„WO WERDE ICH EIGENTLICH NICHT DISKRIMINIERT?“

Diskriminierung von LSBTIQ* im Gesundheitssystem in Berlin

ERGEBNISSE DER ERHEBUNG:

„Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem“ des Antidiskriminierungsprojekts StandUp der Schwulenberatung Berlin

SCHWULEN BERATUNG BERLIN
VIELFALT LEBEN

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG DER ERHEBUNG / EINLEITUNG 5
WAS IST DISKRIMINIERUNG? 5
WAS IST DER GESUNDHEITSBEREICH? 6

ERGEBNISSE DER SUBGRUPPEN 8
TRANS* / NICHT-BINÄRE MENSCHEN 8
DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN AUF DAS GESAMTE GESUNDHEITSWESEN BEZOGEN 8
PSYCHOTHERAPEUTISCHER / PSYCHIATRISCHER BEREICH 9
GYNÄKOLOGISCHE / UROLOGISCHE / ANDROLOGISCHE GESUNDHEITSVERSORGUNG 11
TRANSITIONSBEZOGENE GESUNDHEITSBEREICHE (Geschlechtsangleichende OPs und Hormontherapie) 11
STATIONÄRE BEREICHE / KRANKENHAUS / KLINIK 13
REPRODUKTIONSMEDIZIN / KINDERWUNSCH / KINDERMEDIZIN 14
ÜBRIGE BEREICHE (Proktologie, Logopädie, Infektiologie, Physiotherapie, Radiologie u. a.) 14
ERGEBNISSE DER ONLINE-UMFRAGE 15
GESUNDHEITSZUSTAND 16
DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN 16
MEHRFACHZUGEHÖRIGKEIT / MEHRFACHDISKRIMINIERUNG 17
DISKRIMINIERUNG NACH GESUNDHEITSBEREICHEN 17
UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE 18
SOZIODEMOGRAPHIE 18
ANGABEN ÜBER DEN FRAGEBOGEN HINAUS (offene Antworten) 18

INTER* MENSCHEN 19
DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN NACH GESUNDHEITSBEREICHEN 21

GEFLÜCHTETE LSBTIQ* 23
ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM 23
BARRIEREN 23
SPEZIFISCHE GESUNDHEITSBEREICHE / -VERSORGUNG 24
AUSWIRKUNGEN VON DISKRIMINIERUNGEN 27

LESBISCHE MENSCHEN **27**
ERGEBNISSE DER ONLINE-UMFRAGE 29
GESUNDHEITSBEREICHE 30
DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN 30

SCHWARZE MENSCHEN / PEOPLE OF COLOR **31**
JUNGE / ÄLTERE LSBTIQ* **32**
WEITERE ERKENNTNISSE **33**
SCHWULE LEBENSWELTEN **36**
LSBTIQ* MIT HIV **37**

ZUM UMGANG MIT DISKRIMINIERUNG UND UNTERSTÜTZUNG **38**
UMGANGSWEISEN & STRATEGIEN 38
UNTERSTÜTZUNG 38

EMPFEHLUNGEN UND FORDERUNGEN **39**
MEHR (GESUNDHEITS-)FORSCHUNG ZU DISKRIMINIERUNG: 39
MEHR FORT- UND WEITERBILDUNG: 40
ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG: 40
STÄRKUNG VON ANTIDISKRIMINIERUNGSARBEIT: 40
RECHTLICHE UND GESELLSCHAFTLICHE FORDERUNGEN: 41

Impressum **42**

ZUSAMMENFASSUNG DER ERHEBUNG / EINLEITUNG

Das Projekt unterteilt sich in eine Online-Umfrage (quantitative Befragung) und eine qualitative Befragung. In diesem Fact Sheet werden die Ergebnisse der gesamten Erhebung zusammengefasst und die Ergebnisse einzelner Subgruppen (trans* / nicht-binäre, inter*, lesbische Menschen, geflüchtete LSBTIQ*) genauer vorgestellt. Die Ergebnisse beziehen sich insbesondere auf den Raum Berlin.

Diese Annahmen gehen der Erhebung voraus:

- Der Gesundheitsbereich ist ein wesentlicher Lebensbereich für LSBTIQ*.
- Diskriminierungen wirken sich auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung von LSBTIQ* aus.
- Diskriminierung führt zu einem höheren Bedarf nach (psychologischer) Gesundheitsversorgung.
- Mehrfachdiskriminierungen erschweren / verunmöglichen Zugänge.

Die hier vorgestellten quantitativen Ergebnisse stellen einen Ausschnitt aus der Online-Umfrage dar. Sie fand vom 19.11. bis 31.12.2018 mit über 500 Teilnehmenden statt. Von diesen wurden 207 brauchbare Datensätze für die Auswertung verwendet.

Der qualitative Teil richtete sich nach Methoden der Expert_innen-Interviews und qualitativen Inhaltsanalyse. Insgesamt wurden acht Interviews mit Expert_innen geführt, die in verschiedenen Beratungsstellen für LSBTIQ* oder psychologischen Praxen (jeweils in Berlin) arbeiten. Auf eine namentliche Nennung wird aus Gründen der Anonymität verzichtet.

Eine genauere Beschreibung der angewandten Methoden sowie des Forschungstandes folgt in einem ausführlichen Bericht.

Um möglichst umfassend Diskriminierungserfahrungen auch von solchen LSBTIQ* zu erheben, die an der Umfrage weniger teilnahmen oder befragt werden konnten, wurde eine Bandbreite unterschiedlicher Expert_innen und Personen interviewt. Diese Expert_innen bringen viel Erfahrungswissen an den Schnittstellen von Beratungsarbeit, Gesundheitsbereich und aktivistischer Arbeit mit. In den Interviews kamen folgende Gruppen zur Sprache: das gesamte LSBTIQ*-Spektrum, junge und alte Menschen, Schwarze Menschen und People of Color, Geflüchtete, Menschen mit Behinderungen und / oder chronischen Erkrankungen, Sexarbeiter_innen, Menschen in prekären Erwerbssituationen.

WAS IST DISKRIMINIERUNG?

Diskriminierung unterscheidet, schließt aus, benachteiligt oder bevorzugt. Sie trifft Menschen aufgrund ihrer (zugeschriebenen) ethnischen Herkunft, ihrer Nationalität, Sprache,

Religion, Hautfarbe oder äußeren Erscheinung, ihrer Klasse, ihres Alters oder ihrer Geschlechtsidentität, ihres Aufenthaltsstatus, einer Behinderung, ihrer sexuellen Orientierung und weiterer Merkmale. Wir gehen in der Erhebung davon aus, dass Menschen wegen mehrerer Zugehörigkeiten gleichzeitig diskriminiert werden können. Dies äußert sich dann nicht als „doppelte" oder „dreifache" Diskriminierung, sondern als spezifische Diskriminierung. Eine Schwarze trans* Frau wird anders diskriminiert als eine weiße lesbische cis[1] Frau. Diskriminierung richtet sich gegen Einzelne oder gegen vermeintliche „Gruppen" (z. B. LSBTIQ*, Menschen mit HIV, Menschen mit Kopftuch, Menschen aus einer bestimmten Weltregion). Diskriminierend sind z. B. Verstöße gegen die persönliche Integrität, gegen die körperliche Unversehrtheit, gegen das Recht auf Gleichbehandlung oder gegen den Datenschutz.

WAS IST DER GESUNDHEITSBEREICH?

Wir haben in der Erhebung folgende Bereiche unterschieden: Zugang zum Gesundheitswesen über Krankenkassen, Asylgesetze und gesellschaftliche Machtdynamiken (physische Barrieren, finanzielle Barrieren, gesellschaftliche Ausschlüsse aufgrund von Rassismus etc.), institutionelle und „bürokratische" Gesundheitsversorgung (Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Regelungen, Leitlinien, Vorgaben und Gesetze) sowie verschiedene gesundheitliche Versorgungsbereiche (Fachärzt_innen etc.).[2]

Im Folgenden werden die Ergebnisse nach Subgruppen (trans* / nicht-binäre Menschen, inter* Menschen, lesbische Menschen, geflüchtete LSBTIQ*, Schwarze Menschen / People of Color, Junge / Ältere LSBTIQ*) zusammengefasst. Wir haben uns für diese Aufteilung nach Subgruppen entschieden, um die Komplexität des Themas „Diskriminierungen im Gesundheitssystem" fassbarer zu machen. Dabei sind die Kategorien natürlich nicht trennscharf; es werden viele Überschneidungen wie auch spezifische Erfahrungen dargestellt. Gleichzeitig haben wir v. a. solche Gruppen hervorgehoben, bei denen sich ein hoher Handlungsbedarf gezeigt hat bzw. Gruppen, die weniger in den LSBTIQ*-Communities sichtbar sind.

Die Ergebnisse bilden die Erfahrungen aus den Arbeitskontexten der interviewten Personen sowie den Daten aus der Onlineumfrage ab. Die genannten Beispiele, die in den Expert_innen-Interviews genannt wurden, kommen aus der Beratungspraxis und wurden leicht verändert, um die Anonymität der Ratsuchenden zu gewährleisten und sie verständlicher zu machen.

---

1 Cis Menschen (von lat. diesseits) sehen sich (weitgehend) dem Geschlecht zugehörig, dem sie bei Geburt zugeordnet wurden, i. U. zu trans* Menschen. Kritik am Begriff kommt aus der Inter*-Community, so heißt es in der Broschüre „Inter* und Sprache", dass „Inter* vielleicht Cis sind, aber keineswegs von den üblichen Cis-Privilegien profitieren, da ein intergeschlechtlicher Körper und Inter* als Geschlecht nicht geschützt, anerkannt oder gar wertgeschätzt wird" (https://oiigermany.org/wp-content/uploads/InterUndSprache_A_Z.pdf).

2 Gesundheitsbereiche, die hier nicht eingehender betrachtet werden konnten: Pharmazeutische Gesundheitsversorgung, Sozial- / Pflegeversicherungen, Kassenärztliche Vereinigung, Verbände, Berufsgenossenschaften, Gesundheitsämter und Fachgesellschaften, Inhalte der Ausbildung von Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen (Mediziner_innen, Psychotherapeut_innen, (Praxis-) Personal, Heilpraktiker_innen, Beratungsstellen, Pflege usw.).

Hier eine Übersicht der folgenden Seiten:

- Ergebnisse der Subgruppen:
  - Trans* / nicht-binäre Menschen
  - Inter* Menschen
  - Geflüchtete LSBTIQ*
  - Lesbische Menschen
  - Schwarze Menschen / People of Color
  - Junge / Ältere LSBTIQ*
- Weitere Erkenntnisse
- Zum Umgang mit Diskriminierung und Unterstützung
- Empfehlungen und Forderungen

Am Ende stehen Empfehlungen und Forderungen zur Vermeidung von Diskriminierung, die sich aus den Ergebnissen der Umfrage und Interviews ergeben haben.

ERGEBNISSE DER SUBGRUPPEN

TRANS* / NICHT-BINÄRE MENSCHEN

Trans* / nicht-binäre Menschen sind als heterogene Gruppen zu begreifen, deren Bedarfe und Diskriminierungserfahrungen unterschiedlich sein können. Unter dem Oberbegriff trans* / nicht-binäre Menschen versuchen wir alle diejenigen zu fassen, die sich nicht oder nur teilweise mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei ihrer Geburt zugeordnet wurde.

Die Psychopathologisierung von trans* / nicht-binären Menschen und damit verbundene Diskriminierungserfahrungen durchziehen häufig das gesamte Erleben im Gesundheitsbereich. **82,3% der trans* und nicht-binären Menschen gaben in der Umfrage an, Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfahren zu haben.**

Im Folgenden werden die von trans* / nicht-binären Menschen genannten Diskriminierungserfahrungen verschiedenen Gesundheitsbereichen zugeordnet, sofern das möglich ist.

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN AUF DAS GESAMTE GESUNDHEITSWESEN BEZOGEN

- Es wird von Mediziner_innen zumeist verneint, dass es Diskriminierung im Gesundheitsbereich überhaupt gibt.
- Eine häufige Frage für trans* / nicht-binäre Personen ist, ob sie sich gegenüber Mediziner_innen und allgemein im Gesundheitssystem outen sollen. Oft ist ein Coming-Out mit Angst vor Diskriminierung verknüpft.
- Je nachdem, wie und ob trans* / nicht-binäre Menschen als trans* wahrgenommen werden, erfahren sie mehr Diskriminierung: Wird z. B. eine trans* Frau aufgrund ihrer Versichertenkarte, in der ein männlicher Geschlechtseintrag steht, als Mann wahrgenommen und angesprochen, erfährt sie eher Diskriminierung.
- Nicht-binäre sowie trans* Menschen sehr häufig, dass sie erst einmal Aufklärungsarbeit gegenüber Mediziner_innen leisten müssen, was sie Energie und Zeit kostet. Zeit für eine vertiefte Anamnese oder die Behandlung geht dadurch verloren.
- **Nicht-binäre Menschen berichten, dass sie fast immer mit falschen Namen, Anrede und Pronomen angesprochen werden.**
- Trans* und insbesondere nicht-binäre Personen erleben oft, dass sie mit falschen Anreden, Pronomen oder Vornamen angesprochen werden. Eine nicht-binäre Person erläutert z. B. dem Personal, dass sie ohne Pronomen und mit dem selbstgewählten Vornamen und Nachnamen aufgerufen werden möchte, jedoch ruft das Personal sie trotzdem mit den falschen Namen auf, die auf der Versichertenkarte angegeben sind.

- In (fast) allen Bereichen der Gesundheitsversorgung kommt es vor, dass trans* und nicht-binäre Menschen wesentlich mehr unpassende und intimere Dinge (z. B. über ihre Geschlechtsorgane) gefragt werden, die zudem nicht medizinisch relevant sind.
- Es wird immer wieder von Kommentaren und Sprüchen berichtet: in der Regel sind sie herabwürdigend, grenzüberschreitend und unpassend. Eine trans* Person geht z. B. aufgrund einer Halsentzündung zur HNO-Praxis und wird im Anamnesegespräch gefragt, welche Genitalien sie habe.
- **Leistungen werden nicht erbracht oder es werden Leistungen verschrieben, die gar nicht notwendig sind.** Ein trans* Mann benötigt z. B. eine gynäkologische Untersuchung und wird fortgeschickt mit der Begründung, dass er so etwas nicht nötig habe.
- Insgesamt fehlt es an lebensweltlichem und fachlichen Wissen, um trans* und nicht-binären Menschen eine adäquate Gesundheitsversorgung zu bieten. Bezüglich Nicht-Binarität gibt es quasi überhaupt keine offiziellen und standardisierten Leitlinien, Umgangsweisen und Standards.
- Lassen sich z. B. trans* und nicht-binäre Menschen wegen einer Lungenentzündung behandeln, können hierbei Wechselwirkungen mit Hormonen entstehen, was eben spezielle Kenntnisse verlangt.
- Trans* und nicht-binäre Menschen machen im Gesundheitssystem regelmäßig die Erfahrung, dass ihnen ihre eigene Identität aberkannt wird.

PSYCHOTHERAPEUTISCHER / PSYCHIATRISCHER BEREICH

- Trans* und Nicht-Binarität werden nach wie vor im medizinischen und gerade im psychologischen Bereich stark pathologisiert. Die Identität wird als „Krankheit“ bezeichnet und muss konstant unter Beweis gestellt werden, anstelle als Ressource oder persönlicher Lebensumstand akzeptiert zu werden. Es ist immer noch eine weit verbreitete Vorstellung in der Psychologie, dass die „Wahrhaftigkeit“ einer Trans*-Geschlechtlichkeit diagnostiziert werden müsse.
- Insbesondere im psychotherapeutischen Kontext, aber auch in anderen medizinischen Bereichen besteht ein großes Abhängigkeitsverhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen. Wenn hier die (trans* / nicht-binäre) Identität der Patient_innen nicht anerkannt wird, kann dies zu Abbrüchen von Therapien und anderen medizinischen Leistungen kommen. Gerade Abbrüche werden von vielen trans* / nicht-binären Menschen geschildert.
- Für eine Psychotherapie ist das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut_in und Patient_in maßgeblich. Für trans* und nicht-binäre Menschen bedeutet das, dass für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses mit der_dem Therapeut_in Sensibilität (positive, affirmative Haltung) und Fachwissen in Bezug zu Trans* und Nicht-Binarität notwendig sind. Immerhin gibt es einige Therapeut_innen (z. T. auch mit Kassensitz) in Berlin, die dem entsprechen. Allerdings sind diese sehr überlaufen, haben **lange Wartelisten und Wartezeiten von über drei Monaten** oder nehmen keine neuen Patient_innen mehr auf. Gleichzeitig gibt es viele The-

rapeut_innen ohne Kassensitz, die die oben beschriebene Expertise haben, aber nur Selbstzahler_innen aufnehmen können. Über ein langwieriges und bürokratisches Kostenerstattungsverfahren können sie zwar Patient_innen aufnehmen, jedoch ist dieser Weg sehr hürdenreich; nicht alle schaffen diesen Aufwand, gerade wenn sie sich in einer schlechten psychischen Verfassung befinden. Die Erfahrungsberichte und der von vielen Seiten bemängelte Versorgungsschlüssel an Kassensitzen zeigen, dass es hier **eine große systemisch verursachte Versorgungslücke** gibt. Von den Krankenkassen und vom MDK wird häufig ein Leidensdruck nicht anerkannt, so dass dringlich benötigte Psychotherapien nicht begonnen werden können.

- Für trans* Menschen, denen eine sogenannte Persönlichkeitsstörung (z. B. bipolar, Schizophrenie) diagnostiziert wird, ist es fast unmöglich, die Trans*-Identität anerkennen zu lassen. Solche Ausschlussdiagnosen (Differentialdiagnosen) verhindern in der Regel, dass eine Person ihre Transition beginnen kann.

- Auch für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist es schwierig, in Bezug zu psychischen Erkrankungen in der eigenen Geschlechtsidentität anerkannt zu werden. So kam es z. B. vor, dass im Laufe der psychologischen Begutachtung in Personenstandsänderungsverfahren oder in anderen Begutachtungsverfahren Menschen einen IQ-Test ablegen mussten, um ihre „Zurechnungsfähigkeit“ und „Intelligenz“ unter Beweis zu stellen. **Eine wissenschaftliche und sachliche Grundlage dafür gibt es nicht.**

- Folgende Beispiele von Diskriminierungserfahrungen sind zwar insbesondere im psychotherapeutischen Kontext vorgekommen, betreffen jedoch womöglich auch weitere Gesundheitsbereiche: Akten von den Patient_innen auf Anfrage trotz gesetzlicher Verpflichtung nicht herausgeben, Stellungnahmen für weitere unterstützende oder medizinische Maßnahmen nicht ausstellen, abwertende Begriffe verwenden, Patient_innen länger als gewöhnlich warten lassen, mangelnde Sorgfalt, Suche nach den „Ursachen“ für das Trans*- / Nicht-binär-Sein.

- Gerade in den Erstgesprächen, in denen sich Patient_innen und Therapeut_innen noch nicht kennen und die Qualifikation des_der Therapeut_in nicht unbedingt sichtbar ist, werden diskriminierende Erfahrungen gemacht. Diese sind für die Betroffenen belastend; sie werden dadurch oft entmutigt, die Suche nach einem Therapieplatz fortzusetzen. Auch ein Abbruch solcher diskriminierenden Gespräche kostet die Betroffenen erfahrungsgemäß viel Energie. So kommt es z. B. vor, dass trans* / nicht-binäre Menschen im Erstgespräch über Unterwäsche-Fetische befragt werden und ihr Trans*-Sein dadurch abgewertet wird. Solche Therapieabbrüche können auch zu Konflikten mit der Krankenkasse und anderen Therapeut_innen führen.

- Insgesamt ist der Bereich der Psychotherapie bzw. psychischen Krankheiten mit vielen Stigma und Tabus verknüpft. Für trans* / nicht-binäre Menschen ist es daher nochmal schwieriger, sich in diesem Bereich bei Bedarf Unterstützung zu suchen.

GYNÄKOLOGISCHE / UROLOGISCHE / ANDROLOGISCHE GESUNDHEITSVERSORGUNG

- Gerade in den Bereichen der gynäkologischen, urologischen und andrologischen Versorgung erleben trans* und nicht-binäre Personen häufig eine **Fremdzuschreibung ihrer Geschlechtsidentität**. Dies kann zur Vermeidung von Praxisbesuchen mit negativen gesundheitlichen Folgen führen.
- Häufig erleben trans* / nicht-binäre Personen, die nicht den stereotypen Vorstellungen von Patient_innen entsprechen, die diese Praxen mehrheitlich aufsuchen, dass sie in diesen medizinischen Bereichen fälschlich als (Ehe-)Partner_innen wahrgenommen werden, statt als Patient_innen. Sucht z. B. ein trans* Mann eine gynäkologische Praxis auf, wird er dort mitunter als Ehemann von einer Patientin wahrgenommen und muss vor dem Erhalt seiner Behandlung erst mit dem Praxispersonal diskutieren.
- Gerade in diesen Bereichen steigt aufgrund der Intimität von Untersuchungen die Vulnerabilität (Verletzbarkeit) von trans* / nicht-binären Personen stark an.

TRANSITIONSBEZOGENE GESUNDHEITSBEREICHE (Geschlechtsangleichende OPs und Hormontherapie)

- Ein grundlegendes Problem ist, dass immer noch eine F64. Diagnose und eine 12- bzw. 18-monatige Psychotherapie vorausgesetzt wird, um körperliche Angleichungen von den Krankenkassen übernehmen zu lassen.
- Trans*-Sein wird nach wie vor – trotz des 2022 in Kraft tretenden neuen ICD-11 Diagnoseschlüssels[3] – als „psychische Störung“ und „Abweichung“ von (einer) „Norm“ begriffen. Dies führt häufig dazu, dass Menschen selbst die eigene Identität als krank ansehen und negative Zuschreibungen verinnerlichen. Dies wirkt sich negativ auf die psychische Gesundheit aus.
- **So müssen trans* / nicht-binäre Menschen immer noch „beweisen“, dass sie „wirklich“ trans* sind.** Dies schränkt die Selbstbestimmung unzumutbar ein und verletzt Menschenrechte.
- Es werden Hürden aufgestellt, wie lange Wartezeiten, Alltagstest zum „Beweis“ der eigenen geschlechtlichen Identität, unnötig erschwerte Zugänge zu OPs und Hormonen durch nicht sachlich begründete Anforderungen von Behandler_innenberichten, fachlichen Stellungnahmen oder Ärzt_innenbriefen.
- Im Vergleich dazu werden von den Krankenkassen z. B. bei einer Magenspiegelung die Kosten mit viel geringeren bürokratischen Hürden übernommen. Als Begründung für die bürokratischere Kostenübernahme bei transitionsspezifischen Behandlungen wird häufig die „Irreversibilität“ der Maßnahme angegeben. Damit wird indirekt gesagt, dass die Menschen sich nicht über die Tragweite der eigenen Entscheidungen im Klaren sind. So wird das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper genommen.

- **Trans* / nicht-binäre Menschen, die eine Epilation möchten, stoßen auf eine große systemische Versorgungslücke.** Zwar wird scheinbar Laserepilation ermöglicht. Jedoch wird vorausgesetzt, dass diese durch eine_n Fachärzt_in für Dermatologie durchgeführt wird. Die Honorarsätze, die hierfür bezahlt werden, sind so gering, dass es quasi keine Anbieter_innen in Berlin gibt. Deshalb müssen zusätzlich Ausnahmeanträge gestellt werden, um eine Epilation in einem Kosmetikstudio durchzuführen. Diese haben meistens eine jahrelange fachliche Erfahrung darin. Auch hier werden von Krankenkassen Befunde von Fachärzt_innen angefordert, die die Kostenübernahme für eine Epilation erschweren.

- Als nicht-binäre Person ist es quasi unmöglich, überhaupt eine Übernahme von Kosten bei Krankenkassen für körperliche Veränderungen bzw. Psychotherapie mit der Identität „nicht-binär" zu beantragen.

- Nicht-Binarität ist nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch gesamtgesellschaftlich erst am Anfang davon, sichtbar zu werden. Über die neue S3-Leitlinie[4] zur Trans*-Gesundheit, bezogen auf Diagnostik, Beratung und Behandlung, könnte sich dies nun teilweise ändern, und erstmalig nicht-binären Menschen offiziell Zugang zu transitionsspezifischen Maßnahmen ermöglicht werden. So werden z. B. die Kosten für eine Mastektomie ohne vorherige Einnahme von Testosteron in den seltensten Fällen (meistens erst nach Widerspruchsverfahren und gerichtlichen Auseinandersetzungen) von den Krankenkassen übernommen.

- Erschwerend kommt hinzu, dass Krankenkassen die Übernahme von Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen in der Regel zunächst ablehnen. Es zeigt sich, dass oft erst nach Widersprüchen der Antragsteller_innen die Leistungen bewilligt werden. **Dies führt zu einer systematischen Benachteiligung derjenigen, die nicht in den Widerspruch gehen können, weil sie nicht die Kenntnisse, Ressourcen oder Unterstützung dazu haben.** Hier werden insbesondere die Menschen ausgeschlossen, die nicht mit bürokratischem Deutsch vertraut sind. Gleichzeitig bedarf es im Falle eines gerichtlichen Verfahrens auch finanzieller Mittel, um Kosten für Anwält_innen oder ggf. Verfahrenskosten aufzubringen.

- Neben diesen Hürden im Zusammenhang mit transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung gibt es weitere Hürden: Es wird mit Unterlagen nicht sorgfältig umgegangen; Unterlagen gehen verloren oder kommen gar nicht erst an; sensible, personenbezogene Daten werden ohne Kenntnis und Einverständnis der Patient_innen weitergegeben.

- Was hormonelle Behandlung angeht, gibt es in Berlin mittlerweile eine Versorgungslage, die es immerhin ermöglicht, eine Indikation schneller als in den vorgegebenen 12 Monaten Therapie zu erhalten. Gleichzeitig gibt es endokrinologische Praxen, die dann eine Hormonersatztherapie durchführen. **Wartezeiten von drei Monaten für einen ersten Termin sind hier aber nicht selten.** Auch werden die fachlich guten Behandler_innen als sehr überfüllt beschrieben. Das hat zur Folge, dass sich trans* Menschen z. T. an Behandler_innen wenden müssen, die zwar Standardkenntnisse haben, jedoch mit spezifischen Fragen überfordert sind. Hier fehlt es ebenfalls an systematisch verbreitetem Wissen.

4 Zur S3-Leitlinie: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html

- Weiterhin fehlt Wissen zur Einnahme von Hormonen in Kombination mit Medikamenten, deren Auswirkungen auf die Gesundheit sowie Wechselwirkungen. So sind trans* Menschen gezwungen, sich selbst zu informieren, und zu schauen, was gut für den eigenen Körper ist, um diese Kenntnislücken innerhalb des Gesundheitssystems aufzufangen. Schwer wird es hier für diejenigen, die diese Fähigkeiten (noch) nicht ausreichend haben.
- Auch der Bereich der Pharmaindustrie ist ein Feld, dem kaum Beachtung geschenkt wird. Hier besteht für Patient_innen eine starke Abhängigkeit vom Gesundheitswesen: Lieferengpässe oder die Einstellung von Produktion können gesundheitsgefährdende Auswirkungen haben.
- Viele trans* und insbesondere nicht-binäre Menschen gehen häufig in eine private Finanzierung von gewünschten Leistungen, wenn diese (systematisch) nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Insbesondere prekär lebenden trans* / nicht-binären Menschen wird es so erschwert bis verunmöglicht, die zum Teil sehr hohen Kosten aufzubringen. Zudem wird durch Selbstzahlung auch das Risiko getragen, für evtl. Folgekosten (z. B. bei schlechter Wundheilung) aufkommen zu müssen. Betrachtet man die Zahlen aus der Umfrage, verdienen ca. 50% aller trans* / nicht-binären Teilnehmenden weniger als 1000€ netto im Monat und leben damit unter der staatlich anerkannten Armutsgrenze. So müssen die Behandlungskosten etwa über geringfügig bezahlte und z. T. mehrere Nebenjobs erarbeitet werden, oder die Mittel für Kosten über andere Wege aufgebracht werden.
- Sehr widersprüchlich zeigt sich die Situation des Behandlungssystems daran, dass es auf der einen Seite viele trans* / nicht-binäre Menschen gibt, die eine Therapie machen müssen, um andere Leistungen von den Krankenkassen bewilligt zu bekommen (häufig werden diese dann für andere Themen genutzt, weil kein Leidensdruck oder Wunsch nach einer Begleitung besteht). Gleichzeitig ist das Angebot für trans* / nicht-binäre Menschen, die sich eine psychotherapeutische Begleitung und Unterstützung wünschen, sehr gering. Trans*-sensible Fachkräfte mit Kassensitz sind rar und überlaufen.

STATIONÄRE BEREICHE / KRANKENHAUS / KLINIK

- Die Unterbringung von trans* Menschen und nicht binären Menschen gestaltet sich häufig in (psychiatrischen) Kliniken diskriminierend sowohl aufgrund der Geschlechtsidentität als auch der Klasse. **Eine standardmäßige Unterbringung in Bezug auf Geschlecht für trans* / nicht-binären Menschen nach den Wünschen der jeweiligen Person wäre unabdingbar.** Vielfach bleibt dies verwehrt und die Menschen werden in „gemischten" oder nicht ihrer Geschlechtsidentität entsprechenden Zimmer untergebracht. Zusätzliche Kosten für ein Einzelzimmer können sich viele nicht leisten und werden selten von gesetzlichen Versicherungen über-

nommen. Ebenfalls problematisch ist, wenn lediglich nach dem momentanen Personenstand oder dem „biologischen" Geschlecht entschieden wird, was für viele trans* / nicht-binäre Menschen bedeutet, nicht nach dem Geschlecht untergebracht zu werden, mit dem sie sich identifizieren. Eine falsche Unterbringung führt i. d. R. dazu, dass Heilungsprozesse verlangsamt oder durch die Patient_innen abgebrochen werden, weil die Rahmenbedingungen für sie unzumutbar sind.

- Ebenfalls werden Versorgungsprozesse abgebrochen, wenn Personen ein zu großes voyeuristisches Interesse zugebracht wird, und eher die Trans*-Körper „Interesse" erhalten als die eigentliche notwendige Behandlung.
- Ein ebenfalls wichtiger Aspekt bei Kliniken ist Erfahrung mit geschlechtsangleichenden OPs; so sind i. d. R. die Erfahrungsberichte aus jenen Einrichtungen positiver, die mehr Erfahrungen mit trans* / nicht-binären Patient_innen haben und eine positive Haltung ihnen gegenüber zeigen.
- Gerade bei der psychiatrischen Unterbringung ist ein trans*-sensibles Verhalten der Mediziner_innen sehr wichtig. Zum Beispiel wird von einer stationären psychiatrischen Unterbringung in der Beratungspraxis häufig abgeraten, da aufgrund der zu erwartenden Diskriminierung (falsche Anrede, Absprechen des Trans*-/Nicht-Binär-Seins) eine Destabilisierung von trans* und nicht-binären Menschen zu erwarten ist.

REPRODUKTIONSMEDIZIN / KINDERWUNSCH / KINDERMEDIZIN

- Kinderwunsch und Familienplanung sind für trans* Menschen sowohl rechtlich als auch in der Gesundheitsversorgung stark eingeschränkt. So werden z. B. die Kosten für eine Kryokonservierung (das Tiefgefrieren) von Eizellen oder Spermien nicht übernommen. Daher müssen teilweise in frühen Jahren Entscheidungen für das gesamte Leben in Bezug auf die eigene Elternschaft getroffen werden. Gleichzeitig werden viele Eltern vor Hürden bei Kinderärzt_innen und in anderen Bereichen gestellt, wenn die Elternschaft nicht anerkannt wird oder anerkennungsfähig ist (wie es z. B. in polyamorösen Beziehungen der Fall ist).
- Für viele trans* / nicht-binäre Eltern stellt sich beim Aufsuchen von Kinderärzt_innen daher die Frage, ob dieses Elternteil auch als Betreuungsperson anerkannt wird.

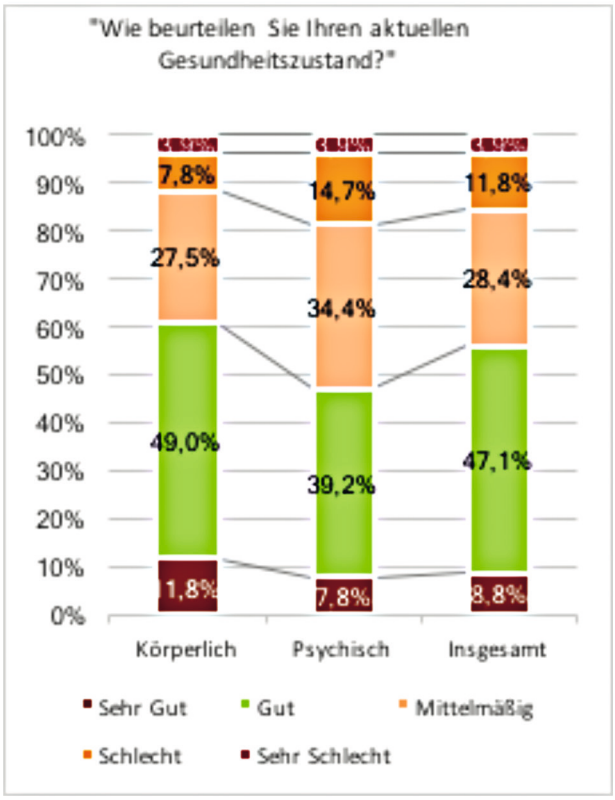
ÜBRIGE BEREICHE (Proktologie, Logopädie, Infektiologie, Physiotherapie, Radiologie u. a.)

- Positive Berichte gibt es z. T. von verschiedenen stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern, die geschlechtsangleichende OPs anbieten, sowie von Logopäd_innen und Physiotherapeut_innen.

- Einige trans* / nicht-binäre Menschen berichten von sehr diskriminierenden bzw. unangenehmen Erfahrungen im Bereich der Proktologie. Da dieser Bereich häufig mit einer Entblößung der Genitalien zu tun hat, ist ein „Outing“ als trans* / nicht-binär fast zwangsläufig. Gleichzeitig wird vereinzelt berichtet, dass die eigenen Körper teilweise so viel voyeuristisches Interesse in Praxen auslösten, dass sie quasi vor dem gesamten Praxispersonal „zur Schau gestellt“ wurden. Eine solche Erfahrung ist nicht nur diskriminierend, sondern kann auch Traumata zur Folge haben.

ERGEBNISSE DER ONLINE-UMFRAGE

- Im Alltag erleben trans* und nicht-binäre Menschen Diskriminierungen individuell sehr unterschiedlich. Im Gesundheitswesen äußert sich dies auf der Ebene der allgemeinen Versorgung und der trans*-spezifischen Versorgung („zwangsweise“ vorgeschriebene Psychotherapie, Endokrinologie, Chirurgie).



- Trans* Personen, die körperliche wie auch personenstandsbezogene Maßnahmen anstreben, müssen sich häufig gegenüber medizinischem Personal offenbaren bzw. werden offenbart. Nicht-binäre Menschen sind in Diskursen (fast gar) nicht sichtbar und stoßen auf Diskriminierung, wenn sie sich sichtbar machen. Zudem gibt es kein Wissen zu spezifisch nicht-binärer medizinischer (Trans*-) Versorgung.
- Der größte Teil der Teilnehmenden identifiziert sich als „Nicht-binär / Genderqueer / genderfluid“ (29,8%) (n=207). Insgesamt gab es 102 Personen, die eine der trans*-spezifischen Antwortkategorien ankreuzten.
- Vier von fünf trans* / nicht-binären Personen geben an, bereits Diskriminierungen im Gesundheitsbereich in Berlin erlebt zu haben.

GESUNDHEITSZUSTAND

Trans* und nicht-binäre Menschen zur Frage: „Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität bzw. Ihr Geschlecht?“	**% aller Antworten**
Nicht-binär / Gender-queer / genderfluid	60,8
Trans*	48,0
Transgender / transgeschlechtlich / transident	25,5
Trans* Mann	25,5
Trans* Frau	10,8
Frau (mit Transitionsgeschichte)	5,9
Agender / nicht-geschlechtlich / neutrois	5,9
Mann (mit Transitionsgeschichte)	2,9
Transsexuell	2,0

Die trans* / nicht-binären Teilnehmenden geben im Vergleich zu den übrigen Teilnehmenden an, dass es ihnen schlechter geht. Besonders deutlich ist der Unterschied bezogen auf den psychischen Gesundheitszustand. Dies deutet auf einen höheren Minderheitenstress und die psychische und physische Belastung durch Diskriminierungserfahrungen hin.

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN

- **Im Durchschnitt erleben die trans* / nicht-binären Teilnehmenden mehr als drei Mal im Jahr Diskriminierungen bei der Nutzung von Versorgungsangeboten.**
- Trans* / Nicht-binäre Menschen geben häufiger an, Gesundheitsleistungen aus Angst vor Diskriminierung / Stigmatisierung (65,7%) oder Pathologisierung (50%) nicht in Anspruch zu nehmen. Ein Drittel gibt ökonomische Gründe dafür an. Es lässt sich vermuten, dass die meisten Teilnehmenden in prekären ökonomischen Verhältnissen leben: knapp die Hälfte gibt an, weniger als 1.000€ netto im Monat zur Verfügung haben. 23,5% geben Klasse / Armut als weiteren Diskriminierungsgrund an.
- Lediglich 17,9% aller Teilnehmenden werden immer mit selbstgewählten Namen / Pronomen angesprochen (weniger als jede_r Fünfte). Mehr als die Hälfte werden manchmal oder nie selbstgewählt angesprochen (52,4%).
- Bedenklich ist, dass Vielen der Teilnehmenden Leistungen verweigert (insg. 29,8% / im Vgl. +13,8% mehr als die Gesamtstichprobe (GST)) oder aufgezwungen (27,5% / im Vgl. +15,3%) werden.

- In Bezug auf Kinderwunsch / Elternschaft / Reproduktionsmedizin sagen 31,6%, dass sie aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung diskriminiert werden (13,4% befinden sich in Elternschaft).
- In Hinblick auf die allgemeine medizinische Versorgung sind die meisten Teilnehmenden unzufrieden, was einen kompetenten Umgang in Hinblick auf die eigene Geschlechtsidentität angeht. Niemand gibt an, sehr zufrieden zu sein. Die Mehrheit von 59,2% gibt an, unzufrieden oder äußerst unzufrieden zu sein.
- Obwohl transitionsspezifische Gesundheitsversorgung für viele Teilnehmende (61,7%) unabdingbar ist, sind die meisten TN mit dieser unzufrieden: äußerst unzufrieden (26,5%), unzufrieden (27,9%), teils / teils (26,5%). Nicht einmal jede_r Fünfte sagt, zufrieden / sehr zufrieden zu sein.
- Zudem ist der wahrgenommene Normierungsdruck auf die Teilnehmenden sehr hoch. So sagen neun von zehn Teilnehmenden, dass sie unter Normierungsdruck leiden.

MEHRFACHZUGEHÖRIGKEIT / MEHRFACHDISKRIMINIERUNG

- 32,4% aller Teilnehmenden geben an, chronische (psychische) Krankheiten oder Behinderungserfahrung (inkl. HIV) zu haben. 6.9% geben an, rassistisch diskriminiert zu werden. 4% geben an, diskriminiert zu werden, weil sie einer nichtchristlichen Religion angehören. 29,4% geben ihre Beziehungsweise als Diskriminierungsgrund an. Immer noch 9,8 % geben an, dass sie unter weiteren Formen und Diskriminierungen betroffen sind, die nicht mit aufgeführt wurden.

DISKRIMINIERUNG NACH GESUNDHEITSBEREICHEN

- Trans* / nicht-binäre Menschen erleben häufiger Diskriminierung im Gesundheitsbereich in Vergleich zu LSB. Alarmierend ist, dass in den meisten Gesundheitsbereichen Diskriminierung geschieht, und nur wenige Teilnehmende angeben, dort „nie“ Diskriminierung zu erleben. Besonders selten als diskriminierungsfrei genannt werden folgende Bereiche: Allgemeinmedizin (17%), Innere Medizin (30%), Proktologie (32%), Orthopädie (24%), Chirurgie / Unfallmedizin (21%), Onkologie (29%), Psychotherapie (11%), Psychiatrie (13%), Gynäkologie (22%), Reproduktionsmedizin (18%), trans*-spezifische Gesundheitsversorgung (25%), Krankenhaus / stationäre Einrichtungen (8%), Sozialpsychiatrischer Dienst (17%), Gesundheitsämter (25%), der Medizinische Dienst der Krankenversicherung / MDK (18%), Krankenkassen (18%).
- Was fällt dabei auf? Es werden insbesondere solche Bereiche als häufig diskriminierend benannt, in denen sich die Nutzer_innen körperlich (Proktologie, Orthopädie, Gynäkologie) oder mental / emotional (Therapie, Verwaltung, Psychiatrie) entblößen müssen, was sie verletzbarer macht.

- Gerade in lebensentscheidenden Gesundheitsbereichen wie Onkologie, Unfallmedizin oder Krankenhäusern gemachte (häufig erlebte) Diskriminierungen stellen eine Gefahr für das Wohlergehen und Überleben der Patient_innen dar.
- Im Bereich der stationären Einrichtungen (Krankenhaus usw.) erleben trans* / nicht-binäre Menschen Diskriminierungserfahrungen wie: nicht mit gewünschten Namen / Pronomen angesprochen werden (38,3%), Geschlechtsidentität wurde vom Personal mit Erkrankungen in kausale Zusammenhänge bracht (26,5%), in Gegenwart unbeteiligter Dritter wurde über die Geschlechtsidentität gesprochen (24,5%) oder diese nicht bei der Unterbringung berücksichtigt wurde (23,5%).

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

- Wenn sich die Teilnehmenden im Diskriminierungsfall Unterstützung suchen, finden sie diese am häufigsten im eigenen sozialen Umfeld (89%) (Freund_innen, Partner_innen, Familie) und geben häufig an, dass dies (sehr) geholfen hat (75,9%). An zweiter Stellen stehen hier LSBTIQ*-Beratungsstellen, welche von 45% in Anspruch genommen werden, von denen 48,5% sagen, dass es (sehr) geholfen hat. Immerhin 44% sagen, dass sie ihre Krankenkassen im Diskriminierungsfall angesprochen haben. Allerdings sagen von diesen auch knapp zwei Drittel (65,2%), dies habe nicht geholfen.

SOZIODEMOGRAPHIE

- Die Stichprobe der Teilnehmenden lässt sich insgesamt als „jünger, weiß, gebildeter“ beschreiben. Allerdings befinden sich die meisten in prekären Erwerbssituationen. Es gibt wenig gut Verdienende (5% über 3.000€ netto im Monat / 2% über 5.000€ netto). Nur 15% leben in staatlich anerkannten Beziehungsmodellen. Unter 10% geben an, eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft zu haben.

ANGABEN ÜBER DEN FRAGEBOGEN HINAUS (offene Antworten)

- „Passing“ (wie sehr eine Person von Dritten als stereotypen Vorstellungen von binär / hetero- / cisnormativ entsprechend wahrgenommen und darin nicht hinterfragt wird) eine große Rolle dafür, ob und wie diskriminiert wird. Gleichzeitig versuchen viele der Teilnehmenden, ihre Geschlechtsidentität nicht offenzulegen, um nicht diskriminiert zu werden, oder nehmen aus Angst vor Diskriminierung Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch. Das häufig genannte fehlende Wissen von Ärzt_innen kann nicht allein dadurch kompensiert werden, dass die Patient_innen selbst das Wissen mitbringen, sondern sie (und deren Wissen) müssen auch ernst genommen werden. Allgemein ist das Gesundheitssystem so wenig individuell ausgelegt, dass Identitäten, die nicht stereotypen Vorstellungen von z. B. Geschlecht, Körpern entsprechen, kaum Raum haben können. Dadurch verstärken sich Wirkungen z. B. bei Zwangsbehandlungen, Fehlbehandlungen und Diskriminierung.

INTER* MENSCHEN

Aus den qualitativen Interviews stellt sich die Frage, **welche Rechte (wenn diese überhaupt festgeschrieben sind) inter* Personen im Gesundheitswesen eigentlich nicht abgesprochen werden.** So werden (Menschen-)Rechte wie das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Selbstbestimmung der Reproduktion(sfähigkeit), das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper, das Recht auf Privatsphäre und das Recht auf eine allgemeine medizinische Grundversorgung oft abgesprochen.

- Nach Einschätzung der befragten Expert_innen wird die Privatsphäre von inter* Menschen immer wieder missachtet, wenn z. B. aufgrund einer „Neugier" von Ärzt_innen Untersuchungen gemacht werden, die nicht medizinisch notwendig sind.
- Erschreckenderweise, dennoch nicht überraschend, wird von den Expert_innen berichtet, dass eigentlich alle inter* Personen zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben Diskriminierung im Gesundheitssystem erfahren.
- Einerseits gibt es viele unfreiwillige und uneingewilligte Behandlungen, um Menschen in eine zweigeschlechtlich ausgerichtete Vorstellung von „Mann" / „Frau" zu pressen. Andererseits gibt es eine große Weigerung, „nicht-normierende" Behandlungen durchzuführen, wenn sie von der jeweiligen Person gewünscht sind. Werden z. B. Bluttests durchgeführt und ausgewertet, bringen sie Werte heraus, die mit den Referenzwerten von „Frau" / „Mann" verglichen werden – ein Orientierungsrahmen, der nicht für alle Menschen Sinn ergibt. Dementsprechend kann nur eine Untersuchung, die das berücksichtigt, als passend und diskriminierungsfrei gesehen werden. So ist es sehr wichtig, auf die eigene Erfahrung von inter* Menschen mit ihren Körpern zu schauen, sie in die Behandlung einzubeziehen und als gleichwertig anzuerkennen.
- Eine sehr häufig beschriebene und grundlegende Diskriminierung von inter* Personen betrifft medizinische Behandlungen, die nicht gewünscht sind und meist in einem jungen Alter stattfinden – ohne die persönliche, vollständige und informierte Zustimmung der betroffenen Person: kosmetische geschlechtsverändernde Eingriffe.
- Gleichzeitig ist der Zugang zu selbstgewählten und „nicht-normierenden" (d. h. patient_innenorientierten) medizinischen Behandlungen umso schwerer.
- Neben dem Zugang zum Gesundheitssystem ist die Frage nach einer adäquaten Behandlung wesentlich. Gibt es überhaupt Versorger_innen, die das Wissen und die Sensibilität haben, auf die Wünsche von inter* Menschen einzugehen? Die Einschätzung der Expert_innen dazu ist, dass es diese Versorger_innen fast gar nicht gibt.
- Dies geht auf das Problem zurück, dass wenig (nicht pathologisierendes) Wissen und Erfahrung bei Mediziner_innen vorhanden ist, und wenig fachlicher Austausch stattfindet. Gleichzeitig wird **inter* Menschen selbst das eigene Erfahrungswissen über den eigenen Körper abgesprochen**, was aufgrund der Vielfalt

von Inter*-Körpern eigentlich umso notwendiger wäre. So bleibt oft nichts Anderes übrig, als für sich selbst herauszufinden, was die richtigen Maßnahmen und Schritte sind, die dann auf eigenen Wunsch hin passieren sollten, was aufgrund der vielen Barrieren jedoch selten möglich ist.

- **So sind viele inter* Menschen irgendwann dazu gezwungen, sich selbst sehr intensiv mit der Gesundheitsversorgung für ihre eigenen Körper auseinanderzusetzen**, da es sonst auf keiner anderen (weder wissenschaftlichen noch medizinischen) Ebene respektvoll passiert. Neben dieser Anstrengung trifft es nochmal härter, wenn dem eigenen Wissen und der jahrelangen Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper von medizinischen Autoritäten keine Beachtung geschenkt wird. So gehen die Erwartungen dahingehend gegen Null, respektvoll und diskriminierungsfrei im Gesundheitssystem behandelt zu werden.

- Viele uneingewilligte bzw. ungewünschte medizinische Maßnahmen finden im Kindesalter statt. Nach jetzigen rechtlichen Regelungen sind die Eltern meistens diejenigen, die über (medizinische) Eingriffe letztlich entscheiden, weil Kindern und Jugendlichen (zu Unrecht) diese Selbstbestimmung abgesprochen wird. Die Möglichkeit, Behandlungen hinauszuzögern, bis eine Entscheidung des Kindes oder Jugendlichen selbst getroffen werden kann, wird selten genutzt. Selten werden Eltern im Sinne der Selbstbestimmung der Kinder über medizinische Eingriffe aufgeklärt. Im Gegenteil wird ihnen eine geschlechtliche Normierung vorgeschlagen, was häufig mit der Pathologisierung, „Da stimmt was nicht", begründet wird. Jedoch kann nur dann eine medizinische Behandlung als menschenrechtskonform gewertet werden, wenn die betreffende Person ihr persönlich, vollständig und informiert zugestimmt hat. Menschenrechtsverletzende Praxen werden jedoch immer noch fortgeführt und die Selbstbestimmung von inter* Menschen missachtet.

- **Auch für inter* Menschen, die sich gleichzeitig als trans* / nicht-binär identifizieren, ist es schwierig, „nicht-normierende" Maßnahmen zu erhalten.** Aufgrund der pathologisierenden Differentialdiagnostiken wird Intergeschlechtlichkeit immer noch von den Institutionen des Gesundheitswesens als „Grund" genommen, um Menschen ihr Trans*-Sein abzusprechen.

- Die Überschneidung von Inter* und Behinderung ist für viele Betroffene mit Mehrfachdiskriminierung verknüpft. Neben den Diskriminierungen, die jeweils inter* Menschen und Menschen, die behindert werden, erleben, ist es bei Mehrfachzugehörigkeit noch schwieriger, sich im Gesundheitswesen zu bewegen. Hier besteht eine Schwierigkeit darin, bereits Diskriminierungen im Gesundheitswesen erlebt zu haben, gleichzeitig jedoch auf Dauermedikation, Fortbewegungshilfsmittel oder andere Hilfsmittel angewiesen zu sein. **So muss dann medizinischen Autoritäten vertraut werden, obwohl zuvor das Vertrauen durch andere medizinische Autoritäten zerstört worden ist, wenn inter* Menschen im Zuge von Langzeitfolgen durch Behandlungen eine Behinderung erworben haben.**

- Inter* Menschen wird häufig ihr Inter*-Sein abgesprochen, indem sie von anderen Menschen im Gesundheitswesen ungewollt bzw. unhinterfragt als „Mann" oder „Frau" zugeordnet werden.

- Dies kann dazu führen, dass gewünschte Untersuchungen gar nicht stattfinden oder lange darum diskutiert werden muss, weil Mediziner_innen glauben, dass bestimmte Untersuchungen gar nicht für den jeweiligen Körper „passen".
- Gleichzeitig bekommen inter* Menschen, die nicht geschlechtskonform auftreten oder gelesen werden, viele diskriminierende Kommentare bzgl. ihrer Körper zu hören. Dies kann sich mit sexistischen, femmefeindlichen o. a. Vorurteilen aufgrund weiterer (zugeschriebener) Zugehörigkeiten überschneiden.
- Viele diskriminierende Erfahrungen bzgl. Anrede / Namen / Pronomen / Privatsphäre / Unterbringung / Pathologisierung überschneiden sich mit den Erfahrungen von trans* / nicht-binären Menschen.

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN NACH GESUNDHEITSBEREICHEN

- Für viele inter* Menschen stellt sich die Suche nach geeigneten Hausärzt_innen / Gynäkolog_innen / Urolog_innen schwierig dar. Dies gilt auch für andere Gesundheitsbereiche, nur werden die erstgenannten Bereiche in den Interviews als besonders schwierig erachtet, weil Allgemeinmedizin sehr häufig in Anspruch genommen werden muss, und weil Gynäkologie und Urologie Bereiche sind, die sehr intim und entblößend für die Betroffenen sein können.
- Im endokrinologischen Bereich ist es sehr schwierig, Zugang zu Hormonen zu bekommen, wenn beispielsweise die Praxis aufgrund von Umzug o. ä. gewechselt wird. Selbst wenn sich mit vorherigen endokrinologischen Befunden oder Fachstellungnahmen an Praxen gewandt wird, ist es möglich, weggeschickt zu werden. Häufig wird beschrieben, dass sich die Ärzt_innen nicht mit der Thematik auskennen oder „Angst" haben, etwas falsch zu machen - was paradox erscheint, wenn die Personen bereits in endokrinologischer Behandlung waren und sehr gut für sich einschätzen können, was sie benötigen. Gleichzeitig sind Wartezeiten sehr problematisch, wenn neue Rezepte für Hormone benötigt werden. Eine Folge ist, dass Hormontherapien unterbrochen werden, was negative gesundheitliche Folgen haben kann.
- Neben gewünschten medizinischen Behandlungsbedarfen gibt es auch solche, die sich aus uneingewilligten Eingriffen ergeben. Hier ist es besonders wichtig, sensibel mit den Erfahrungen umzugehen, Kosten ohne bürokratische Hürden zu übernehmen und es Menschen überhaupt zu ermöglichen, selbstbestimmte körperliche Veränderungen zu erhalten. Hier sind insbesondere die Krankenkassen und die Gesundheitsbereiche der Chirurgie, Endokrinologie und Psychotherapie gefragt.
- Gerade in den „geschlechtsspezifischen" Fachbereichen Gynäkologie und Andrologie ist es für inter* (wie auch für trans*) Menschen schwer, sich zu bewegen. So wird mehrfach beschrieben, dass manche inter* Männer, die eine gynäkologische Praxis aufsuchen, als „Ehemann" o. ä. gesehen werden und in Frage gestellt wird, dass sie Anspruch auf eine Untersuchung haben. Dies kann dazu führen, dass

Menschen keine Energie mehr haben, sich solchen Situationen auszusetzen und Besuche vermeiden. Auch dies ein Beispiel für den **Umgang mit inter* Menschen, deren Erfahrung und Selbstbestimmung über den eigenen Körper oft keine Rolle spielen.**

- Analog zu trans* / nicht-binären Menschen sind für inter* Menschen auch die Krankenkassen und Institutionen wie der MDK Orte, wo Diskriminierung aufgrund pathologisierender Verfahren und bürokratischer Hürden geschieht.
- Bezogen auf inter* Menschen, aber auch andere LSBTQ*, ist das gesamte Gesundheitswesen durchzogen von stereotypen Vorstellungen hinsichtlich Körperbildern und Vorstellungen von Patient_innen. **Körper und Menschen werden in „Norm"-Kategorien betrachtet – dabei wäre es an Ärzt_innen und medizinischem Personal, weniger in „Norm"-Kategorien zu denken und weniger aus ihrer eigenen Geschlechtlichkeit heraus zu behandeln.** Es fehlt an Behandlungen durch inter*-sensibilisiertes Gesundheitspersonal, das sich zu Inter*-Lebensrealitäten auskennt (wie auch zu Trans*- / Nicht-binär-Lebenswelten), in den Praxen, die für inter* Menschen wichtig sind.
- Nach Einschätzung der Expert_innen ist die Community-Anbindung für die Unterstützung von inter* Personen sehr wichtig, um Wege durch das Gesundheitssystem zu nehmen. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Angebote, die „Intergeschlechtlichkeit" als Thema nennen, aus der Community heraus empfohlen werden. **Gleichzeitig ist die Anbindung an Peer-Beratung und Inter*-Community wichtig, um empowert zu werden, damit eine selbstbestimmte und diskriminierungsfreie Behandlung als selbstverständlich betrachtet wird.** Die Inter*-Community bietet einen Ort, an dem inter* Menschen Erfahrungen zu gesundheitlichen Themen austauschen können, ohne stigmatisiert oder diskriminiert zu werden. Es wird eingeschätzt, dass gerade inter* Personen, die wenig oder keine Community-Anbindung haben und keine Unterstützung erfahren, einer höheren Diskriminierungsgefahr ausgesetzt sind. Eine Internalisierung von Diskriminierung führt zudem dazu, dass weniger auf die eigene Selbstbestimmung geachtet wird, als auf eine „normierende" medizinische Autorität.
- Auch wenn Beratungsstellen Unterstützung für LSBTIQ* anbieten, wird seltener eine langfristige Beratung zu inter*-spezifischen Themen angeboten, da bis auf sehr wenige Ausnahmen häufig Expertise, Erfahrung und Peers fehlen. So wird häufig an (die sehr wenigen) inter*-spezifischen Beratungsstellen weitervermittelt, welche jedoch ausgelastet sind. Hieraus ergibt sich, inter*-spezifische Beratungsstellen zu stärken und als einen Teil des Gesundheitswesens zu verstehen, der Diskriminierung auffangen kann.

Aufgrund einer zu geringen Anzahl von Antworten von inter Menschen in der Online-Umfrage wurde auf eine quantitative Auswertung verzichtet und beziehen sich die o. g. genannten Erkenntnisse auf die qualitative Erhebung mittels Expert_innen-Interviews.*

GEFLÜCHTETE LSBTIQ*

ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM

- Für geflüchtete LSBTIQ* ist häufig **zunächst nicht die Frage, wo Diskriminierung im Gesundheitswesen geschieht, sondern „Habe ich überhaupt Zugang dazu?“** Aufgrund von gesetzlichen Vorgaben haben sie keinen vollen bzw. nur stark eingeschränkten Zugang. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist auf rechtlicher Ebene maßgeblich abhängig von Aufenthaltsstatus und -dauer sowie dem Herkunftsland.

- Für Menschen, die über das Asylaufenthaltsgesetz einen Aufenthaltstitel haben, gilt eine eingeschränkte medizinische Versorgung in den ersten 15 Monaten. So werden nur akute Erkrankungen (zahn-)ärztlich versorgt, worunter z. B. auch Schwangerschaft gezählt wird. Unklarheit, Ungleichbehandlung und Willkür werden dadurch verstärkt, dass nicht genau geregelt ist, was als akute Erkrankung gelten kann und damit von Ärzt_innen über die Krankenkassen abgerechnet werden kann. Eine schwere Depression (ohne Suizidalität) z. B. wird in der Regel nicht als akut gewertet und fällt somit nicht in das Leistungsspektrum.

- Für Menschen, die illegalisiert in Deutschland leben (also keinen offiziellen Aufenthaltsstatus besitzen), ist die Situation noch einmal schwieriger. Zwar gibt es eine Regelung, die illegalisierten Menschen ebenfalls Leistungen nach dem Asylaufenthaltsgesetz gewährt, jedoch müssen hierfür Krankenscheine bei Sozialämtern oder den jeweils zuständigen Behörden beantragt werden. Diese sind zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an Ausländerbehörde und Polizei verpflichtet. Eine Beantragung **birgt das Risiko, in Haft genommen und abgeschoben zu werden**. Diese Regelung gilt aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht nicht für Krankenhäuser und Praxen.

- Ein größeres Problem, das nicht nur das Gesundheitswesen, sondern den gesamten Bereich des Asylverfahrens angeht, ist für (nicht nur LSBTIQ*-) Geflüchtete, dass Entscheidungen über Asylverfahren oft willkürlich wirken. So wird beispielsweise von Fällen berichtet, in denen trans* Geflüchtete aus dem gleichen Land mit ähnlichen Fluchterfahrungen jeweils unterschiedliche Bescheide im Asylverfahren bekommen, was sich wiederum maßgeblich auf die Zugänge zur Gesundheitsversorgung auswirkt.

- Neben diesen strukturellen Diskriminierungen ist auch die schlechte Versorgungslandschaft mit langen Wartezeiten ein Faktor, der die aufgrund des Asylverfahrens ohnehin langen Wartezeiten noch einmal verstärkt.

BARRIEREN

- Sobald der Zugang für geflüchtete LSBTIQ* zum Gesundheitssystem besteht, werden andere Hürden umso wirksamer. **So ist es nicht nur wichtig, Ärzt_innen zu finden, die LSBTIQ*-sensibel sind, sondern auch eine Sprache, mit denen Ärzt_innen mit den jeweiligen Patient_innen kommunizieren können.** Zudem ist

transkulturelle Sensibilität notwendig. In Bezug auf Sprache können z. T. Sprachmittler_innen diese Problematik auffangen.

- Nicht nur Geflüchtete, sondern auch andere Menschen, die nicht in Deutschland aufgewachsen sind, z. B. EU-Bürger_innen, haben häufiger Probleme, sich im bürokratischen System und bürokratischen Deutsch zurechtzufinden.
- Ein weiterer großer Faktor in Bezug auf Sprachbarrieren sind schwer verständliche Informationen. Informationen von offiziellen Stellen stehen vorwiegend in Deutsch zur Verfügung und sind häufig nicht leicht zu verstehen.
- **Gleichzeitig ist eine Verständigung mit Ärzt_innen von Nöten.** Nur wenige Ärzt_innen beherrschen eine weitere Sprache neben Deutsch und bestenfalls Englisch. Als Übergangsphase wären Sprachmittler_innen eine Zwischenlösung, deren Kosten werden in der Regel jedoch weder von Krankenkassen noch von der Ausländerbehörde übernommen. Zudem ergibt sich hier die Notwendigkeit, dass sowohl Ärzt_innen als auch Sprachmittler_innen LSBTIQ*-sensibel sein sollten, um Diskriminierungen aufgrund der sexuellen und geschlechtlichen Identität zu vermeiden.
- Dies zeigen auch Erfahrungsberichte von geflüchteten LSBTIQ*. Für viele ist es schwierig, Ärzt_innen oder Therapeut_innen in Anspruch zu nehmen, die ihre Erstsprache sprechen, da sie hier ebenfalls befürchten, aufgrund der sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität abgewertet zu werden.

SPEZIFISCHE GESUNDHEITSBEREICHE / -VERSORGUNG

- Diese grundlegenden Einschränkungen und Barrieren betreffen Geflüchtete, die trans* / nicht-binär / inter* sind, noch einmal in besonderer Weise. Aufgrund der momentanen rechtlichen Reglungen über das TSG (Transsexuellengesetz) wird man dazu verpflichtet, eine Psychotherapie durchzuführen, um weitere körperliche Maßnahmen zu beantragen, z. B. Hormonbehandlung oder geschlechtsangleichende OPs (siehe auch Trans* / Nicht-binär Fact Sheet). Die dazu benötigte Diagnose (F.64) wird in der Regel nicht als akut anerkannt, was bedeutet, dass 15 Monate gewartet werden muss, bis überhaupt mit der Transition begonnen werden kann.
- **So müssen viele Geflüchtete ihren Transitionsprozess teilweise unterbrechen**, weil ihnen der Zugang zu den notwendigen und gewünschten Mitteln verwehrt wird, selbst wenn sie bereits nachweislich eine Hormontherapie begonnen haben. Gleichzeitig gibt es viele Geflüchtete, die darauf gewartet haben, in Deutschland ihre Transition durchzuführen, da sie dazu in ihrem Herkunftsland keine Möglichkeit aufgrund von Verfolgung oder Versorgungslücken hatten. Diese Belastungen haben sehr häufig negative gesundheitliche Folgen für die Betroffenen.
- Eine weitere Belastung kann sich durch den vergeblichen Wunsch nach einer nicht möglichen Begleitung im Transitionsprozess ergeben, einhergehend mit der Desillusionierung, die durch die bürokratischen und strukturellen Barrieren entsteht. **Durch die langen Wartezeiten und die stete Ungewissheit, wann das**

eigene Asylverfahren abgeschlossen sein und der Zugang zur Gesundheitsversorgung bestehen wird, werden Hoffnungen von einer Transition und einem selbstbestimmten Leben zerstört. Dies wird durch die sowieso bestehenden diskriminierenden Vorgaben für trans* Menschen noch verstärkt. Das wiederum wirkt sich sehr negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen aus.

- Auch dann, wenn der sogenannte Leidensdruck (z. B. die Gefahr der Suizidalität) sehr groß war, wurden nur in wenigen Ausnahmefällen bereits früher Leistungen übernommen.

- Der Bedarf nach psychotherapeutischer Versorgung für Geflüchtete wird in der Regel auf traumatische Erlebnisse aufgrund von Krieg oder Gewalt zurückgeführt, hingegen werden andere Gründe, wie der Wunsch nach einer Begleitung des Transitionsprozesses, selten anerkannt und gesehen.
  Gleichzeitig schrecken viele Therapeut_innen vor einer Therapie mit Geflüchteten zurück, weil sie gleich „vermuten", ein Trauma liege vor und sich nicht ausreichend kompetent dafür sehen. Insbesondere geflüchtete LSBTIQ* suchen jedoch mit weiteren Themen (z. B. Identität, Coming-Out, Transitionsprozess) eine Therapie (wie es eben auch LSBTIQ* ohne Fluchterfahrung machen).

- Neben den Schwierigkeiten, die eine stationäre psychiatrische Unterbringung für trans* / nicht-binäre Menschen mit sich bringt, gibt es für trans* / nicht-binäre Geflüchtete noch einmal größere Risiken. Von den befragten Expert_innen werden Sprachbarrieren als größter Risikofaktor ausgemacht. Nicht-Verständigung und Sprachbarrieren können mitunter lebensbedrohliche Folgen für die Betroffenen haben. **So wird regelmäßig davon berichtet, dass geflüchtete LSBTIQ* in schweren (psychischen) Krisen keine Hilfe in Psychiatrien erhalten.** Grund dafür ist, dass eine Kommunikation mit den Betroffenen nicht stattfindet oder versucht wird. Dennoch wäre es die Aufgabe einer psychiatrischen Einrichtung, Unterstützung mittels Sprachmittlung zu gewährleisten. Das ist nach den Erfahrungsberichten aus Psychiatrien jedoch oft nicht die Regel.

- Bestehende Krisenangebote (Sprechstunden) für Geflüchtete wurden zwar in der letzten Zeit etabliert, jedoch ergeben sich auch hier wieder Barrieren. So kann es für Personen in schweren psychischen Krisen unmöglich sein, überhaupt den Weg bis zur Einrichtung ohne Begleitung zurückzulegen. So kam es beispielsweise vor, dass Terminvergaben für weitere Geflüchtete verwehrt wurden, da andere Geflüchtete zuvor Termine nicht in Anspruch nehmen konnten.

- Für trans* (u. a.) Geflüchtete stellt sich neben der Problematik, dass die Anrede häufig falsch ist, auch das Problem, dass „nicht-deutsche" Namen bei Praxispersonal sowie Ärzt_innen mitunter „Irritation" bis zu rassifizierenden Vorurteilen auslösen. Zudem verstärkt sich eine falsche geschlechtliche Zuschreibung dadurch, wenn Ärzt_innen / Personal Vornamen nicht geschlechtlich zuordnen können. Sie verlassen sich dann auf das Geschlecht, das in offiziellen Dokumenten steht, welche jedoch vor einer offiziellen Personenstandsänderung nicht mit dem selbstgewählten Geschlecht übereinstimmen.

- Beispielhaft für die Diskriminierung von trans* / nicht-binär Geflüchteten folgender Bericht eines trans*männlichen Geflüchteten, der gerichtlich vorgeschrieben

zu einer Gutachterin des Fachbereiches Gynäkologie musste. Ohne jemals in einer gynäkologischen Praxis gewesen zu sein, und ohne zu wissen, wie die Begutachtung verläuft, wurde er weder hinsichtlich der Untersuchung aufgeklärt, noch sein kultureller Hintergrund. Ohne Notwendigkeit und Aufklärung musste er sich dennoch einer umfassenden gynäkologischen Untersuchung unterziehen, die er als **extrem übergriffig** erlebt hat, mit negativen Auswirkungen auf seine psychische Gesundheit.
Neben dem oft als erniedrigend beschriebenen Verfahren der Personenstandsänderung zeigt sich, dass auch eine fehlende Sensibilität in Bezug auf die trans* / nicht-binäre Identität sowie den kulturellen Hintergrund sehr negative gesundheitliche Folgen haben kann.

- Diese Problematik wird dadurch verstärkt, dass die Anamnese und das Gespräch mit den Patient_innen nicht ausreichend honoriert werden. Eine Erläuterung des Vorgehens und Aufklärung sind zwar wesentlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung und nach dem Patientenrecht vorgegeben. Jedoch sei es für viele Ärzt_innen „einfacher", ohne ausreichende Aufklärung (etwa: „Warum sind Sie hier?" oder „Dann versuche ich das nochmal anders zu erklären") Untersuchungen „einfach so" durchzuführen. Die Leidtragenden sind die Patient_innen, die unerwünschte oder falsche Behandlungen erfahren, weil nicht mit ihnen gesprochen wird.

- **Entblößung von intimen Details aus der Lebensgeschichte sind nicht nur in der Begutachtung bei der Personenstandsänderung ein Problem.** Gerade geflüchtete LSBTIQ* müssen immer wieder im Asylverfahren ihre geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung „glaubhaft" machen und müssen sich vor ihnen Unbekannten emotional entblößen.

- Gerade in Punkto Mehrfachdiskriminierung ist nicht immer ersichtlich, wegen welcher Zugehörigkeit eine Person diskriminiert wird. Noch schwieriger ersichtlich ist dies bei institutioneller Diskriminierung: Beispielhaft dafür: ein Antrag im Kostenerstattungsverfahren für eine Psychotherapie einer geflüchteten trans* Person, der nach Einschätzung der Beratenden sämtliche Bedingungen für einen positiven Bescheid erfüllte, vom MDK jedoch mehrmals abgelehnt wurde. Hierbei wird vermutet, dass der unsichere Aufenthaltsstatus aufgrund des laufenden Asylverfahrens als Grund für eine Ablehnung gesehen wurde.

- Eine Ablehnung von beantragten Leistungen ist schon an sich niederschlagend. Wenn gleichzeitig das Wissen und die Unterstützung dabei, sich gegen rechtswidrige Bescheide zu wehren, sind negative gesundheitliche Folgen umso wahrscheinlicher.

- In der Überschneidung mit Behinderung und chronischen Erkrankungen wird auch der Bereich der Eingliederungshilfe als sehr hürdenreich beschrieben. So werden die bürokratischen Prozesse, die ohnehin schon schwer verständlich sind, für Geflüchtete mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen sehr schwierig und langwierig.

AUSWIRKUNGEN VON DISKRIMINIERUNGEN

- Neben dem Minderheitenstress, dem LSBTIQ* Menschen ausgesetzt sind, ist dieser bei geflüchteten LSBTIQ* noch einmal erhöht.[5] Die strukturellen Barrieren und individuellen Erfahrungsberichte zeigen: es wird oft in Kauf genommen, dass sich die Gesundheit von geflüchteten LSBTIQ* extrem verschlechtert, zum Teil so sehr, dass Menschen in den Suizid getrieben werden.
- Eine weitere Schwierigkeit, die von Beratungsstellen beschrieben wird: Diskriminierung wird z. T. so stark internalisiert, dass Betroffene seltener darüber berichten. Dies macht nicht nur eine Erfassung schwerer, sondern auch die Unterstützung im Diskriminierungsfall.
- Gerade um die psychischen Belastungen durch das Asylverfahren und Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung bzw. Geschlechtsidentität aufzufangen, sind psychologische Beratungsstellen notwendig. **Sie stellen gleichzeitig einen Versuch dar, Lücken in der (psychotherapeutischen) Gesundheitsversorgung zu schließen, die durch strukturelle Vorgaben verursacht wurden.**

Aufgrund einer zu geringen Anzahl von Antworten von geflüchteten LSBTIQ in der Online-Umfrage wurde auf eine quantitative Auswertung verzichtet und beziehen sich die o g. genannten Erkenntnisse auf die qualitative Erhebung mittels Expert_innen-Interviews.*

LESBISCHE MENSCHEN

Lesbische Gesundheitsversorgung ist ein ebenfalls bisher sehr vernachlässigtes Feld, insbesondere, wenn es um Mehrfachdiskriminierung geht. Immerhin gibt es bereits mehrere (Studien-)Projekte, die hier ansetzen.

- Zugänge zum Gesundheitswesen gestalten sich für lesbische Menschen aufgrund diskriminierender Vorurteile schwierig.
- In Studien und den Expert_innen-Interviews wird beschrieben, dass lesbische Menschen häufiger grenzüberschreitendes Verhalten, sexualisierte Übergriffe und sexistische Kommentare erleben. Dadurch entstehen (wie bei anderen Diskriminierungen auch) negative gesundheitliche Folgen.
- Auch wenn eine Pathologisierung von Homosexualität nicht mehr strukturell besteht, wird immer wieder von Diskriminierungserfahrungen berichtet, die die Sexualität / Lebensweisen pathologisieren. **So werden insbesondere lesbische Menschen mit Behinderung im Gesundheitssystem „verkindlicht“ und nicht ernst genommen.**

5 Die Auswirkung von Minderheitenstress in Verbindung mit dem Asylverfahren ist beispielsweise hinreichend am Beispiel Kanada beschrieben worden (https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2015/01/Envisioning-Mental-Health-Sheet.pdf)

- In Überschneidung mit Behinderung wird lesbischen Menschen fast immer die Selbstbestimmung über den eigenen Körper genommen. Teilweise wird ihnen die eigene Sexualität abgesprochen oder sie werden hypersexualisiert und Übergriffen ausgesetzt.

- Ein weiteres Problem ist, dass vielen Mediziner_innen spezifisches Wissen fehlt, wenn es um die Versorgung von lesbischen Menschen mit Behinderung geht, mitunter auch begleitet von einer negativen Haltung. So sind Erfahrungsberichte häufig, dass von Ärzt_innen / Therapeut_innen Aussagen kommen wie z. B. „Schieben Sie das nicht auf Ihre Behinderung". Hiermit wird sowohl die (Diskriminierungs-) Erfahrung wie auch die Selbstbestimmung ignoriert.

- Mehrfachdiskriminierungen aufgrund des Frau-Seins, Lesbisch-Seins, BPoC-Seins und Behinderung führt ebenfalls (wie bei trans*) zu fehlenden Zugängen, Abbrüchen von Gesundheitsprozessen und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Personen (siehe auch LesMigras 2012).

- Die meisten Diskriminierungserfahrungen beziehen sich auf alle Gesundheitsbereiche, wobei analog zu trans* / nicht-binären Menschen gerade die Bereiche der stationären Einrichtungen (insbesondere psychiatrische Kliniken), der (psycho-) therapeutische Bereich, die zahnmedizinische sowie die gynäkologische Versorgung besonders häufig genannt werden.

- Analog zu Erfahrungen von trans* / nicht-binären und inter* Menschen gibt es das Problem des falschen Genderns, was in der Regel mit einem „allgemeinen" männlichen Gendern im Sprachgebrauch zusammenhängt. **Je nach Geschlechtsausdruck (wie sich eine Person z.B. kleidet oder verhält), werden auch lesbische Menschen falsch angesprochen und gegendert.**

- Gerade in therapeutischen Kontexten, aber auch in weiteren Gesundheitsbereichen ist das mangelnde Bewusstsein für von sexualisierte Gewalterfahrungen problematisch. Diese Erfahrungen ziehen häufiger psychische Belastungen mit sich, wie Depressionen, Traumafolgestörungen oder Angstzustände. Ein sensibler Umgang und ein Ernstnehmen der Beschwerden sind notwendig, doch es gibt immer wieder Berichte, dass diese Symptome nicht ernst genommen werden. Solche Erfahrungen machen es für die Betroffenen noch schwieriger, sich im Gesundheitswesen zu bewegen.

- **Neben mangelndem Bewusstsein bezüglich Erfahrungen von sexualisierter Gewalt ist es noch problematischer, wenn die sexualisierte Gewalt von Ärzt_innen ausgeht.** Auch hier gibt es Erfahrungsberichte. Diese Gewalt beginnt bei ungefragtem oder unangekündigtem Anfassen und anderen übergriffigen Handlungen.

- Eine der am häufigsten beschriebenen Diskriminierungserfahrungen bezieht sich auf den gynäkologischen Bereich und die Verhütung, welche häufig auf heteronormativen Annahmen beruht. So wird häufig von „subtil diskriminierenden" Blicken berichtet, wenn es z. B. um die Frage nach der Einnahme der Pille geht. Wenn die Einnahme verneint wird, **wird von „schockierten" oder „anderen merkwürdig-abwertenden" Blicken berichtet**. Auch bei Untersuchungen mit dem Spekulum werden häufig heteronormative Fragen gestellt, z. B. ob „Verkehr mit

einem Mann“ stattgefunden habe. **Die Möglichkeit, dass Menschen lesbisch oder asexuell sein könnten, wird hiermit ausgeschlossen.**

- Im Bereich der STI (sexuell übertragbare Infektionen) wird Personen, die weiblich / nicht-binär / lesbisch gelesen werden, oft zugeschrieben, dass sie keine entsprechende Versorgung bräuchten, die dann außerdem nicht immer über die Krankenkasse bezahlt wird.
- Nach Einschätzung der Expert_innen sind viele Diskriminierungen häufig nicht sichtbar. Entweder seien sie so internalisiert, dass sie nicht mehr als solche wahrgenommen werden, oder es handelt sich weniger um direkte Anfeindungen, sondern um Sprüche, Kommentare oder Bemerkungen, die subtiler sind, aber dafür häufiger erlebt werden.

ERGEBNISSE DER ONLINE-UMFRAGE

Der Blick auf LSTBIQ* aus einer binären und heterosexuellen Perspektive fokussiert sich, wenn überhaupt, meistens auf „die“ schwule Lebenswelt, auch wenn schwule Lebenswelten schon sehr ausdifferenziert sind. Lesbische Menschen werden ggf. nur „mitgemeint“, ihre spezifischen Lebenswelten und Bedarfe werden somit unsichtbar gemacht, was wiederum Klischees und Diskriminierung fördert. Um lesbische Sichtbarkeit zu stärken, widmet sich ein Fokus dieser Erhebung daher auf die Teilnehmenden der Umfrage, die sich (u. a.) als lesbisch beschrieben.[6]

- Insgesamt sind dies 28% der Teilnehmenden (n=58). Dabei wählten 62,1% die Antwortkategorie „cis Frau“ (n=36), 29,3% nicht-binär / genderfluid (n=17) und 55,2% (n=32) wählten eine der verschiedenen trans*-spezifischen Antwortkategorien aus. Durch die Mehrfachauswahl spiegeln die Prozentangaben das Verhältnis zwischen den Teilnehmenden und einer Antwortkategorie wider. So haben bspw. 17 Teilnehmende die Antwortkategorie nicht-binär angekreuzt und möglicherweise eine weitere.
- Insgesamt ist aus den Angaben zu entnehmen, dass es der Gruppe der lesbischen Teilnehmenden „besser“ geht als der Gesamtstichprobe, wobei die Unterschiede prozentual sehr gering sind. Gleichzeitig gibt es einen hohen Anteil an trans* / nicht-binären Teilnehmenden an der Umfrage, womit diese „Verzerrung“ begründet sein kann.
- Gründe dafür, Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch zu nehmen, sind in der Gruppe lesbischer Teilnehmender etwas anders gewichtet. So sind ökonomische Barrieren häufiger ausschlaggebend als die Angst vor Pathologisierung. Räumliche Barrieren sind ebenfalls häufiger genannt als in der Relation zur Gesamtstichprobe.
- Die lesbischen TN vermieden es seltener als die Gesamtstichprobe (GST), Gesundheitsleistungen aus Angst vor Diskriminierung in Anspruch zu nehmen.

6 Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden von lesbischen Teilnehmenden (TN) geschrieben.

- Es überrascht nicht, dass die Formen der erlebten Diskriminierungen insbesondere auf die Lebenswelt („Meine Lebenssituation wurde nicht berücksichtigt."- 63,8% aller Antworten bei n=58) und die sexuelle Orientierung bezogen sind („Ich wurde nicht kompetent in Bezug auf meine sexuelle Orientierung beraten / behandelt". (50%) / „Es gab kaum Wissen / falsches Wissen zu meiner sexuellen Orientierung." (43,1%)). Weitere Diskriminierungsformen ähneln der Gesamtstichprobe.
- Die meisten lesbischen TN beziehen diese Diskriminierungserfahrungen auf ihre sexuelle Orientierung (46,6%), 19% beziehen sie jeweils „nur" auf die Geschlechtsidentität oder auf beides. 15,5% beziehen die erlebte Diskriminierung auf weitere Faktoren.
- Für die meisten lesbischen TN spielt Geschlecht / Sexismus als Faktor eine Rolle (51,7%) gefolgt von Geschlechtsausdruck mit 41,4% (% aller Antworten bei n=58). Einige Antwortmöglichkeiten, insbesondere zu Religion und Aufenthaltsstatus, sind in dieser Gruppe nicht angeklickt worden, wodurch der Eindruck entstehen könnte, dass die Gruppe bzgl. Religion, „race" und Migrationsgeschichte homogener ist als die Gesamtstichprobe, dies deutet unserer Einschätzung nach jedoch eher auf eine Verzerrung in der Stichprobe hin.

GESUNDHEITSBEREICHE

- Bezogen auf die Gruppe der lesbischen Teilnehmenden gibt es insgesamt weniger Gesundheitsbereiche, in denen häufig bzw. sehr häufig von Diskriminierungen berichtet wurde.
- Weggefallen (im Vergleich zur GST) sind die Bereiche Allgemeinmedizin, Dermatologie, Unfallmedizin / Chirurgie, Endokrinologie und Physiotherapie. Auffällig ist, dass es dennoch viele Bereiche gibt, in denen „häufig" von Diskriminierung berichtet wurde (Gynäkologie, Psychiatrie, (Psycho-)Therapie). Dies könnte darauf hindeuten, dass auch in den erstgenannten Bereichen Diskriminierung stattfindet, aber weniger (stark) als solche erlebt wird.
- In Bezug auf Diskriminierungen im Bereich Krankenhaus bzw. stationäre Einrichtungen gibt es kaum Unterschiede zur GST.

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN

- Verweigerung von Leistungen aufgrund der sexuellen Orientierung wird in der Gruppe häufiger wahrgenommen (18,2%). Jedoch traf keine der lesbischen Teilnehmenden die Aussage, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung zwangsbehandelt worden zu sein. Dies mag daran liegen, dass die sexuelle Orientierung seltener oder gar nicht angesprochen wird.
- In Bezug auf die Geschlechtsidentität geben jedoch ähnlich viele lesbische Teilnehmende an, dass ihnen Leistungen verweigert wurden (7,7%) oder Zwangsbehandlungen stattfanden (22,2%). Hieraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass insb. lesbische trans* Frauen Druck aufgrund der Pathologisierung ihrer Geschlechtsidentität wahrnehmen.

- Normierungsdruck wird von den lesbischen Teilnehmenden wesentlich höher wahrgenommen als von der GST (89,5%). Ähnlich ist es bei der Gruppe von trans* / nicht-binären Menschen.[7]
- In Bezug zur Gesundheitsvorsorge / Prävention gibt es keine nennenswerten Unterschiede, was die Inanspruchnahme im Vergleich zur GST angeht. Die Gründe dafür, dass diese nicht in Anspruch genommen werden, sind jedoch mehr ressourcenorientierte Gründe wie Zeit (42,9 %) und Kosten (35,7%).
- Was die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten nach erlebter Diskriminierung angeht, wurden in ähnlicher Häufigkeit zur GST Angebote angenommen. Dabei haben die Angebote von LSBTIQ*-Beratungsstellen (von 33% in Anspruch genommen) bzw. von Familie / Angehörigen etc. (von 17% in Anspruch genommen) weniger „sehr geholfen" (jeweils 19% bzw. 6%), aber auch weniger „überhaupt nicht geholfen" (jeweils 4% bzw. 3%).
- Die Ergebnisse sind vor einer soziodemographischen Verzerrung zu betrachten. So lässt sich die Gruppe der lesbischen Teilnehmenden im Vergleich zur GST insgesamt als etwas homogener in Bezug auf Bildung, Einkommen, Alter und Aufenthaltsstatus beschreiben.
- Bezogen auf das Einkommen lässt sich sagen, dass die lesbischen TN ebenfalls mehr zur „Mitte" tendieren. So gibt es weniger „Geringverdienende" (unter 1000€ netto) sowie „Gutverdienende" (über 3000€ netto).
- Keine der lesbischen Teilnehmenden hat HIV als Grund für Mehrfachdiskriminierung angegeben.

SCHWARZE MENSCHEN / PEOPLE OF COLOR

- Neben Diskriminierungen aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität gibt es für Schwarze Menschen und People of Color (BPoC) überschneidende und sich spezifisch auswirkende rassistische Diskriminierungen. Hier ist es noch s**chwieriger, Ärzt_innen und Praxismitarbeiter_innen zu finden, die nicht „nur" LSBTIQ*-sensibel sind, sondern sich auch über die Lebensrealitäten von Schwarzen Menschen und People of Color bewusst sind.**
- Wenn bereits weiße trans* / nicht-binäre Körper stark als etwas „Anderes" im Gesundheitssystem markiert sind, werden **trans* / nicht-binäre BPoC zudem sehr oft exotisiert**. Diese Exotisierung steigert den ohnehin schon bestehenden Minderheitenstress und wirkt sich negativ auf die Gesundheit der Betroffenen aus.
- Gerade im Gesundheitswesen, aber auch in Teilen der LSBTIQ*-Communities, bestehen stereotype Vorstellungen darüber, wie Trans*- / Nicht-binär-, Inter*-, Lesbisch-, Bi- und Schwul-Sein vermeintlich aussieht. Jedoch entsprechen viele Menschen nicht diesen zumeist „westlichen" Vorstellungen. So können sich die Lebensrealitäten und auch die gesundheitlichen Bedarfe der Personen sehr stark unterscheiden.

7 Der geringste Normierungsdruck wird von der Gruppe der Teilnehmenden wahrgenommen, die für sich schwul (38,1%) bzw. cis-männlich (47,8%) angegeben haben.

- Als „nicht deutsch“ interpretierte Namen lösen bei Praxispersonal sowie Ärzt_innen mitunter „Irritation“ bis zu rassifizierenden Vorurteilen aus.
- Von migrantisierten BPoC wird in den Expert_innen-Interviews berichtet, dass sich nicht selten mehrheitlich weiße Praxismitarbeitende gegenüber der Person selbst, aber auch anderen migrantisierten Patient_innen gegenüber diskriminierend verhalten.
- Wie bereits ausführlich in der Studie „…Nicht so greifbar und doch real“ von LesMigras beschrieben wird, sind Schwarze Menschen und People Color mehr Gewalt und psychischen Belastungen aufgrund der rassistischen Diskriminierung ausgesetzt.[8]
- Wir möchten hier auf die Ergebnisse der Studie verweisen, die eine sehr wichtige Arbeit für die Sichtbarmachung von Diskriminierung von trans*, bisexuellen und lesbischen Menschen of Color geleistet hat.

JUNGE / ÄLTERE LSBTIQ*

- Wie aus den Expert_innen-Interviews deutlich wird, sind junge trans* Menschen (meistens unter 18 Jahren) sehr stark von ihren Eltern abhängig, wenn es um Transitionswünsche geht. **Eigene Handlungsmacht ist rechtlich quasi nicht vorhanden und das Recht auf die eigene körperliche Selbstbestimmung wird verweigert.** So stellt die pauschale Verweigerung von Transitionswünschen von Kindern und der damit erhöhte Leidensdruck eine Kindeswohlgefährdung dar.
- Zum Schutz vor einer Kindeswohlgefährdung und Diskriminierung im Gesundheitssystem ist es unabdingbar, die Einwilligung des Kindes (insbesondere auf inter* Kinder bezogen) einzuholen, wenn nicht lebensnotwendige Maßnahmen durchgeführt werden sollen.
- Junge Menschen haben in der Regel noch nicht so viel Erfahrung, um mit Diskriminierungen umzugehen und geeignete Gegenstrategien zu entwickeln. Das Wissen über den eigenen Körper und Wünsche ist vorhanden. Es bedarf jedoch der Unterstützung (z. B. bei den bürokratischen Wegen) und einer vollumfassenden Aufklärung, wenn Transitionsmaßnahmen besprochen werden, um ihnen eine vollinformierte Einwilligung zu ermöglichen.
- Was von den Expert_innen ebenfalls als sehr problematisch beschrieben wird: je jünger trans* / nicht-binäre Menschen sind, desto schwieriger ist für sie der Zugang zum Gesundheitswesen. Auch wird häufig berichtet, dass sie in ihrer eigenen Geschlechtsidentität weniger ernst genommen werden.
- Auch ältere trans* und nicht-binäre Menschen werden in Bezug auf ihr Alter diskriminiert. **So wird berichtet, dass insbesondere älteren Menschen nur eine oberflächliche geschlechtsangleichende OP angeboten wird** (z. B. „aus Altersgründen“ nicht die Herstellung einer Neovagina).

8 Der Link zur LesMigraS-Studie „…Nicht so greifbar und doch real“ (2012): https://lesmigras.de/tl_files/lesmigras/kampagne/Dokumentation%20Studie%20web.pdf

- Auch der Bereich der Pflege ist für viele LSBTIQ* schwierig, da Pflegeanbieter nur selten auf die spezifischen Lebensrealitäten Rücksicht nehmen.
- Je älter Menschen werden, umso wahrscheinlich wird es, dass ihr Pflege- und / oder Assistenzbedarf steigt. Dies macht gerade LSBTIQ* und hier insbesondere trans* und nicht-binäre Menschen vulnerabler. Es wird hier von den Expert_innen empfohlen, dass die Pfleger_innen sensibel gegenüber Menschen sind, deren Körper nicht stereotype Erwartungen an Geschlecht bedienen, und sie die Lebensrealitäten der Menschen anerkennen. Gerade bei der Intimpflege (z. B. waschen, anziehen) müssen sich die Betroffenen entblößen. Es wird dabei immer wieder berichtet, dass Trans*-Körper Irritationen auslösen oder ihnen Kommentare oder eine unangebrachte Neugier entgegengebracht wird.

WEITERE ERKENNTNISSE

Insbesondere die Gesundheitsbereiche, in denen sich Menschen (körperlich oder psychisch) entblößen müssen, wurden als am problematischsten für alle LSBTIQ* beschrieben. Für trans* / nicht-binäre / inter* Menschen bedeutet es eine besondere Belastung, den eigenen nicht-stereotypen Vorstellungen entsprechenden Körper zur Schau zu stellen. Inter* Menschen haben häufig eine lange Chronik von entblößenden Behandlungen und einer Missachtung der eigenen Privatsphäre. BPoC werden häufig exotisiert und die Körper rassifiziert. Geflüchtete müssen sich sehr häufig insbesondere emotional entblößen und (intime) Geschichten von Gewalt und Diskriminierungen immer wieder ihnen unbekannten Menschen erzählen. Für lesbische Menschen können insbesondere entblößende Behandlungen durch cis Männer unangenehm und grenzüberschreitend sein. Sexualisierte Gewalt trifft sie, wie auch trans* / nicht-binäre Personen, wesentlich häufiger. Behinderte Menschen werden entweder aufgrund ihrer Körper gar nicht erst ernst genommen oder erleben mehr übergriffiges Verhalten, weil ihnen die Selbstbestimmung über die eigenen Körper abgesprochen wird.

Im psychotherapeutischen / psychiatrischen Bereich ist eine „Entblößung" des emotionalen und psychischen Gesundheitszustandes zwar für eine erfolgreiche Therapie teilweise notwendig. Doch ist hier sehr viel Sensibilität gefragt. Falsche Vorannahmen und eine falsche Fokussierung von Problemen können diskriminierende Erfahrungen auslösen.

- Ein häufig angesprochenes Thema ist Barrierefreiheit: So sind viele Bereiche des Gesundheitswesens nicht barrierefrei zugänglich, etwa für Menschen mit Rollstuhl und für Menschen mit Seh- oder Höreinschränkungen.
- Sehr häufig werden LSBTIQ* mit Behinderung in medizinischen und anderen Kontexten nicht ernst genommen und ihnen die Entscheidungsfähigkeit darüber abgesprochen, was gut für ihre Körper sei. Zudem gibt es zu wenig Wissen, was Risikofaktoren bei der Einnahme von Medikamenten angeht.
- Auch für LSBTIQ*, die einen Assistenzbedarf haben, ist sehr wichtig, dass ihre Assistent_innen sensibilisiert sind, d. h. sich mit den Lebenswelten auskennen und im Falle der Entscheidungsberechtigung im Sinne der betreuten Person entscheiden.

- Auch wenn *Wissen* häufig als Grundlage für eine gute, qualitativ hochwertige Versorgung benannt wird, ist hier **insbesondere auch eine positive Haltung der Mediziner_innen zu LSBTIQ* notwendig**. Es bringt Patient_innen nichts, wenn Therapeut_innen sich Wissen zu Trans*-Lebensweisen aneignen, aber gleichzeitig davon ausgehen, dass es eine „psychische Störung" sei, mit der Menschen „nur umzugehen lernen müssen".

- LSBTIQ*, die in Armut / prekären Lebenssituationen leben, erleben verschiedene Überschneidungen von Diskriminierung zusätzlich zu ihrer Geschlechtsidentität / sexuellen Orientierung:

    - Mit mehr Geld, einem „akademisch geschulten" Auftreten und sozialen Netzwerken ist der Schutz vor Diskriminierung einfacher (z. B. bei der Arzt_innenwahl oder dem Durchsetzen von Rechten).

    - Es gibt eine wissenschaftlich nachgewiesene **höhere gesundheitliche Belastung aufgrund von Armut** (Gomolla, M. 2017: Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung, Handbuch Diskriminierung). Auch das Diskriminierungsrisiko ist erhöht, so wurde in der Umfrage u. a. berichtet, wie Zahnmediziner_innen sich mit Kolleg_innen über den schlechten Zustand der Zähne von prekär lebenden Patient_innen lustig gemacht haben.

    - Das eigene Finanzieren von Gesundheitsleistung erschwert die Existenz / den Existenzaufbau. Gleichzeitig geraten Menschen dadurch u. U. in Abhängigkeit von sozialen Unterstützungssystemen.

    - Prekär lebende Menschen bekommen weniger gesellschaftlichen Respekt, **was sich auch in einem paternalistischen Verhältnis von Ärzt_in zu Patient_in widerspiegeln kann.** Sie leben häufiger in Stadtteilen, die lauter sind, eine höhere Luftbelastung haben, abgelegener sind – alles Faktoren, die sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirken, so dass die betreffenden Menschen z. B. mehr Zeit benötigen, um in therapeutischen Kontexten entspannen zu können.

    - Zudem ist Wohnungslosigkeit ein großes Problem bei trans* / nicht-binären Personen (aber auch bei anderen LSBI*), da dann viele der bestehenden Angebote zu hochschwellig sind, um unterstützend zu sein.

    - Auch Klasse und der Umfang, in dem sich Menschen sprachlich ausdrücken können (in ihrer Erstsprache, nicht-akademisch, gebärdend) sind Faktoren, die Diskriminierung im Gesundheitswesen beeinflussen. Nicht die medizinischen Behandlungen zu erhalten, die man möchte, weil sie nicht bezahlbar sind, zieht negative gesundheitliche Folgen nach sich.

    - **Trans* / nicht-binäre Menschen mit wenig finanziellen Ressourcen sind auf die Übernahme von Kosten für geschlechtsangleichende OPs oder Hormonbehandlungen durch die Krankenkassen angewiesen.** Sie haben meistens keine andere Wahl, als dieses belastende Verfahren durchzustehen.

- Weniger Beachtung in den Interviews mit Expert_innen und in der Umfrage fand das Problem der zweigeschlechtlichen Einteilung von Toiletten. Dieses allgegenwärtige Problem für trans* / nicht-binäre und inter* Menschen wird auch im Gesundheitswesen sichtbar. So gibt es diesbezüglich oft wenig Sensibilität in Praxen. Allein ein Toilettengang oder das Abgeben einer Urinprobe kann daher zu einem unfreiwilligen Outing oder diskriminierenden Kommentaren führen.

- Eine grundlegende Frage, die sich viele trans* / nicht-binäre und inter* Menschen, Geflüchtete, People of Color und Sexarbeiter_innen im Gesundheitswesen stellen müssen: **„Wer diskriminiert mich eigentlich nicht?"**

- Sexarbeiter_innen werden gesellschaftlich so stigmatisiert, dass Menschen ihnen gegenüber komplett ablehnend und feindlich eingestellt sind oder sie ungefragt aus ihren Lebenssituationen bringen möchten. Beides erschwert die selbstbestimmte Gesundheitsversorgung von Sexarbeiter_innen.

- Die Gesundheitsversorgung für trans* / nicht-binäre Menschen im Gefängnis ist ein Feld, mit dem sich bisher sehr wenig auseinandergesetzt wurde.[9] Neben dem ohnehin schon schwierigen Verfahren der Transition kommen weitere Probleme hinzu: die Einteilung in „Männer" und „Frauen"-Haftanstalten (meist am „biologischen" Geschlecht oder dem „Passgeschlecht" orientiert), eine nur nach Notfällen orientierte Gesundheitsversorgung, Stress und Gewalt während der Haft.

- Insgesamt gibt es jedoch immer wieder auch positive Rückmeldungen über medizinische Versorger_innen in Berlin, die LSBTIQ*-sensibel behandeln. Es ist hier aber zu beachten, dass gerade diese Behandler_innen als überlaufen beschrieben werden. Gleichzeitig ist es notwendig, zunächst überhaupt an LSBTIQ*-Communities angebunden zu sein, um Empfehlungen für diese Ärzt_innen bekommen zu können. Diejenigen, die (zunächst) auf sich allein gestellt sind oder negative Erfahrungen in den LSBTIQ*-Communities (z. B. aufgrund von Rassismus) machen, können diese Netzwerke nicht nutzen.

- LSBTIQ* Eltern bzw. diejenigen, die es werden möchten, stehen nicht nur im Bereich der sogenannten Reproduktionsmedizin vor Hürden. Da Elternschaft unweigerlich Berührungspunkte mit dem Gesundheitswesen hat, sei es während einer Schwangerschaft oder in der gesundheitlichen Versorgung für Kinder, ist auch hier die rechtliche Situation der Anerkennung von Elternschaft mitzudenken. So gibt es in der Verbindung Trans* / Nicht-Binarität und Elternschaft wenig bis kein Wissen im Gesundheitssystem und kaum Kompetenzen darin, wie eine gute medizinische Versorgung von trans* Männern aussieht, die Kinder gebären möchten.

- Auch LSBTIQ*, die in einer „nicht-normativen" Beziehung (z. B. poly oder alleinerziehend) leben, stehen immer wieder vor diskriminierenden Barrieren. So wird die Elternschaft von Beziehungspersonen in Frage gestellt bzw. nicht anerkannt, wenn diese nicht die „biologischen" Eltern sind. Dies kann zu schwierigen Situationen z. B. beim Aufsuchen von Kinderärzt_innen führen.

9 Eine von wenigen Gruppen, die sich mit dem Thema Trans* und Haft auseinandersetzt: http://transundhaft.blogsport.de/

- Inter* Menschen wird ein selbstbestimmter Kinderwunsch schon im Kindesalter genommen, wenn unnötige medizinische Maßnahmen ohne die Einwilligung der Betroffenen geschehen sind und somit die Reproduktionsfähigkeit verunmöglicht ist.
- Für alle LSBTIQ* stellt sich immer noch die Frage nach der Finanzierung von Reproduktionsmedizin. So werden Maßnahmen wie Kryokonservierungen und künstliche Befruchtung nicht von den Krankenkassen übernommen.
- Bisexuelle Menschen sind neben den Diskriminierungserfahrungen, die z. T. analog zu denen von schwulen und lesbischen Menschen sind, insbesondere mit fehlender Sichtbarkeit und **dem stetigen Gefühl konfrontiert, nicht in der eigenen Lebensweise ernst genommen zu werden**. In Verbindung mit nicht-monogamen Lebensweisen stellt sich hier das Problem, dass bei „gemeinsamen" (Geschlechts-) Krankheiten Partner_innen nicht gleichzeitig mitbehandelt werden, weil die Beziehungsform nicht anerkannt wird.
- Ein Aspekt, der in der Umfrage ebenfalls Erwähnung gefunden hat, ist fat shaming. Fett[10] zu sein wird immer noch mit vielen diskriminierenden und pathologisierenden Annahmen verknüpft, wovon auch LSBTIQ* betroffen sind, v. a. jene, die auch in anderen Hinsichten um eine Anerkennung der eigenen Körper ringen müssen.[11] Gerade im Gesundheitswesen wird Fettsein pathologisiert, als „Störung" gelabelt oder als monokausale Ursache für Krankheiten gesehen.

SCHWULE LEBENSWELTEN

- Insgesamt lässt sich die Gesundheitsversorgung für schwule cis Männer als am positivsten beschreiben. Aber auch für diese Gruppe gibt es gerade in Überschneidung mit weiteren Zugehörigkeiten (BPoC, schwule trans* Männer, Behinderung usw.) Diskriminierungen. Ein Aspekt dabei, der überdurchschnittlich in schwulen Communities Thema ist, ist ChemSex (Sex unter dem Einfluss von chemischen Substanzen). Neben gesundheitlichen Risiken, die hier auftreten können, beschrieben Teilnehmende der Online-Umfrage ChemSex als großes Tabuthema außerhalb von schwulen Communities, zu dem sie (mit Ausnahme schwuler Beratungskontexte) auf Vorurteile und wenig Wissen stoßen.
- Es gaben 17,2% der schwulen Männer an, aufgrund ihrer Geschlechtsidentität zwangsbehandelt worden zu sein.
- Ebenfalls ein mehrfach genanntes Thema sind sexuell übertragbare Infektionen (STI), insbesondere HIV. Hier wurden in den Interviews mehrfach Erfahrungen geschildert, wie Personen nicht behandelt wurden, und auch bei Notfällen fast nicht, da sie auf eine HIV-Erkrankung hingewiesen hatten. Da bei Mediziner_innen dazu mitunter immer noch veraltetes Wissen und wenige Kenntnisse zur PreP bestehen und z. T. Vorurteile mitschwingen, werden schwule Menschen mit HIV weiterhin unter Umständen nicht oder nur mit erhöhtem Diskriminierungsrisiko behandelt.

10 Wir benutzen „fett" in dem empowernden Verständnis, den fetter queerer Aktivismus dazu hat, siehe z. B. hier: https://maedchenmannschaft.net/fetter-queerer-aktivismus/

11 Empowernde und kritische Beiträge gibt es z. B. von SchwarzRund: https://schwarzrund.de

LSBTIQ* MIT HIV

- HIV und trans* ist weiterhin ein sehr marginalisiertes Thema.[12] Auch in den qualitativen Interviews wird festgestellt, dass es für trans* / nicht-binäre Menschen mit HIV kaum Anlaufstellen in Berlin gibt. Gleichzeitig gibt es keine repräsentativen Daten zum Thema Trans* und HIV für Deutschland. Es lässt sich weiterhin vermuten, dass trans* / nicht-binäre Personen eine Risikogruppe bilden.
- Schwul und HIV werden immer noch in einen kausalen, stigmatisierenden Zusammenhang gebracht. So führt dies zu diskriminierenden Regelungen, was z. B. Verbote beim Blutspenden angeht.

12 Siehe dazu z. B. Arn Sauer 2012: HIV und Trans* – (k)ein Thema oder viele?, HIV & More (2)

ZUM UMGANG MIT DISKRIMINIERUNG UND UNTERSTÜTZUNG

UMGANGSWEISEN & STRATEGIEN

- Abbruch und Vermeidung der diskriminierenden Situationen sind sehr typische Umgangsweisen mit Diskriminierung, weil dies zunächst als Schutz vor psychischer Belastung gesehen wird. Langfristig jedoch kann eine Vermeidung gerade in Bezug auf das Gesundheitswesen schwerwiegende Folgen haben, wenn Erkrankungen nicht behandelt werden.
- Weitere Umgangsweisen (die ebenfalls in der Fachliteratur beschrieben werden) sind selbstverletzendes Verhalten bis hin zur Suizidalität, sowie gesundheitsschädlicher Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen. Häufig reagieren Menschen auch mit sozialem Rückzug oder depressivem Verhalten aufgrund eines hohen Leidensdrucks.
- Als Selbstfürsorge empfehlenswert kann die Suche nach Unterstützung in der Community oder Austausch mit Menschen aus dem sozialen Umfeld sein.
- Ein häufig genanntes Phänomen ist, dass sich viele LSBTIQ* alleine durch das Gesundheitssystem inkl. seiner möglichen Barrieren „durchschlagen“ und sich erst dann um Unterstützung bemühen, wenn es nicht mehr anders geht. Gleichzeitig gibt es einen großen Anteil an Personen, die sich an Beratungsstellen und Unterstützungsnetzwerke wenden, um bestimmten Diskriminierungserfahrungen präventiv entgegenzuwirken bzw. deren Auswirkungen gering zu halten. Dies bedarf jedoch eines sozialen Netzwerkes und der eigenen Kraft. Nicht allen Menschen ist dies möglich.
- Was sich ebenfalls häufig in Bezug auf Diskriminierung beobachten lässt: Menschen internalisieren Benachteiligungen und Stigmatisierungen aufgrund ihrer Sozialisation und / oder des häufigen Erlebens. So werden negative Fremdzuschreibungen übernommen, Beleidigungen nicht wahrgenommen oder das Gefühl entwickelt, minderwertig zu sein. Eine weitere mögliche Folge dieser Internalisierung ist, dass ihretwegen Diskriminierungen weniger gemeldet werden und sich Unterstützung „von außen“ verwehrt wird.

UNTERSTÜTZUNG

- Unterstützung suchen sich die meisten Menschen, was auch in der Online-Umfrage deutlich wird, im direkten sozialen Umfeld. An zweiter Stellen stehen LSBTIQ*-Beratungsstellen, welchen häufig eine hohe Kompetenz zugeschrieben wird.
- Ebenfalls unterstützend kann sein, zu lernen, sich direkt in der diskriminierenden Situation Hilfe von anderen Menschen zu suchen.

- Staatliche Anlaufstellen wie z. B. Antidiskriminierungsstellen, Gleichstellungsbeauftragte, Patient_innenbeauftragte oder auch die Polizei werden nur in den seltensten Fällen aufgesucht. Dies kann verschiedene Ursachen haben. So wurde von Teilnehmenden der Umfrage u. a. genannt, dass diese Stellen nicht bekannt sind, von ihnen keine Unterstützung erwartet werde, oder erlebte Diskriminierung als „nicht so schlimm", relevant oder überhaupt als solche gesehen werde. Zudem hält die Angst vor weiterer Diskriminierung oder nicht ernst genommen zu werden, Menschen davon ab, sich an diese Stellen zu wenden.
- Unterstützung können insbesondere junge Menschen auch bei ihren Eltern finden, vorausgesetzt diese respektieren die Selbstbestimmung der Kinder / Jugendlichen und unterstützen sie in den Transitionsprozessen.
- Queere Jugendgruppen und -Beratungsstellen bieten häufig wichtige Anlaufpunkte, um Fragen und andere Anliegen zu besprechen, sich mit Peers auszutauschen und ein soziales Umfeld zu knüpfen.
- Wichtige Unterstützungsquellen können auch social media Kanäle wie Youtube, Tumblr o. ä. sein. Dies liegt auch daran, dass es immer noch wenig gebündeltes und verständlich aufbereitetes Wissen für (junge) trans* / nicht-binäre und inter* Menschen gibt. Daher kommt relevantes Wissen häufig aus den Communities selbst.
- Unterstützung für geflüchtete LSBTIQ* ist dahingehend wesentlich, da ihnen einerseits Zugänge zur Gesundheitsversorgung verwehrt sind und z. T. wenig Kenntnisse über die Versorgungswege bekannt sind. So sind Netzwerke unabdingbar, die diese Kenntnisse vermitteln und auf den Wegen begleiten. Gleichzeitig sind auch medizinische Hilfen wichtig, um eine Grundversorgung anzubieten.

EMPFEHLUNGEN UND FORDERUNGEN

Aus den Erkenntnissen der qualitativen Interviews und der Online-Umfrage leiten wir folgende Empfehlungen und Forderungen ab:

MEHR (GESUNDHEITS-)FORSCHUNG ZU DISKRIMINIERUNG:

- Zukünftige quantitative Studien sollten sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen und eine statistisch repräsentative Teilgesamtheit von LSBTIQ* erfassen.
- Diskriminierungsforschung fördern: Meta-Studie zur Erfassung von Diskriminierungsformen
- Es bedarf mehr Forschung zu Wirkung und Wechselwirkung von Hormonen und eines wissenschaftlichen Austausches der Akteur_innen des Gesundheitssystems mit LSBTIQ*- Communities.

MEHR FORT- UND WEITERBILDUNG:

- Fortbildungen von medizinischem Personal und Mediziner_innen zu LSBTIQ*- (v. a. Trans*- / Nicht-binären- und Inter*-) Lebensweisen (sowie anderen Beziehungsmodellen)
- Einbettung von trans* / nicht-binärer und inter* Versorgung in die Curricula von Ausbildungsberufen (Studium, Ausbildung etc.) unter Einbezug von Wissen aus LSBTIQ*-Communities

ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG:

- Einfacher Zugang zu trans*-spezifischer Versorgung (siehe auch S3-Richtlinien). Entwicklung von nicht-binären Versorgungsleitlinien
- Berücksichtigung von Mehrfachdiskriminierung und marginalisierten Gruppen, wie Geflüchteten, Sexarbeiter_innen, Menschen mit HIV, in Haftanstalten u. a.
- Einfache Übernahme von Kosten für transitionsspezifische Behandlungen
- Mehr Kassensitze für approbierte Psychotherapeut_innen mit Fachkenntnissen zu LSBTIQ*
- Ausbau der Gesundheitsversorgung zur Verringerung von Wartezeiten
- Mehr Aufklärung über STIs und die kostenlose Vergabe von Verhütungsmitteln
- Praxen darin unterstützen, barrierefrei zu werden
- „geschlechtliche Unterbringung“ von trans* / inter* und nicht-binären Menschen nach den Bedürfnissen der Betroffenen
- Ausfinanzierte und für Betroffene kostenlose und unbürokratische Sprachmittlung (insb. für geflüchtete LSBTIQ*) sicherstellen
- patient_innenbezogene Abläufe in den Praxen trans*- / nicht-binär- und inter*-sensibel gestalten (z. B. keine oder offene Angabe der Geschlechtsidentität)

STÄRKUNG VON ANTIDISKRIMINIERUNGSARBEIT:

- Vernetzung der Akteur_innen aus der Antidiskriminierungsarbeit (insgesamt sowie bezogen auf LSBTIQ*) und dem Gesundheitswesen
- Mitbestimmung durch die Betroffenen und Rückgriff auf deren Expertise in Bezug auf ihre eigenen Lebensrealitäten
- Mehr finanzielle Ressourcen für Projekte, die Betroffene von (Mehrfach-)Diskriminierung stärken

- Erfassungssystem zur Dokumentation von Diskriminierungsfällen im Gesundheitswesen in Berlin
- Empowerment von LSBTIQ*, die Diskriminierung erlebt haben, um gesundheitliche Folgen abzumildern

RECHTLICHE UND GESELLSCHAFTLICHE FORDERUNGEN:

- Anwendung der S3-Richtlinien
- s. a. die Malta-Deklaration (Entpathologisierung der Variationen der Geschlechtsmerkmale innerhalb medizinischer Leitlinien, Protokolle und Klassifikationen), Forderungen von OII Germany (u. a. kein Geschlechtseintrag bei Geburt oder Geschlechtsregistrierung gänzlich abschaffen, nur selbstbestimmte Geschlechtsregistrierungen, Verbot uneingewilligter oder nicht vollständig informierter geschlechtsverändernder kosmetischer medizinischer Eingriffe, insbesondere an Kindern)
- ein nicht-pathologisierendes Verfahren (keine Gutachten, Atteste, Gerichtsverfahren) für Personenstands- und Vornamensänderung
- ein einfach zugängliches Beschwerdesystem, mit Strategien zur Vermeidung von Diskriminierungen
- transparente Inverantwortungnahme von übergriffigen Ärzt_innen durch (Zahn-) Ärztekammern, ggf. Entzug von Approbationen prüfen
- Festgelegte rechtliche Selbstbestimmung von trans* / nicht-binären und inter* Jugendlichen und Kindern
- keine Menschenrechtsverletzungen an Inter*
- persönliche, vollständige und informierte Zustimmung zu medizinischen Behandlungen im Gesundheitswesen als Standard etablieren
- Maßnahmen zu Sichtbarkeit von inter* Menschen in der Gesellschaft bei gleichzeitigem Schutz vor Diskriminierung fördern
- barrierefreie Informationen zum Gesundheitswesen, zu Behandlungen und anderen gesellschaftlich relevanten Bereichen in einfacher und verständlicher Sprache (bzw. mehrsprachig)
- Entpathologisierung von Behinderung
- Förderung von medizinischen Ausbildungen / Studium von geflüchteten LSBTIQ*, BPoC, trans* / nicht-binären und inter* Menschen, um vielfältigere Peers in allen Ebenen des Gesundheitssystems zu treffen

IMPRESSUM

SCHWULEN BERATUNG BERLIN
VIELFALT LEBEN

Herausgeberin
Schwulenberatung Berlin gGmbH
Niebuhrstraße 59/60
10629 Berlin
V.i.S.d.P. Marcel de Groot

1. Auflage 2019
„Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“
Diskriminierung von LSBTIQ* im Gesundheitssystem in Berlin

Die quantitative Umfrage entstand in Zusammenarbeit mit:
Dr. Tamás Jules Fütty und Dr. Arn T. Sauer.

Koordiniert und durchgeführt wurde die Erhebung von
Tilly Tracy Reinhardt, Antidiskriminierungsprojekt
StandUp der Schwulenberatung Berlin.

Im Auftrag von und gefördert durch die Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS) in der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung

Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung
Fachbereich LSBTI

Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung

be Berlin

ERGEBNISSE DER ERHEBUNG:

„Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem“ des Antidiskriminierungsprojekts StandUp der Schwulenberatung Berlin

SCHWULEN
BERATUNG
BERLIN
VIELFALT LEBEN

SCHWULENBERATUNGBERLIN.DE