, C., Kim, H.-J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Bouncing Back: Resilience and Mastery Among HIVPositive Older Gay and Bisexual Men. *Gerontologist*, 57(S1), S40–S49: Purpose of the Study: Adults with HIV infection are living into old age. It is critical we investigate positive constructs such as resilience and mastery to determine factors associated with psychological well-being. We examine HIV-related factors, adverse conditions, and psychosocial characteristics that are associated with resilience (the ability to bounce back) and mastery (sense of self-efficacy). Design and Methods: We analyzed 2014 data from the longitudinal study Aging with Pride: National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study (NHAS), focusing on a subsample of 335 gay and bisexual older men. Multivariate linear regression was used to identify factors that contributed or detracted from resilience and mastery in the sample recruited from 17 sites from across the United States. Results: Resilience and mastery were independently associated with psychological health-related quality of life. In multivariate analysis, adjusting for demographic characteristics, previous diagnosis of depression was negatively associated with resilience. Time since HIV diagnosis was positively associated with mastery whereas victimization was negatively associated with mastery. Social support and community engagement were positively associated with both resilience and mastery. Implications: Individual and structural-environmental characteristics contributed to resilience and mastery. These findings can be used to develop interventions incorporating an increased understanding of factors that are associated with both resilience and mastery.
8. Erosheva, E. A., Kim, H.-J., Emler, C., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2016). Social Networks of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. *Research on Aging*, 38(1), 98–123: Purpose: This study examines global social networks—including friendship, support, and acquaintance networks—of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults. Design and Methods: Utilizing data from a large community-based study, we employ multiple regression analyses to examine correlates of social network size and diversity. Results: Controlling for background characteristics, network size was positively associated with being female, transgender identity, employment, higher income, having a partner or a child, identity disclosure to a neighbor, engagement in religious activities, and service use. Controlling in addition for network size, network diversity was positively associated with younger age, being female, transgender identity, identity disclosure to a friend, religious activity, and service use. Implications: According to social capital theory, social networks provide a vehicle for social resources that can be beneficial for successful aging and well-being. This study is a first step at understanding the correlates of social network size and diversity among LGBT older adults.
9. Fredriksen-Goldsen, K. I. (2015). Promoting Health Equity Among LGBT Mid-Life and Older Adults. *Generations*, 38(4), 86-92.
10. Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2015). Successful Aging Among LGBT Older Adults: Physical and Mental Health-related Quality of Life by Age Group. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168: Purpose: Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people are a health disparate population as identified in *Healthy People 2020*. Yet, there has been limited attention to how LGBT older adults maintain successful aging despite the adversity they face. Utilizing a Resilience Framework, this study investigates the relationship between physical and mental health-related quality of life (QOL) and covariates by age group. Design and Meth-



ods: A cross-sectional survey of LGBT adults aged 50 and older ( $N = 2,560$ ) was conducted by Caring and Aging with Pride: The National Health, Aging, and Sexuality Study via collaborations with 11 sites across the U.S. Linear regression analyses tested specified relationships and moderating effects of age groups (aged 50–64; 65–79; 80 and older). Results: Physical and mental health QOL were negatively associated with discrimination and chronic conditions and positively with social support, social network size, physical and leisure activities, substance nonuse, employment, income, and being male when controlling for age and other covariates. Mental health QOL was also positively associated with positive sense of sexual identity and negatively with sexual identity disclosure. Important differences by age group emerged and for the old–old age group the influence of discrimination was particularly salient. Implications: This is the first study to examine physical and mental health QOL, as an indicator of successful aging, among LGBT older adults. An understanding of the configuration of resources and risks by age group is important for the development of aging and health initiatives tailored for this growing population.

11. Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.J., Bryan, E. E. B., Shiu, C., & Emlen, C. A. (2017). The Cascading Effects of Marginalization and Pathways of Resilience in Attaining Good Health Among LGBT Older Adults. *Gerontologist*, 58(S1), S72–S83: Purpose of the Study: Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults comprise a diverse and growing health disparate population. In the present study, using the Health Equity Promotion Model, we investigated pathways by which LGBT older adults experience resilience, risk, and marginalization and their relationship to attaining positive health outcomes. Design and Methods: Aging with Pride: National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study (NHAS) is the first longitudinal research project designed to examine the health, aging, and well-being of LGBT adults aged 50 and older. Using data from 2014 ( $N = 2,415$ ), we tested a structural equation model linking lifetime marginalization, identity affirmation and management, social and psychological resources, and health behaviors to positive health outcomes. Results: Identity affirmation positively predicted social resources and mental health, and social resources positively predicted mental health. Marginalization was associated with fewer social resources for LGBT older adults with an open identity management style, lower identity affirmation for LGBT older adults who strategically concealed their sexual identity, and poorer mental health. Mental health was associated with better health behaviors, which in turn predicted positive physical health outcomes. Implications: Although a health disparate population, good health among LGBT older adults appears to be attained via multiple resilience and risk pathways. Providers must remain aware of the historical contexts in which LGBT older adults lived and the strengths they developed in order to understand their health and to develop tailored and targeted prevention and intervention services.
12. Griebing, T. L. (2016). Sexuality and aging: a focus on lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) needs in palliative and end of life care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 10(19), 95-101: PURPOSE OF REVIEW: Sex and sexuality are core components of the human experience. Many older adults and people with terminal illness still consider sexuality important in their lives. The palliative care experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) persons are unique in a number of important ways with regard to sexuality and sexual expression. RECENT FINDINGS: To date, there has been relatively limited scholarly research on sexual health needs of people in palliative care and near end of life, and an even greater paucity of data specifically about sexual minorities. Forms of sexual expression may change with advancing age and illness. Physical intimacy and emotional connection may take on greater roles compared with more traditional concepts of sexual activity. Several recent studies have examined sexual health in palliative care and a few have examined LGBT cohorts. Advances in public policy, including the recent US Supreme Court decision regarding marriage equality, have continued to shape the cultural landscape for LGBT people. This article reviews recent literature with considerations for future research. SUMMARY: Sexuality and intimacy remain important for many people facing terminal illness. LGBT people face unique challenges with regard to sexuality during palliative care. Clinicians should work to avoid heteronormative stereotypes and focus on goals of care to enhance quality of life for all patients.
13. Halkitis, P. N., Kapadia, F., Ompad, D. C., & Perez-Figueroa, R. (2015). Moving toward a holistic conceptual framework for understanding healthy aging among gay men. *Journal of Homosexuality*, 62(5), 571-587: In the last four decades, we have witnessed vast and important transitions in the social, economic, political, and health contexts of the lived experiences of gay men in the United States. This dynamic period, as evidenced most prominently by the transition of the gay rights movement to a civil rights movement, has shifted the exploration of gay men's health from one focusing primarily on HIV/AIDS into a mainstream consideration of the overall health and wellbeing of gay men. Against this backdrop, aging gay men in the United States constitute a growing population, for whom further investigations of health states and health-related disparities are warranted. In order to advance our understanding of the health and wellbeing of aging gay men, we outline here a multilevel, ecosocial conceptual framework that integrates salient environmental, social, psychosocial, and sociodemographic factors into sets of macro-, meso-, and micro-level constructs that can be applied to comprehensively study health states and health care utilization in older gay men.

14. Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2016). Lesbian, gay, & bisexual older adults: linking internal minority stressors, chronic health conditions, and depression. *Aging & Mental Health*. Ahead of publication: Objectives: This study aims to: (1) test whether the minority stressors disclosure of sexual orientation; and (2) internalized heterosexism are predictive of chronic physical health conditions; and (3) depression; (4) to test direct and indirect relationships between these variables; and (5) whether chronic physical health conditions are further predictive of depression, net of disclosure of sexual orientation and internalized heterosexism. Methods: Secondary analysis of national, community-based surveys of 2349 lesbian, gay, and bisexual adults aged 50 and older residing in the US utilizing structural equation modeling. Results: Congruent with minority stress theory, disclosure of sexual orientation is indirectly associated with chronic physical health conditions and depression, mediated by internalized heterosexism with a suppressor effect. Internalized heterosexism is directly associated with chronic physical health conditions and depression, and further indirectly associated with depression mediated by chronic physical health conditions. Finally, chronic physical health conditions have an additional direct relationship with depression, net of other predictor variables. Conclusion: Minority stressors and chronic physical health conditions independently and collectively predict depression, possibly a synergistic effect. Implications for depression among older sexual minority adults are discussed.
15. Hoy-Ellis, C. P., Ator, M., Kerr, C., & Milford, J. (2016). Innovative Approaches Address Aging and Mental Health Needs in LGBTQ Communities. *Generations*, 40(2), 56-62: LGBTQ older adults have higher levels of psychological distress as compared to older adults in general. They also experience multiple barriers to accessing equitable, culturally competent mental health and aging services because of their distinct histories and particular social contexts. This article discusses this lack of access to services, and highlights an innovative way mental health services are being delivered in LGBTQ communities.
16. Hughes, A. K., Luz, C., Hall, D., Gardener, P., Hennessey, C. W., & Lammers, L. (2016). Transformative Theatre: A Promising Educational Tool for Improving Health Encounters With LGBT Older Adults. *Journal of Geriatric Education*, 37(3), 292-306: Lesbian, gay, bisexual, or transgender (LGBT) older adults are often unaware or fearful of aging services that contribute to greater vulnerability, isolation, and risk when services are needed. In addition, they may perceive or experience bias in health care encounters. Providers may not recognize their own biases or their impact on such encounters. In response, a group of LGBT community activists, aging professionals, researchers, and a theatre ensemble developed an interactive theatre experience, described herein, that portrays challenges faced by LGBT older adults needing services. Goals included raising awareness among LGBT older adults and providers about issues such as the limited legal rights of partners, limited family support, and fear of being mistreated as a result of homophobia. Evaluations and feedback reflected the potential of interactive theatre to engage people in sensitive discussions that can lead to increased awareness, reduced bias, practice change, and ultimately improved care for LGBT older adults.
17. Kia, H. (2016). Hypervisibility: Toward a Conceptualization of LGBTQ Aging. *Sexuality Research & Social Policy*, 13(1), 46-57: There remains a salient need to conceptualize lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) aging as an area of study. Although the limited body of theoretical literature in this field has delineated systemic silence or invisibility as a prominent feature of marginalization among LGBTQ elders, this model does not appear to account for mechanisms of surveillance and control that often regulate sexuality and gender identity in old age. This paper represents a preliminary attempt at developing a framework of LGBTQ aging that addresses social processes in which queerness and gender variance are monitored and limited in later stages of the life course. The analysis is guided by the Foucauldian notion of neoliberal governmentality, which enables consideration of bodies of discourse and technologies of power that together drive these systemic phenomena in contemporary political and economic contexts. The paper concludes with implications of this analysis on theory and empirical inquiry in the field of LGBTQ aging.
18. Kim, H.-J., Fredriksen-Goldsen, K. I., Bryan, A. E. B., & Muraco, A. (2017). Social Network Types and Mental Health Among LGBT Older Adults. *Gerontologist*, 57(S1), S84-S94: Purpose of the Study: This study was designed to identify social network types among lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults and examine the relationship between social network type and mental health. Design and Methods: We analyzed the 2014 survey data of LGBT adults aged 50 and older (N = 2,450) from Aging with Pride: National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study. Latent profile analyses were conducted to identify clusters of social network ties based on 11 indicators. Multiple regression analysis was performed to examine the association between social network types and mental health. Results: We found five social network types. Ordered from greatest to least access to family, friend, and other non-family network ties, they were diverse, diverse/no children, immediate family-focused, friend-centered/restricted, and fully restricted. The friend-centered/restricted (33%) and diverse/no children network types (31%) were the most prevalent. Among individuals with the friend-centered/restricted type, access to social networks was limited to friends, and across both types children were not present. The least prevalent type was the fully restricted network type (6%). Social network type was significantly associated with mental health, after controlling for background characteristics and total social network size; those with the fully restricted type showed the poorest

mental health. Implications: Unique social network types (diverse/no children and friend-centered/restricted) emerge among LGBT older adults. Moreover, individuals with fully restricted social networks are at particular risk due to heightened health needs and limited social resources. This study highlights the importance of understanding heterogeneous social relations and developing tailored interventions to promote social connectedness and mental health in LGBT older adults.

19. Kushner, B., Neville, S. & Adams, J. (2013). Perceptions of ageing as an older gay man: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3388–3395: Aims and objectives. To explore the ageing experiences of gay men in New Zealand over the age of 65 years. Background. An increased acceptance by many people in Western societies towards men who are same-sex attracted is likely to result in a corresponding increase in the number of visible older gay men being the recipients of nursing care. Previous research has shown that nursing has some way to go towards providing a service that is culturally safe and appropriate. Design. A critical gerontological approach was employed to explore the ageing experiences of gay men in New Zealand over the age of 65 years. This methodology ensured the voices of older gay men were foregrounded in the research. Methods. Semi-structured digitally recorded individual interviews with 12 gay men aged between 65–81 years who lived in the community were undertaken. Data were analysed using thematic analysis to identify the repeated patterns across the men's talk. Results. Three main themes relating to the ageing experiences of these men were identified: 'homophobia', 'being with someone' and 'future care'. Conclusions. Resilience was a significant factor in how well older gay men aged even in an environment where homophobia and heterosexism were common. Having a strong social support network was an important factor that contributed to supporting the ageing process. These gay men were wary about having to go into residential care, preferring to age in their own homes. Relevance to clinical practice. Nurses and other healthcare professionals need to ensure healthcare services meet the needs of older gay men. Any interaction with older gay men should occur in a way that is open and respectful. The usage of best practice guidelines will assist organisations to deliver culturally safe and appropriate care to this group.
20. Lodge, A. & Umberson, D. (2013). Age and embodied masculinities: Midlife gay and heterosexual men talk about their bodies. *Journal of Aging Studies*, 27, 225–232: This article integrates critical gerontology and masculinities theories to examine how midlife gay and heterosexual men experience their bodies in relation to cultural discourses of aging. Analyses of in-depth interviews with 15 gay and 15 heterosexual men ages 40–60 reveal that while both groups of men describe their bodies as deteriorating or declining in terms of functionality and are often distressed by these changes, midlife gay men also articulate a concern with a perceived decline in bodily appearance. Both gay and heterosexual midlife men frame their bodies as fundamentally different from women's, possibly in an attempt to protect a masculine identity in response to the threat that aging bodies pose to that identity. We argue that midlife men's embodied experiences are shaped by a discourse of midlife decline as well as inequalities between gay and heterosexual men. We also discuss the implications of embodiment for midlife men's well-being.
21. Lyons, A. (2016). Social Support and the Mental Health of Older Gay Men: Findings From a National Community-Based Survey. *Research on Aging*, 38(2), 234–253: This study examines different types and sources of social support in relation to psychological distress levels among older Australian gay men. A national community-based survey was conducted involving 242 gay-identified men aged 50 years and older. In univariable regressions, psychological distress was less likely if men were receiving emotional support, practical support, or had a sense of belonging, and also if they had a greater number of close friends and received some or a lot of support from family and gay friends but not from straight friends. Of all these factors, a multivariable regression showed that receiving emotional support was the only significant independent factor. Emotional support appears to play a greater role in the mental health of older gay men than many other types and sources of support. Ensuring access to emotional support may need to be considered when promoting healthier aging among gay men.
22. Lyons, A., Croy, S., Barrett, C. & Whyte, C. (2015). Growing old as a gay man: how life has changed for the gay liberation generation. *Ageing and Society*, 35(10), 2229–2250: Men in the gay liberation generation are approaching or entering older age. Being at the forefront of gay rights movements since the 1970s and 1980s, this generation has experienced dramatic changes in gay life. The present study aimed to provide a greater understanding of this generation by examining some of the ways these men perceive their changing lives. Participants included 439 Australian gay-identified men aged 50 years and older who completed an online survey of their health and wellbeing. These men gave unrestricted open-ended responses to a question on how life had changed for them as a gay man since being aged in their twenties. Responses were analysed qualitatively using a thematic analysis approach to identify main themes. Participants expressed many positive changes to their lives, including greater public- and self-acceptance of their sexuality, greater confidence and self-esteem, and more freedom for same-sex relationships. However, some men expressed a loss of gay community compared to their younger years and a perception that the younger generation underappreciated the struggles they had endured. Age- and HIV-related stigma from within the gay community, as well as a loss of sexual attractiveness, also emerged as concerns for some participants. These findings

may assist researchers, health professionals and aged care services to further understand the needs and experiences of this older generation of gay men.

23. Lyons, A., Pitts, M., & Grierson, J. (2013). Methamphetamine use in a nationwide online sample of older Australian HIV-positive and HIV-negative gay men. *Drug and Alcohol Review*, 32, 603–610: Introduction and Aims. Use of methamphetamine appears to be greater among gay men than in the general population, yet little data are available on factors associated with use, especially among older men. This study identifies factors associated with reported methamphetamine use among older Australian gay men. Design and Methods. Data were collected from an online survey involving 1135 HIV-positive and HIV-negative gay-identified men aged 40 years and older. Results. One in eight men in the sample, or 13%, reported using methamphetamine in the past 12 months. Patterns of reported use were similar across the country, with no significant differences between major states and territories. Reported methamphetamine use was considerably more prevalent among HIV-positive (24%) than HIV-negative men (11%). In a multivariable logistic regression, reported use was significantly greater among men in their 40s compared with those in their 50s and older ( $P = 0.002$ ), who were single as opposed to being in an ongoing relationship ( $P = 0.03$ ), who were HIV-positive ( $P = 0.003$ ), and who reported using other drugs for non-medical purposes in the past 12 months ( $P < 0.001$ ). Socioeconomic status and psychosocial variables, such as experiences of discrimination and psychological distress, were not significant factors for reported methamphetamine use. Discussion and Conclusions. Relatively high rates of reported use of methamphetamine were found across the country in this online sample of older Australian gay men. National approaches to health education strategies may be needed, with a focus on high prevalence populations, such as those infected with HIV.
24. Masten, J. (2015). „A Shrinking Kind of Life“: Gay Men's Experience of Aging With HIV. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(4), 319-337: More people are living with HIV into midlife and older age. Although increased longevity brings new hope, it also raises unanticipated challenges--especially for gay men who never thought they would live into middle and older age. Middle-aged and older people are more likely to face multiple comorbidities, yet many lack the necessary supports to help them adapt to the challenges of aging with HIV. This article presents the findings of a qualitative study developed to explore gay men's experience of aging with HIV. Multiple in-depth exploratory interviews were conducted with 15 gay-identified men living with HIV/AIDS over an 18-month period. A systematic strategy data analysis consistent with grounded theory revealed a pattern of subtle adjustments to living with HIV that resulted in diminishing circles of social support and social involvement. This dynamic is referred to as "a shrinking kind of life," an in-vivo code built from the participant's own words. Four themes from the research (physical challenges, a magnitude of loss, internal changes, & stigma) are discussed. Conclusions include recommendations for future research and implications for practice in the field. Practitioners knowledgeable of the factors that impact their social involvement can empower gay men through individual and group interventions to confront a shrinking kind of life and define for themselves what it means to optimally age with HIV.
25. McParland, J. & Camic, P.M. (2016). Psychosocial factors and ageing in older lesbian, gay and bisexual people: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. Ahead of publication: Aims and objectives: To synthesise and evaluate the extant literature investigating the psychosocial influences on ageing as a lesbian, gay or bisexual person, in order to develop understanding about these influences and guide future research in the area. Background: Research suggests there may be specific psychological and social factors relevant to ageing for individuals with a non-heterosexual identity. Design: A systematic review was conducted on empirical research involving lesbian, gay and bisexual individuals aged 60 or above. Methods: The Cochrane Database, PsychINFO, MEDLINE, Web of Science and Google Scholar were searched and 41 studies met inclusion criteria. The majority had not been reviewed in earlier review articles. Results: Findings were within two domains: psychological, consisting of sub-themes relating to identity, mental health and body image; and social, consisting of relationships, social support, discrimination, caregiving and receiving, community, accessing services and housing. The results suggest lesbian, gay and bisexual individuals mostly adjust well to ageing identities, with mediating influences including self-acceptance and connection with peers. Challenges experienced included ageism and heteronormative health and social care services; intimate friendships, social support and respectful professionals mitigated such threats and facilitated successful ageing. Methodological issues related to sampling procedures, such as purposive sampling through the gay community and limited generalisability due to the homogeneity of participants. Additionally, there was a widespread lack of heterosexual control groups. However, most studies used appropriate measures and acknowledged inherent limitations. Conclusion: Psychosocial influences included the challenge of societal stigma, but also resilience individuals demonstrate through a positive attitude. These factors must continue to be investigated for services to best meet the needs of this population. Relevance to clinical practice: Clinicians are well placed to assist individuals draw on resilience when facing ageing challenges. Also, clinicians should be aware older people may have prior negative experiences of accessing services and try to involve 'families of choice' in care planning.

26. Pignatore, M. A. (2013). *Gay Identity Development and Well-Being in Same-Sex Attracted Older Adults*. Dissertation. Ann Arbor: Nova Southeastern University.
27. Ramirez-Valles J., Dirkes, J., & Barrett, H.A. (2014). GayBy Boomers' social support: exploring the connection between health and emotional and instrumental support in older gay men. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(2-4), 218-234: We evaluate the association between emotional and instrumental support and perceived health and depression symptoms in a sample of 182 gay/bisexual men age  $\geq 55$ . Perceived health was positively correlated with number of sources of emotional support and depression was negatively associated with instrumental support and health care providers' knowledge of patients' sexual orientation. Depression mediates the connection between providers' knowledge of patients' sexual orientation and perceived health. Number of sources of emotional support varied negatively with age and ethnic minority status, and positively with living with a partner. Instrumental support seemed to be dependent on living with a partner.
28. Roger, K. S., Mignone, J., & Kirkland, S. (2013). Social Aspects of HIV/AIDS and Aging: A Thematic Review. *Canadian Journal on Aging*, 32(3), 298-306: Little research can be found describing social aspects of aging with human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) in Canada specifically, despite an overall increase in an aging population and increased numbers of those aging with HIV/AIDS. A systematic literature review was conducted with a selective focus on social aspects related to older adults who are living with or at risk for contracting HIV/AIDS. The primary themes that emerged in the literature are ageism and stigma, gender, mental health, and social supports. Recommendations for future research regarding prevention and education of risks for older adults and programming suitable for a wide range of audiences are presented.
29. Sagie, O (2016). Well-Being in Older Gays and Lesbians: A Comparison of Predictors. *Social Indicators Research*, 126(1), 395-409: This study aims to examine the predictors of subjective well-being and their variations between older gays and older lesbians. Participants were 143 gays and 66 lesbians aged 56–80 who reside in Israel. Assessments included subjective well-being, hope, health, participation, activities of daily living (ADL), instrumental ADLs, environment and living conditions, and accessibility and availability of community services. In the fully-adjusted models, hope and health were the most potent predictors of subjective well-being, respectively, among gays and lesbians. Additional significant predictors, among gays, were community availability and accessibility and satisfaction with one's environment and living conditions. Findings suggest that while primary predictors of subjective well-being are similar among gays and lesbians, communal and residential factors are unique significant contributors to the subjective well-being of gays. It may be that among older lesbians, but not among older gays, personal resources are more important contributors to subjective well-being in comparison to community-based resources.
30. Simpson, P. (2014). Differentiating selves: middle-aged gay men in Manchester's less visible 'homospaces'. *The British Journal of Sociology*, 65(1), 150-169: Scholarship on gay bars/'villages' has overshadowed study of 'homospaces' (gay fields of existence) less available/inaccessible to a wider public – websites, saunas and social/support groups. Based on interviews with 27 men aged 39–61 living in Manchester, this article addresses what middle-aged gay men's accounts of these particular homospaces say about their experiences of age/ageing and how relations of ageism work within them. Specifically, I focus on how study participants use 'ageing capital' in these fields to differentiate themselves from their younger counterparts in three ways. First, ageing capital is implicated in capitulation to gay ageism and a reverse ageism – visible in accounts of differentiation from the 'superficial,' reckless ways of sexualized space that participants associated with younger gay men. Second, it was visible in accounts of resistance to/questioning of gay ageism – strategies that could make sexualized homospaces more habitable. Third, ageing capital was implicated in negotiation with ageing/gay ageism – visible in ambivalent stances hovering between compliance and resistance – towards ageing and ageism, which could reinforce constraints on uses/display of the body. The first and third accounts indicate the multidirectional character of gay ageism, limits on the deployment on ageing capital and show how middle-aged men can undermine their generational claims to represent a more authentic form of gay male embodiment. En route, I also complicate stereotypical thinking that gay social/support groups represent more inclusive, empowering space whilst overtly sexualized spaces of the 'gay scene' represent the opposite.
31. Slater LZ, Moneyham L, Vance DE, Raper JL, Mugavero MJ, Childs G. (2014). The multiple stigma experience and quality of life in older gay men with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 24-35: Older HIV-infected gay men may experience multiple forms of stigma related to sexual orientation (homonegativity), HIV (HIV stigma), and age (ageism), all of which can negatively impact quality of life (QOL). Our purpose was to determine predictors of homonegativity, internalized HIV stigma, and ageism, and stigma experiences that were predictive of QOL. Sixty HIV-infected gay men, ages 50-65 years, participated. Younger age and emotion-focused coping were significantly predictive of homonegativity, accounting for 28% of variance. Younger age, support group participation, medications per day, social sup-

- port, and emotion-focused coping predicted internalized HIV stigma, accounting for 35% of variance. Problem-focused coping predicted ageism, accounting for 7% of variance. In regression analysis, the three types of stigma accounted for 39% of variance in QOL (homonegativity 19%, internalized HIV stigma 19%, ageism 0.5%). Study findings may help researchers develop interventions to alleviate multiple stigma experiences of HIV-infected older gay men, thus improving QOL.
32. Slater, L. Z. et al. (2013). Support, Stigma, Health, Coping, and Quality of Life in Older Gay Men With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(1), 38-49: As life expectancy for persons living with HIV has increased due to antiretroviral therapy, quality of life (QOL) has become an emerging issue for older gay men with HIV, who comprise more than 50% of older adults living with HIV in the United States. The purpose of this study was to determine predictors of QOL in older gay men with HIV. Sixty gay men ages 50–65 participated. Age, social support, and problem-focused coping were significantly and positively correlated with QOL, while medical comorbidities, social stigma, and emotion-focused coping were all significantly and negatively associated with QOL ( $p < .01$ ). In stepwise linear regression analysis, emotional/informational support remained as a significant positive predictor, and medical comorbidities, HIV stigma, and emotion-focused coping remained as significant negative predictors, accounting for 64% of the variance in QOL. Study findings may help researchers develop interventions aimed at increasing QOL in this population.
  33. Slevin, K. F. (2008). Disciplining Bodies: The Aging Experiences of Older Heterosexual and Gay Men. *Generations*, 32(1), 36-42.
  34. Trujillo, Ramiro A. (2015). Factors associated with positive mental health well-being among elderly gay men: A systematic review of the literature. Dissertation. Long Beach: California State University: This meta-analysis explores many contributing risk factors and adversities in older gay men, as well as contributing factors such as coping and survival strategies to reach positive mental health well-being. The meta-analysis reviews 35 studies within the last 10 years, and analyzes these studies for content. Results in this meta-analysis indicate that discrimination, stigmatization, bullying, living away from the city, and lack of education and understanding about the LGBT population were factors that affected the lives of many older gay men throughout their lives. Older gay men faced many adversities and ways of discrimination that led to mental health disorders in their lives. Findings indicate that some older gay men were able to cope with the adversities; some were not, leading to substance abuse and risky behaviors isolating them from reality. Research shows that many older gay men have isolated themselves from society in general due to discrimination factors and even from the LGBT community due to discrimination within the LGBT population (i.e., negative dynamics and negative statements between younger and older gay men). Implications for social work and multicultural social work practice, future research, and social policy on the LGBT were also discussed.
  35. Ussher, J. M., Rose, D., & Perz, J. (2016). Mastery, Isolation, or Acceptance: Gay and Bisexual Men's Construction of Aging in the Context of Sexual Embodiment After Prostate Cancer. *Journal of Sexuality Research*, Ahead of publication: Age is the predominant risk factor for developing prostate cancer, leading to its description as an "older man's disease." Changed sexual embodiment is a concern for men who develop prostate cancer, often compounding experiences of age-related sexual decline. Although research has examined heterosexual men's experiences of aging in the context of sexual embodiment after prostate cancer, gay and bisexual men have received little attention. This qualitative study used a material-discursive analysis, drawing on positioning theory and intersectionality, to explore constructions of aging following prostate cancer in 46 gay or bisexual men. Thematic decomposition of one-to-one interviews identified three subject positions: "mastering youth," involving maintaining an active sex life through biomedical interventions, accessing commercial sex venues, or having sex with younger men; "the lonely old recluse," involving self-positioning as prematurely aged and withdrawal from a gay sexual scene; and "accepting embodied aging," involving the incorporation of changed sexual function into intimate relationships and finding pleasure through nonsexual activities. These subject positions are conceptualized as the product of intersecting masculine and gay identities, interpreted in relation to broader cultural discourses of "new aging" and "sexual health," in which sexual activity is conceptualized as a lifelong goal.
  36. Van Wagenen, A., Driskell, J., & Bradford, J. (2013). "I'm still raring to go": Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies*, 27, 1-14: While we know that minority status differentiates the experience of aging, little research has been done to examine the ways in which patterns of successful aging may differ in diverse subgroups of older adults. In this exploratory study, we investigated and described experiences of successful aging in a sample of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) older adults. Directed by a community-based participatory research process, we conducted semi-structured in-depth interviews with 22 LGBT adults, age 60 and older. We took an inductive, grounded theory approach to analyze the taped and transcribed interviews. We coded respondent experiences in four domains: physical health, mental health, emotional state and social engagement. Four gradations

of successful aging emerged. Very few in our sample met the bar for “traditional success” characterized by the absence of problems in all four domains of health. Most of the sample was coping to a degree with problems and was categorized in one of two gradations on a continuum of successful aging: “surviving and thriving” and “working at it.” A small number was “ailing”: not coping well with problems. Some of the experiences that respondents described were related to LGBT status; others were related to more general processes of aging. The research suggests that a successful aging framework that is modified to include coping can better describe the experiences of LGBT older adults. The modified conceptual model outlined here may be useful in future research on this population, as well as more broadly for diverse populations of adults, and may be adapted for use in practice to assess and improve health and well-being.

37. Wallace, S. P. et al. (2011). The Health of Aging Lesbian, Gay and Bisexual Adults in California. Health Policy Research Brief, Nr. 2, 1-8: Research on the health of lesbian, gay and bisexual (LGB) adults generally overlooks the chronic conditions that are the most common health concerns of older adults. This brief presents unique population-level data on aging LGB adults (ages 50-70) documenting that they have higher rates of several serious chronic physical and mental health conditions compared to similar heterosexual adults. Although access to care appears similar for aging LGB and heterosexual adults, aging LGB adults generally have higher levels of mental health services use and lesbian/bisexual women report greater delays in getting needed care. These data indicate a need for general health care and aging services to develop programs targeted to the specific needs of aging LGB adults, and for LGB-specific programs to increase attention to the chronic conditions that are common among all older adults.
38. Wight, R. G., Harig, F., Aneshensel, C.S., & Detels, R. (2016). Depressive Symptom Trajectories, Aging-Related Stress, and Sexual Minority Stress Among Midlife and Older Gay Men: Linking Past and Present. *Research on Aging*, 38(4), 427-452: We concatenate 28 years of historical depressive symptoms data from a longitudinal cohort study of U.S. gay men who are now midlife and older (n = 312), with newly collected survey data to analyze trajectories of depressive symptomatology over time and their impact on associations between current stress and depressive symptoms. Symptoms are high over time, on average, and follow multiple trajectories. Aging-related stress, persistent life-course sexual minority stress, and increasing sexual minority stress are positively associated with depressive symptoms, net of symptom trajectories. Men who had experienced elevated and increasing trajectories of depressive symptoms are less susceptible to the damaging effects of aging-related stress than those who experienced a decrease in symptoms over time. Intervention efforts aimed at assisting gay men as they age should take into account life-course depressive symptom histories to appropriately contextualize the health effects of current social stressors.
39. Wight, R. G., LeBlanc, A. J., Meyer, I. H., & Harig, F. A. (2015). Internalized gay ageism, mattering, and depressive symptoms among midlife and older gay-identified men. *Social Science & Medicine*, 147, 200-208: OBJECTIVE: In this paper we introduce the construct of "internalized gay ageism," or the sense that one feels denigrated or depreciated because of aging in the context of a gay male identity, which we identify as an unexplored aspect of sexual minority stress specific to midlife and older gay-identified men. METHODS: Using a social stress process framework, we examine the association between internalized gay ageism and depressive symptoms, and whether one's sense of mattering mediates or moderates this association, controlling for three decades of depressive symptom histories. The sample is 312 gay-identified men (average age = 60.7 years, range = 48-78, 61% HIV-negative) participating in the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) since 1984/85, one of the largest and longest running studies of the natural history of HIV/AIDS in the U.S., who provided contemporary (2012/13) reports of stress experiences. RESULTS: We find that internalized gay ageism can reliably be measured among these men, is positively associated with depressive symptoms net of an array of other factors that may also influence symptomatology (including depressive symptom histories), and mattering partially mediates but does not moderate its effect on depressive symptoms. CONCLUSION: Midlife and older gay men have traversed unparalleled historical changes across their adult lives and have paved the way for younger generations of sexual minorities to live in a time of less institutionalized discrimination. Still, they are at distinct risk for feeling socially invisible and devalued in their later years.
40. Wing, E. J. (2016). HIV and aging. *International Journal of Infectious Diseases*. Ahead of publication: With the wider availability of antiretrovirals, the world's HIV population is aging. More than 10% of the 34.5 million HIV-positive individuals worldwide are over the age of 50 years and the average age continues to increase. In the USA more than 50% of the 1.3 million people with HIV are over 50 years old and by the year 2030 it is estimated that 70% will be over the age of 50 years. Although the life expectancy of HIV-positive people has increased dramatically, it still lags behind that of HIV-negative individuals. There is controversy about whether HIV itself accelerates the aging process. Elevated rates of inflammation seen in people with HIV, even if their viral loads are suppressed and their CD4 counts are preserved, are associated with greater rates of cardiovascular, renal, neurocognitive, oncological, and osteoporotic disease. These conditions increase exponentially in the elderly and will represent a major challenge for HIV patients. In addition, conditions such as geriatric syndromes including frailty are also seen at higher rates. Management of the aging

HIV patient includes an emphasis on early diagnosis and treatment, preventative measures for co-morbidities, and avoiding polypharmacy. Finally, the issue of quality of life, prioritization of medical issues, and end of life care become increasingly important as the patient grows older.

## 9 Weiters zitierte Literatur

- Avelino-Silva, V., Ho, Y., Avelino-Silva, T.J. & De Sousa Santos, S. (2011). Aging and HIV infection. *Ageing Research Reviews*, 10, 163-172.
- Balderson, Benjamin H.; Grothaus, Lou; Harrison, Robert G.; McCoy, Katryna; Mahoney, Christine; Catz, Sheryl (2013): Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. In: *AIDS Care* 25 (4), S. 451–458.
- Beuthin, R. E., Bruce, A., Sheilds, L. (2015): Storylines of aging with HIV: shifts toward sense making. In: *Qualitative health research* 25 (5), S. 612–621.
- Brennan-Ing M, Porter KE, Seidel L, Karpiak SE (2014). Substance use and sexual risk differences among older bisexual and gay men with HIV. *Behav Med*, 40:108-115.
- Brennan, D. J., Emler, C. A., Brennenstuhl, S., Rueda, S., & OHTN Cohort Study Research Team (2013). Socio-demographic Profile of Older Adults with HIV/AIDS: Gender and Sexual Orientation Differences. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 32(1), 31-43.
- Brennan, M., Karpiak, S.E., Shippy, R.A. & Cantor, M.H. (Eds.) (2009). *Older Adults with HIV: An In-Depth Examination of an Emerging Population*. New York: Nova Science Publishers.
- Deeks, S. G. & Phillips, A. N. (2009). HIV infection, antiretro-viral treatment, aging, and non-AIDS related morbidity. *British Medical Journal*, 338, 288-292.
- Deeks, Steven G.; Lewin, Sharon R.; Havlir, Diane V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet* 382 (9903), S. 1525–1533.
- Emler, C. A. (2006). "You're Awfully Old to Have This Disease": Experiences of Stigma and Ageism in Adults 50 Years and Older Living With HIV/AIDS. *The Gerontologist* 46(6), S. 781–790. Emler,
- Emler, C. A. (2006). An Examination of the Social Networks and Social Isolation in Older and Younger Adults Living with HIV/AIDS. *Health & Social Work*, 31(4), 299-308.
- Emler, C. A. (2014). Current knowledge and future directions on aging and HIV research. *Behav Med*, 40, 143-148.
- Eurostat (2015a). Quote der von Armut bedrohten Personen nach Armutsgefährdungsgrenze, Alter und Geschlecht Abrufbar unter [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_li02&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_li02&lang=de)
- Eurostat (2015b). *Durchschnittliches und Median-Einkommen nach Alter und Geschlecht* (Stand 14.01.2015). Abrufbar unter [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_di03&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di03&lang=de)
- Eurostat (2015c). *Armutsgefährdungsgrenze* (Stand 14.01.2015). Abrufbar unter <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- GMHC (2010). *Growing older with the epidemic: HIV and aging*. New York: Gay Men's Health Crisis, Inc.
- Green, T. C. et al. (2010): Patterns of drug use and abuse among aging adults with and without HIV: A latent class analysis of a US Veteran cohort. *Drug and Alcohol Dependence* 110(3), S. 208–220.
- Hansen, N. B., Harrison, B., Fambro, S., Bodnar, S., Heckman, T. G., Sikkema, K. J. (2013): The structure of coping among older adults living with HIV/AIDS and depressive symptoms. *Journal of Health Psychology* 18(2), S. 198–211.
- Hardy, D.J. & Vance, D.E. (2009). The neuropsychology of HIV/AIDS in older adults. *Neuropsychology Review*, 19, 263-272.
- Heckman, B. D.; Lovejoy, T. I.; Heckman, T. G.; Anderson, T.; Grimes, T.; Sutton, M.; Bianco, J. A. (2014): The Moderating Role of Sexual Identity in Group Teletherapy for Adults Aging with HIV. *Behavioral Medicine* 40(3), S. 134–142.
- Heckman, T. G., Heckman, B. D., Kochman, A., Sikkema, K. J., Suhr, J., & Goodkin, K. (2002). Psychological symptoms among persons 50 years of age and older living with HIV disease. *Aging & Mental Health*, 6(2), 121-128.



- High, K. P.; Brennan-Ing, M., Clifford, D. B., Cohen, Mardge H., Currier, Judith, Deeks, Steven G. et al. (2012): HIV and Aging. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 60, S. S1.
- Inelmen, Emine Meral; Sergi, Giuseppe; Rui, Marina de; Manzato, Enzo (2014): Enhancing awareness to mitigate the risk of HIV/AIDS in older adults. *Aging Clin Exp Res* 26(6), S. 665–669.
- Janhsen, K., Strube, H., & Starker, A. (2008). *Hypertonie (=Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 43)*. Berlin: RKI.
- Justice, A.C (2012). *Epidemiological and Clinical Aspects: Lessons Learned from the First Wave of Aging with HIV*. Präsentation auf der 19. International AIDS Conference. Washington. 24.07.2012.
- Justice, A.C. (2010). HIV and Aging: Time for a New Paradigm. Abrufbar unter [http://www.health.ny.gov/diseases/aids/conferences/plenaries/docs/time\\_for\\_a\\_new\\_paradigm.pdf](http://www.health.ny.gov/diseases/aids/conferences/plenaries/docs/time_for_a_new_paradigm.pdf).
- Justice, A.C., McGinnis, K.A., Atkinson, J.H., Heaton, R.K., Young, C., Sadek, J., Madenwald, T., Becker, J.T., Conigliaro, J., Brwon, S.T., Rimland, D., Crystal, S., Simberkoff, M. & Veterans Aging Cohort 5-Site Study Project Team (2004). Psychiatric and neurocognitive disorders among HIV-positive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort FiveSite Study. *AIDS*, 18(S1), S49-59.
- Langer, P. C. (2009). *Beschädigte Identität. Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Langer, P. C. (2010). Sieben Thesen zur Strukturellen Prävention. In J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention* (S. 321-348). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Lessenich, S. (2005). Zwischen "verdientem Ruhestand" und "Alterskraftunternehmer": Das Alter in der Aktivgesellschaft – eine Skizze und offene Fragen zur Gestalt eines "Programms" und seinen Widersprüchen. In U. Otto (Hrsg.), *Partizipation und Inklusion im Alter - aktuelle Herausforderungen* (S. 5-18). Jena: IKS Garamond.
- Luther, V.P. & Wilkin, A.M. (2007). HIV infection in older adults. *Clinical Geriatric Medicine*, 23, 567-583.
- Martin, J. & Volperding, P. (2010). HIV and premature aging: a field still in its infancy. *Annals of Internal Medicine*, 153, 477-479.
- Masten, J. (2011). *Aging with HIV*. Oxford University Press: New York.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), S. 674-697.
- Miech, R. A. & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 162-176.
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (2001). Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 132-50.
- Moore, A. R. & Prybutok, V. (2014). Self-reported Health and Personal Social Networks of Older People Living with HIV/AIDS in Lomé, Togo. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29(3), 329-338.
- Pathai, S., Bajillan, H., Landay, A. L., & High, K. P. (2014). Is HIV a model of accelerated or accentuated aging? *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 69(7), 833-842.
- Pitts, M., Grierson, J. & Misson, S. (2005). Growing older with HIV: A study of health, social and economic circumstances for people living with HIV in Australia over the age of 50 years. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 460-465.
- Poindexter, C. C. & Keigher, S. (2004 ). *Midlife and older adults and HIV: Implications for social services, research, practice and policy*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Power, L., Bell, M. & Freemantle, I. (2010). *A national study of HIV and ageing (50Plus)*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Reiss, P. (2014). *Disentangling Biological Aging, the inflammatory Effects of Long Term HIV Infection and Adverse Effects of ART*. Präsentation auf der 20. International Aids Conference. Melbourne. 24.07.2014.
- Sankar, A., Nevedal, A., Neufeld, S., Berry, R., & Luborsky, M. (2011). What do we know about older adults and HIV? A review of social and behavioral literature. *AIDS Care*, 23(10), 1187-1207.
- Stieber Roger, K., Mignone, J., & Kirkland, S. (2013). Social Aspects of HIV/AIDS and Aging: A Thematic Review. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 32(3), 298-306.

- Trapana, G. (2010). HIV-Positive altern schneller. 1st international workshop on HIV & aging, Baltimore, 4.-5. Oktober 2010. *HIV&more*, 2010/4, 4-6.
- Valcour, Victor G. (2013): HIV, aging, and cognition: emerging issues. In: *Topics in antiviral medicine* 21 (3), S. 119–123.
- Versteeg, R. T. (2016). *Lesbian, Gay and Bisexual Elders' Perception of Discrimination in Health Care*. Dissertation. Minneapolis: Capella University.
- Wallach, I. & Brotman, S. (2014). Ageing with HIV/AIDS: a scoping study among people aged 50 and over living in Quebec. *Aging and Society*, 33, 1212-1242.
- Webel, A. R., Longenecker, C. T., Gripshover, B., Hanson, J. E., Schmotzer, B. J., & Salata, R. A. (2014). Age, stress, and isolation in older adults living with HIV. *AIDS Care*, 26(5), 523-531.
- Wittchen, H., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen*. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51). Berlin: Robert Koch-Institut.

## 10 Anhang: Fragebogen zur Messung sozialer Unterstützung

### INTERPERSONAL SUPPORT EVALUATION LIST (ISEL)

**Reference:**

Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13*, 99-125.

**Description of Measure:**

A 40-item scale made up of four subscales. The subscales are:

- 1.) Tangible Support
- 2.) Belonging Support
- 3.) Self-esteem Support
- 4.) Appraisal Support.

Participants rate each item's statement on how true or false they believe it is for themselves. All answers are given on a 4-point scale ranging from "Definitely True" to "Definitely False".

**Abstracts of Selected Related Articles:**

Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1987) Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 71-80

Psychological correlates of social support receipt were examined in an investigation of stress and coping among 150 middle-aged community residents. Subjects were interviewed monthly for 6 months, each time concerning a specific stressful situation in the previous month. Social support received and methods of coping were assessed each time, as well as other variables. Factors hypothesized to be associated with support receipt were person predispositions, appraisal patterns with regard to specific stressful encounters, and coping strategies used. Each was most strongly associated with a particular type of social support. Person predispositions related most strongly to emotional support received, appraisal factors related most strongly to aid, and coping strategies related most to informational support received. Furthermore, of the three sets of variables, the individual's ways of coping appeared to be most strongly associated with all types of social support received. Two implications are explored. First, we suggest that the three types of social support studied represent different constructs with different antecedents and consequences. Second, we argue that coping behavior provides interpersonal cues regarding what is wanted or needed in a stressful situation and that the members of the social environment respond accordingly.

Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210

Many prominent theorists have argued that accurate perceptions of the self, the world, and the future are essential for mental health. Yet considerable research evidence suggests that overly positive self-evaluations, exaggerated perceptions of control or mastery, and unrealistic optimism are characteristic of normal human thought. Moreover, these illusions appear to promote other criteria of mental health, including the ability to care about others, the ability to be happy or contented, and the ability to engage in productive and creative work. These strategies may succeed, in large part, because both the social world and cognitive-processing mechanisms impose filters on incoming information that distort it in a positive direction; negative information may be isolated and represented in as unthreatening a manner as possible. These positive illusions may be especially useful when an individual receives negative feedback or is otherwise threatened and may be especially adaptive under these circumstances.

Cohen S., Mermelstein R., Kamarck T., & Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. In Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (Eds), *Social support: theory, research, and applications*. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.

In the last several years, we have been interested in the role social supports play in protecting people from the pathogenic effects of stress. By social supports, we mean the resources that are provided by other persons (cf. Coehn & Syme, 1985). Although others have investigated and in some cases found evidence for a “buffering” hypothesis—that social support protects persons from the pathogenic effects of stress but is relatively unimportant for unexposed individuals, there are difficulties in interpreting this literature. First, there are almost as many measures of social support as there are studies. Hence it is difficult to compare studies and to determine why support operates as a stress buffer in some cases, but not in others. Second, in the vast majority of work, support measures are used without regard to their psychometric properties or their appropriateness for the question under study. For example, studies using measures assessing the structure of social networks (e.g., how many friends do you have?) are seldom distinguished from those addressing the functions that networks might serve (e.g., do you have someone you can talk to about personal problems?). In fact, in many cases, structural and functional items are thrown together into single support indices resulting in scores that have little conceptual meaning. In the context of the limitations of earlier work, we developed our own social support instrument to study the support buffering process. This chapter describes the questions we wanted to address, the assumptions we needed to make in order to develop an instrument that addressed these questions, the instrument itself, its psychometric properties, and data on the relationship between support and well-being that has been collected by ourselves and others with this instrument.

**Scale:**

INSTRUCTIONS: This scale is made up of a list of statements each of which may or may not be true about you. For each statement check “definitely true” if you are sure it is true about you and “probably true” if you think it is true but are not absolutely certain. Similarly, you should check “definitely false” if you are sure the statement is false and “probably false” if you think it is false but are not absolutely certain.

1. There are several people that I trust to help solve my problems.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
2. If I needed help fixing an appliance or repairing my car, there is someone who would help me.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
3. Most of my friends are more interesting than I am.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
4. There is someone who takes pride in my accomplishments.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
5. When I feel lonely, there are several people I can talk to.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
6. There is no one that I feel comfortable to talking about intimate personal problems.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
7. I often meet or talk with family or friends.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
8. Most people I know think highly of me.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)
9. If I needed a ride to the airport very early in the morning, I would have a hard time finding someone to take me.  
 definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

10. I feel like I'm not always included by my circle of friends.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
11. There really is no one who can give me an objective view of how I'm handling my problems.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
12. There are several different people I enjoy spending time with.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
13. I think that my friends feel that I'm not very good at helping them solve their problems.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
14. If I were sick and needed someone (friend, family member, or acquaintance) to take me to the doctor, I would have trouble finding someone.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
15. If I wanted to go on a trip for a day (e.g., to the mountains, beach, or country), I would have a hard time finding someone to go with me.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
16. If I needed a place to stay for a week because of an emergency (for example, water or electricity out in my apartment or house), I could easily find someone who would put me up.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
17. I feel that there is no one I can share my most private worries and fears with.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
18. If I were sick, I could easily find someone to help me with my daily chores.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
19. There is someone I can turn to for advice about handling problems with my family.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)
20. I am as good at doing things as most other people are.  
\_\_\_ definitely true (3) \_\_\_ definitely false (0)  
\_\_\_ probably true (2) \_\_\_ probably false (1)

21. If I decide one afternoon that I would like to go to a movie that evening, I could easily find someone to go with me.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

22. When I need suggestions on how to deal with a personal problem, I know someone I can turn to.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

23. If I needed an emergency loan of \$100, there is someone (friend, relative, or acquaintance) I could get it from.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

24. In general, people do not have much confidence in me.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

25. Most people I know do not enjoy the same things that I do.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

26. There is someone I could turn to for advice about making career plans or changing my job.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

27. I don't often get invited to do things with others.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

28. Most of my friends are more successful at making changes in their lives than I am.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

29. If I had to go out of town for a few weeks, it would be difficult to find someone who would look after my house or apartment (the plants, pets, garden, etc.).

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

30. There really is no one I can trust to give me good financial advice.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

31. If I wanted to have lunch with someone, I could easily find someone to join me.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

32. I am more satisfied with my life than most people are with theirs.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

33. If I was stranded 10 miles from home, there is someone I could call who would come and get me.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

34. No one I know would throw a birthday party for me.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

35. It would be difficult to find someone who would lend me their car for a few hours.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

36. If a family crisis arose, it would be difficult to find someone who could give me good advice about how to handle it.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

37. I am closer to my friends than most other people are to theirs.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

38. There is at least one person I know whose advice I really trust.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

39. If I needed some help in moving to a new house or apartment, I would have a hard time finding someone to help me.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

40. I have a hard time keeping pace with my friends.

definitely true (3)  definitely false (0)  
 probably true (2)  probably false (1)

**Scoring:**

Items 3, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 39, and 40 are reverse scored.

Items 1, 6, 11, 17, 19, 22, 26, 30, 36, and 38 make up the Appraisal Support Subscale

Items 2, 9, 14, 16, 18, 23, 29, 33, 35, and 39 make up the Tangible Support Subscale

Items 3, 4, 8, 13, 20, 24, 28, 32, 37, and 40 make up the Self-Esteem Support Subscale

Items 5, 7, 10, 12, 15, 21, 25, 27, 31, and 34 make up the Belonging Support Subscale.

All scores are kept continuous.