

IMPRESSUM



**SCHWULEN
BERATUNG
BERLIN**

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

1. Auflage veröffentlicht 2019 (Erstellt 2019)

„Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“

Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und Queers* (LSBTIQ*)
im Gesundheitswesen in Berlin

Studie zur Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem

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

Koordiniert, durchgeführt und ausgewertet 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



Senatsverwaltung
für Justiz, Verbraucherschutz
und Antidiskriminierung



Inhaltsverzeichnis

0. Abstract / Zusammenfassung	IV
1. Einleitung	1
2. Übersicht Forschungsstand.....	4
2.1. Diskriminierung	5
Was ist überhaupt Diskriminierung?	5
Wahrnehmung von Diskriminierung.....	6
Intersektionalität / Mehrfachzugehörigkeiten / Mehrfachdiskriminierung	6
Wie kann Diskriminierung empirisch erforscht werden?.....	7
2.2. Bisherige Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von LSBTIQ* und Diskriminierung	8
Studienübersichten.....	10
Studien aus dem internationalen und deutschsprachigen Raum	11
Trans* und Sexarbeit:.....	16
Erfassung von gewaltvollen Übergriffen	16
Auswirkung von Diskriminierung auf die Gesundheit (Minoritäten-Stress-Modell).....	17
Zwischenzusammenfassung	20
2.3. Gesundheitswesen.....	21
Zugang.....	22
Institutionelle und bürokratische Gesundheitsversorgung.....	22
Institutionelle und gesetzliche Regelungen.....	22
Pharmazeutische Gesundheitsversorgung	23
Edukative, pädagogische und epistemische (wissensbezogene) Gesundheitsversorgung – von der Ausbildung bis zur gesundheitlichen Aufklärung	24
Gesundheitliche Versorgungsbereiche	24
2.4. Einschätzung des Forschungsstandes / Forschungslücken.....	25
3. Methoden	27
3.1. Repräsentation / Forschungsethik / Reflexion der Durchführung	27
3.2. Quantitativer Teil	28
3.3. Qualitativer Teil	30
4. Auswertung	32
4.1. Quantitativer Teil (Online-Umfrage)	32
Beschreibung der Stichprobe (Sample)	32
Allgemeine Ergebnisse.....	35
Quantitative Fokusgruppen	40
Lesbische Menschen.....	40

Trans* / Nicht-Binarität	42
Mehrfachdiskriminierung und –Zugehörigkeit	46
4.1.1. Auswertung der offenen Antworten	46
4.2. Qualitativer Teil	47
Trans* / Nicht-Binäre Menschen	49
Inter* Menschen	55
Geflüchtete LSBTIQ*	58
Lesbische Menschen	62
Schwarze Menschen / People of Color	64
Junge / Ältere LSBTIQ*	65
• Weitere Erkenntnisse	66
Zum Umgang mit Diskriminierung und Unterstützung	70
Unterstützung	70
5. Zusammenfassung	72
6. Maßnahmen / Empfehlungen	76
7. Anhang	80
7.1. Glossar / Begriffserklärungen	80
7.2. Literaturverzeichnis	96
7.3. Tabellenverzeichnis	109
7.4. Tabellen und Abbildungen	110
7.5. Fragebogen	122
7.6. Interviewleitfaden	145
7.7. Codesystem	148

0. Abstract / Zusammenfassung

In der Studie zur Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem werden mit quantitativen und qualitativen Methoden Daten zur Situation für LSBTIQ* im Gesundheitswesen in Berlin erhoben. Diese werden anhand einer ausführlichen Literaturrecherche verglichen und hieraus Maßnahmen und Empfehlungen gefolgert. Für viele LSBTIQ* stellt sich grundlegend die Frage: „Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“ Im Gesundheitswesen ist dies der Fall, wie diese Studie aufzeigt, wie auch für in vielen anderen Lebensbereichen. Im Gesundheitswesen hat dies meist einen doppelten negativen Effekt: Viele LSBTIQ* sind aufgrund von Diskriminierungserfahrungen, die ihren Gesundheitszustand verschlechtern, auf Unterstützung im Gesundheitssystem angewiesen. Gleichzeitig werden LSBTIQ* im Gesundheitswesen diskriminiert und meiden deswegen, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen oder müssen sich diese erkämpfen. Dies alles hat zur Folge, dass sich der Gesundheitszustand von LSBTIQ* verschlechtert und eine gesellschaftliche Teilhabe erschwert wird. Dabei sind die Diskriminierungserfahrungen und Orte, wo diese gemacht werden, sehr unterschiedlich und überschneiden sich mit weiteren Diskriminierungsfaktoren.

1. Einleitung

Die Gesellschaft ist vorherrschend in zwei Geschlechtskategorien eingeteilt: „Mann“ und „Frau“. Heterosexualität stellt immer noch durch verschiedenste Machtsysteme die hegemoniale sexuelle Orientierung dar.¹ Beides spiegelt sich in sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen wieder. Dies gilt auch für das Gesundheitswesen.²

Viele LSBTIQ*° (Lesben°, Schwule°, Bisexuelle°, Trans*°, Inter*°, nicht-binäre° Menschen und Queers° müssen sich im Laufe ihres Lebens die Frage stellen, „wo werde ich eigentlich *nicht* diskriminiert“. Diese Frage ist ein zentrales Ergebnis unserer Projektstudie zur „Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem“. Eigentlich stellt eine diskriminierungsfreie, überhaupt vorhandene und qualitätsgesicherte Gesundheitsversorgung einen Standard von Menschenrechten dar. Wo dieser Standard nicht eingehalten wird, wird er von menschenrechtlichen Institutionen und NGOs immer wieder eingefordert.³ Neben den Menschenrechten soll es einen verbrieften Schutz vor Diskriminierung° geben, der über Gesetze, wie dem Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz garantiert werden soll. Dennoch ist es traurige Realität für LSBTIQ*, alltäglich Diskriminierung zu erfahren, und gerade auch im lebensnotwendigen Gesundheitssystem. Neben der Diskriminierung an sich, welche schon gesundheitliche Folgen nach sich ziehen kann, ist zu vermuten, dass eine Diskriminierung gerade im Gesundheitssystem noch drastischere Folgen hat.

In den letzten Jahren und Jahrzehnten sind Themen von LSBTIQ* mehr und mehr in der Gesellschaft wahrnehmbar. Dies ist insbesondere dem stetigen Bemühen vieler nicht selten ehrenamtlich tätigen Gruppen, Organisationen und Einzelpersonen zu verdanken und ist weiterhin notwendig. Mit dem Projekt zur „Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem“ möchten wir einen Beitrag leisten, die Situation von LSBTIQ* im (Berliner) Gesundheitswesen besser zu verstehen, festzustellen an welchen Stellen was „schiefläuft“ und welche Handlungsbedarfe sich hieraus ergeben.

Das Projekt unterteilt sich in eine quantitative Befragung, welche insbesondere die Nutzer_innen von Dienstleistungen des Gesundheitswesens ansprechen soll, und in eine qualitative Befragung. Mit einer Triangulation von Methoden versuchen wir Daten auf unterschiedliche Weisen zu erheben und zu vergleichen, um einen weiteren Überblick über das Feld zu bekommen.

Fortlaufend werden von ratsuchenden LSBTIQ* des Projektes StandUp und anderer Beratungsstellen Diskriminierungsfälle in der Gesundheitsversorgung berichtet. Diese werden als sehr belastend dargestellt, da insbesondere der Lebensbereich Gesundheit einen existentieller Bereich darstellt und in diesem Sinne doppelt LSBTIQ* betrifft. Einerseits sind LSBTIQ* Risiken aufgrund alltäglicher Diskriminierung ausgesetzt, weswegen sie zusätzlich Angebote wie psychosoziale und psychologische Beratung, peer-to-peer Beratung, HIV-Beratung u. a. in Anspruch nehmen. Dies setzt voraus, dass die Zugänge dazu überhaupt möglich sind, was sie aus unterschiedlichen Gründen oft nicht sind). Andererseits werden sie in dem Bereich des Gesundheitswesens aufgrund ihrer sexuellen / geschlechtlichen Identität diskriminiert. Mehrfachdiskriminierungen° verstärken hierbei die Diskriminierungserfahrungen und erschweren / verunmöglichen Zugänge zum Gesundheitswesen.

¹ Wir setzen „Frau“ bzw. „Mann“ in Anführungszeichen, wenn es nicht als Selbstbezeichnung oder spezifische Geschlechtsidentität gemeint ist. Wenn Frau* bzw. Mann* geschrieben wird, möchten wir darauf hinweisen, dass es verschiedene Geschlechtsidentitäten gibt, die sich als Männer* und Frauen* bezeichnen, auch wenn dies ihnen häufig abgesprochen wird.

² Am Ende der Arbeit findet sich ein Glossar, in dem wir versuchen, verschiedene Begriffe, die schwierig sind bzw. unterschiedliche Bedeutungen haben, zu erklären. Begriffe sind mit einem ° gekennzeichnet, wenn sie im Glossar erklärt werden.

³ Dem entgegen steht das Grundgesetz, aus welchem sich nach der Beurteilung des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages „kein Anspruch des Einzelnen gegen den Staat auf gesundheitliche Versorgung im Sinne der Kostenübernahme für bestimmte Heilmaßnahmen hergeleitet werden [kann]“. Lediglich für den Aufbau eines funktionsfähigen Gesundheitssystems sei der Staat verantwortlich, was wiederum einen großen Interpretations- und Gestaltungsspielraum zulässt (Deutscher Bundestag 2015).

Das Projekt hat die Zielsetzung, erstmalig quantitative Daten zu Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem zu erfassen. Daneben sollen diese quantitativen Daten mit qualitativen Daten verglichen und verifiziert werden.

Zu Beginn des Projektes haben wir Fragestellungen erarbeitet, unter denen wir die Studie betrachten möchten. Die Fragestellungen haben sich auch aus der Zusammenarbeit mit verschiedenen Expert_innen⁴ und Menschen aus Communities ergeben sowie aus eigenen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem:

- *Wer erlebt Diskriminierung, durch wen, auf welche Weise und mit welchen Folgen?*
- *Wie sind diese Diskriminierungserfahrungen verteilt?*
- *Welche Diskriminierungserfahrungen machen LSBTIQ* im Gesundheitssystem in Berlin?*
- *Wie steht es um den Zugang zur Gesundheitsversorgung und präventive Angebote für Menschen in Berlin, die sich als LSBTIQ* identifizieren?*
- *Welche Gruppen innerhalb von LSBTIQ* erleben Mehrfachdiskriminierung / haben hier einen besonderen Bedarf?*

Der Arbeit gehen bestimmte Vorannahmen voraus, die während dieser Arbeit überprüft, bestätigt oder widerlegt werden sollen:

- Die Gesundheitsversorgung in Berlin für LSBTIQ* ist nicht allen Gruppen zugänglich.
- LSBTIQ* erleben Diskriminierungen im Gesundheitssystem, was bereits einen fehlenden Zugang miteinschließt.
- LSBTIQ* nehmen Gesundheitsversorgung, die sie bräuchten, nicht immer in Anspruch aufgrund von erlebter Diskriminierung und / oder aus Angst vor dieser.
- 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.

Wie sich bereits abzeichnet, ist diese Forschung eine, die insbesondere aus einer praxisbezogenen Perspektive blickt und so auch den Fokus auf die „vermeintlichen Forschungsobjekte“ hat. Wir sehen uns als „Forschende“ auf Augenhöhe mit gleichen oder ähnlichen Betroffenheiten, und sollten diese aufgrund von Privilegien nicht vorhanden sein, dann haben wir den Anspruch, diese zu reflektieren und ihre Wirkungen mit in die Arbeit einzubeziehen. So ist unser Anspruch nicht, eine „objektive Wissensproduktion“ zu leisten, da wir diese für unmöglich halten. Ein wesentlicher Bestandteil unserer Forschung ist eine Partizipation zwischen allen Beteiligten an dieser Studie vor und während ihrer Erstellung und nach ihrer Veröffentlichung zu gewährleisten.

Darüber hinaus lässt sich auch die Forschung als eine Pilotstudie begreifen, die sich erstmalig im Raum Berlin dem Thema Diskriminierungserfahrungen von LSTBIQ* im Gesundheitssystem widmet und versucht, diese systematisch zu erfassen.

Eine besondere Schwierigkeit, die sich nicht nur durch diese Arbeit, sondern durch alle Bereiche der (Anti-)Diskriminierungsforschung und -arbeit zieht, ist die sprachliche Verwendung von Begriffen und essentialisierenden^o bzw. festschreibenden Kategorien.

⁴ Mit dem „gender gap“^o möchten wir auf die sprachliche Lücke verweisen, die es im Deutschen nicht ermöglicht, verschiedene Geschlechter sprachlich abzubilden. Die Lücke kann auch auf die verschiedenen weiteren Geschlechtsidentitäten außerhalb von „Mann“ und „Frau“ verweisen. Mehr dazu findet sich im Glossar.

Wir gehen sprachlich vom Akronym LSBTIQ* (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter*, Queers) aus, welches sich in vielen Publikationen wiederfindet und eine Mindestanzahl an unterschiedlichen nicht heteronormativen und binären sexuellen Orientierungen und Identitäten umfasst. Uns ist bewusst, dass sich daneben weitere Identitäten und Orientierungen „verbergen“, die sich auch durch Hinzufügen weiterer Akronyme (z. B. LSBTIQPAN+++) nicht abbilden ließen. Um dennoch anzudeuten, dass es mehr Identitäten gibt, als es einige Buchstaben abbilden können, verwenden wir den sogenannte Asterisk° (*). Gleichzeitig verwenden wir dieses Symbol auch hinter Wörtern wie trans* oder inter*, um ebenfalls bei diesen „Sammelbegriffen“ (umbrella terms) den Raum für weitere Identitäten zu lassen. Weitere Anmerkungen zu diesen und anderen in der Arbeit verwendeten Begriffen findet sich auch im [Glossar](#). In verschiedenen Kontexten wird darüber reflektiert, wie sprachlich ausgedrückt werden kann, was durch eine bisher v. a. binäre Sprache, wie dem Deutschen, nicht möglich ist auszudrücken. An dieser Stelle möchten und können wir nicht diese Diskussion führen, sondern uns der Praxis halber auf sprachliche Verwendungen beziehen, die bereits Anwendung gefunden haben und diskutiert wurden, wenn auch nicht abschließend. Wir möchten ebenfalls darauf hinweisen, dass die Verwendung von diesen und anderen Begriffen wie *weiß*, Schwarz, Queer, geflüchtet oder PoC (People / Person of Color) etc. sich auf gesellschaftlich konstruierte Kategorien bezieht und nicht allein die Identität einer Person oder Gruppe widerspiegeln können und insbesondere nicht auf diese Kategorie allein festschreibt (essentialisieren).⁵ Um dennoch bestimmte Lebensrealitäten beschreiben zu können und begreifbar zu machen, greifen wir auf diese Begriffe zurück, verstehen sie aber nicht als endgültige, deterministische und fest-schreibende Begriffe (strategischer Essentialismus).

Im Folgenden versuchen wir, dem o. g. gerecht zu werden und den Forschungsprozess darzustellen. Dazu geben wir in Kapitel (2.) eine „[Übersicht über den Forschungsstand](#)“, der sich in „[Diskriminierung von LSBTIQ*](#)“ (2.1), [Bisherige Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von LSBTIQ* und Diskriminierung](#) (2.2), das „[Gesundheitswesen](#)“ (2.3) und „[Einschätzung des Forschungsstandes / Forschungslücken](#)“ (2.4) unterteilt. Anschließend folgt eine Beschreibung des Forschungsvorgehens bzw. der angewandten „[Methoden](#)“ (3.). Diese unterteilt sich wiederum in die [Reflexion des Forschungsvorgehens](#) (3.1), [den quantitativen](#) (3.2) und [qualitativen](#) (3.3) Teil.

Im Kapitel der [Auswertung](#) (4.) behalten wir diese Unterteilung fort und beschreiben und interpretieren die Ergebnisse anhand der verschiedenen Fokusgruppen. Diese [Ergebnisse](#) fassen wir anschließend zusammen (5.) und folgern daraus [Maßnahmen und Empfehlungen](#) (6.), die sich an politische, gesundheitsbezogene Institutionen und die Communities wenden.

⁵ Wir setzen *weiß* kursiv, um auf die Konstruktion race° aufmerksam zu machen. Gleichzeitig wird Schwarz / BPoC° großgeschrieben, um auf den empowerenden Charakter des Begriffes aufmerksam zu machen, der so in Schwarzen / BPoC Communities verwendet wird.

2. Übersicht Forschungsstand

Mittlerweile, und das ist positiv, gibt es eine ganze Reihe an Studien, die sich mit Diskriminierung und / oder Gewalt gegen lesbische, schwule, bisexuelle, inter*, trans* und queere Menschen (LSBTIQ*) befassen. So werden unterschiedliche Lebensrealitäten sichtbar gemacht. Einen Forschungsstand zur Gesundheitsversorgung von LSBTIQ* in Berlin abzubilden, ist hingegen nur in mancher Hinsicht möglich. Es gibt nach Stand unseres Projektes keine Studie, die sich mit der Schnittstelle von LSBTIQ*, Diskriminierung und Gesundheitsversorgung in Berlin beschäftigt. In der Studie erfolgt der Blick zunächst auf das Feld Berlin. Darüber hinaus ist es wichtig, das Feld auszuweiten und solche Studien sowohl lokalspezifisch, bundesweit sowie global / international durchzuführen.

Allein bei den Bereichen LSBTIQ*, Gesundheitswesen und Diskriminierung wird der ausgedehnte Rahmen der Studie deutlich. Bereits aus dem Akronym LSBTIQ* können sehr viele unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten verstanden werden. Hinter jedem dieser Buchstaben und solchen, die nicht aufgeführt sind, gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Selbstbezeichnungen: Lesbisch / Butch / Feme / Schwul / Gay / Bisexuell / Pansexuell° / Asexuell° / Trans* / Transgeschlechtlich / Transexuell / Transident / Nicht-binär / Agender / Inter* / Intergeschlechtlich / Intersexuell / queer / ... / – um nur einige zu nennen. Gleichzeitig werden häufig gerade nicht-westliche Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen nicht beachtet (Two Spirit, Hijra, Burrnesha, Sakalava, Muxe, X-gender, Xanith, Fa'afafine Whakawahine, Wakatane u. a.). Es gibt also eine Vielzahl verschiedener „kultureller“ Geschlechtsidentitäten. Um dennoch eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen sehr unterschiedlichen Gruppen zu erreichen, versuchen wir, (die wir uns auch unter diesem Akronym wiederfinden können) uns auf Lebenswelten zu konzentrieren, die allgemein nicht der heteronormativen, cisgeschlechtlichen°, dyadischen° und binären Gesellschaft entsprechen. Gleichzeitig ist es uns nicht möglich, alle unterschiedlichen Lebenswelten zu erfassen, auch wenn wir es im Rahmen unserer Möglichkeiten versuchen. Dies schließt insbesondere auch Überschneidungen verschiedenster (Mehrfach-)Zugehörigkeiten (Klasse°, race°, Alter°, ...) ein.

Ein weiterer Bereich ist das Gesundheitswesen. Wie im Kapitel (2.1) bereits deutlich werden wird, ist das Gesundheitswesen kein wissenschaftlich festgelegter Bereich und kann je nach Sichtweise sehr viele unterschiedliche Aspekte betreffen. Wir haben uns für eine möglichst offene Perspektive entschieden. Grund hierfür ist die Überschneidung der Thematik mit anderen gesellschaftlichen Bereichen, wie Recht, Öffentlichkeit, gesellschaftliche Diskriminierung usw.. Zugleich kommen LSBTIQ* aufgrund ihrer Lebensrealitäten i. d. R. häufiger und in unterschiedlichster Weise mit Bereichen des Gesundheitswesens (Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), STI°-Prävention°, Endokrinologie, Chirurgie, Psychotherapie) in Kontakt – als heterosexuelle / dyadische / cisgeschlechtliche Menschen.

Diskriminierung und Diskriminierungsforschung entstand insbesondere aus aktivistischen Kontexten und ist mit ihnen immer noch eng verbunden. Mittlerweile haben sich Forderungen und Leitlinien aus der Antidiskriminierungsarbeit institutionalisiert und wurden in Gesetze mit aufgenommen. Daher betrachten wir Diskriminierung auf unterschiedlichen Ebenen, die Perspektiven aus rechtlicher, institutioneller, gesellschaftlicher und communitybasierter und individueller Sicht mitberücksichtigt.

Um den einzelnen Feldern sowie ihren Schnittstellen gerecht zu werden, haben wir uns dazu entschieden, den Forschungsstand folgendermaßen abzubilden: [Diskriminierung \(LSBTIQ*\)](#) (2.1), [Bisherige Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von LSBTIQ* und Diskriminierung](#) (2.2), [Gesundheitswesen](#) (2.3) und [Forschungslücken](#) (2.4) .

° STI° ist eine englischsprachige Abkürzung und bedeutet sexually transmitted infections (sexuell übertragbare Krankheiten).

2.1. Diskriminierung

Versuche, Diskriminierung zu definieren, gibt es sehr viele. Sie unterscheiden sich i. d. R. nach unterschiedlichen Perspektiven: rechtlich, soziologisch, psychologisch, pädagogisch, aktivistisch u. a. (...). Es stellt sich daher die Frage, lässt sich Diskriminierung immer einheitlich definieren oder unterliegt der Begriff nicht auch einem Wandel, je nach Zeit, Situation und gesellschaftlichem Kontext?

Der Begriff kommt aus dem lateinischen „discriminare“, was so viel bedeutet wie absondern, abgrenzen oder unterscheiden. Ein Teil der Bedeutung wird hier schon einmal deutlich. Menschen werden aufgrund von unterschiedlichen Zuschreibungen wie Aussehen, Zugehörigkeit zu einer Gruppe etc. getrennt. Dem kommt noch die Dimension der Benachteiligung, negativen Bevorzugung und Herabwürdigung hinzu.

Wir möchten hier unsere Definition von und Perspektive auf Diskriminierung vorstellen:

Was ist überhaupt Diskriminierung?

Diskriminierung unterscheidet, schließt aus, benachteiligt oder bevorzugt. Sie trifft Menschen aufgrund ihrer (zugeschriebenen) ethnischen Herkunft, ihrer Nationalität, Sprache, Religion, Hautfarbe bzw. äußeren Erscheinung, ihrer Klasse, ihres Alters, ihrer Geschlechtsidentität, ihres Aufenthaltsstatus, einer Behinderung^o, 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 cis⁷ 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.

In der Diskriminierungsforschung⁸ wird aber nicht allein die Benachteiligung in den Blick genommen, denn Machtstrukturen, die sich in Diskriminierungen von Gruppen äußern, gehen immer mit einer Privilegierung von einer anderen Gruppe einher. Diskriminierende Machtstrukturen äußern sich immer auch auf einer individuellen, strukturellen und institutionellen Ebene und haben sich mit der Zeit (historisch) verändert, sind gewachsen oder auch zum Teil geringer geworden, aber stetig existent. So werden Benachteiligungen absichtlich und unabsichtlich von verschiedenen Institutionen wie Staaten, Behörden, Familien, Einrichtungen usw. aufgrund von Strukturen und Individuen aufrechterhalten. Dies macht Diskriminierung systematisch.

Ein Unterschied zwischen dem Prozess, der zur Benachteiligung und Diskriminierung führt, ist, dass es zwar Diskriminierung nie ohne (strukturelle, materielle, individuelle) Benachteiligung geben kann, Benachteiligung nicht aber unbedingt eine Diskriminierung darstellen muss. Diskriminierung ist auch immer ein relationales und erfahrungsbezogenes Phänomen.

⁷ 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*-Communities, 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; zuletzt geprüft 04.11.2019).

⁸ In Deutschland gibt es kein spezifisches Fachgebiet der Diskriminierungsforschung. Jedoch beschäftigen sich verschiedene Fachgebiete mit der Analyse von Diskriminierung und Umgangsweisen (vgl. Massing 2008, S. 71, Sprung 2016, S. 91–93, Czoltek et al. 2008, S. 12, Crenshaw 1989, Burzan 2011, Hormel / Scherr 2010, Scherr / El-Mafaalani 2017 et al., Ayhoud 2018).

In Deutschland gibt es ein rechtliches „Diskriminierungsverbot“, welches durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) geregelt wird. Diskriminierung im Sinne des AGG⁹ unterteilt zunächst in unmittelbare / direkte Diskriminierung sowie mittelbare / indirekte Diskriminierung. Eine unmittelbare Diskriminierung bezieht sich dabei auf eine Situation, in der eine Person beispielsweise aufgrund ihrer Sexualität oder Geschlechtsidentität eine schlechtere / keine / andere Behandlung erhält als eine andere Person, und ist bspw. auf die Lebensbereiche Arbeitsmarkt und sog. „Massengeschäfte“ (Dienstleistungen) bezogen. Im Gegensatz dazu stellt eine mittelbare Diskriminierung nicht die Intentionalität oder das Interagieren zwischen Menschen in den Vordergrund, sondern bezieht sich auf Ungleichbehandlungen, die strukturell verankert und nicht sachlich gerechtfertigt ist¹⁰.

Wahrnehmung von Diskriminierung

Im Fokus dieser Studie wird stehen, wie Betroffene von Diskriminierung diese wahrnehmen. Um dies zu erreichen, ist es wichtig verschiedene Ansätze zu haben, um diese Erfahrungen aufzunehmen. Eine quantitative Online-Umfrage ermöglicht es, viele Menschen zu erreichen. Der Wissensgewinn spezifischer und komplexer Diskriminierung wird dadurch aber weniger tangiert. Somit werden auch qualitative Interviews geführt, welche einerseits mit Trägern und Einrichtungen im Feld geschehen und wenn möglich auch mit LSBTIQ*, die Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, selbst. Eine Befragung von Personen, die sich im Feld mit vielen Betroffenen austauschen und die strukturellen sowie institutionellen Bedingungen kennen, ermöglicht die Betrachtung von Meso- und Makroebenen des Geschehens und der Auswirkungen von Diskriminierung. Betroffene, können über Fallschilderungen mehr auf der Mikroebene schildern. Gleichzeitig werden hier selbstverständlich auch Bezüge zu den beiden weiteren Ebenen möglich.

Intersektionalität / Mehrfachzugehörigkeiten / Mehrfachdiskriminierung

Betrachtet man die Gruppen innerhalb der LSBTIQ*, fällt sehr schnell auf, dass es auch hier, wie bei fast allen sozial konstruierten Gruppen, Differenzen in Bezug zu weiteren Zugehörigkeiten, Diskriminierungen und Lebenswelten gibt. Um diesen komplexen Lebensrealitäten gerecht zu werden, versuchen wir die Studie an intersektionalen Kriterien zu orientieren.

Was bedeutet Intersektionalität?

Intersektionalität⁹ kommt von dem englischen Begriff *intersection*, was so viel wie (Straßen-)Kreuzung oder Knotenpunkt bedeutet. Der Begriff wurde von der US-amerikanischen Juraprofessorin Kimberlé Crenshaw erstmalig benutzt, um Ungleichbehandlungen (Diskriminierungserfahrungen) von Schwarzen (Arbeiter_innen) Frauen* in den USA sichtbar zu machen. So wird häufig die Triade „gender“, Klasse, race“ benutzt, wenn von Intersektionalität gesprochen wird (Knapp 2014: 155). Mittlerweile werden aber auch weitere Kategorien (Alter, Sexuelle Orientierung°, Trans*geschlechtlichkeit, Behinderung, Religion, Aussehen (lookismus°) etc.), als gleichwertig ergänzt, um Diskriminierung von unterschiedlichen Gruppen sichtbar zu machen.

⁹ Das AGG wurde im Jahr 2006 verabschiedet und ist bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes nachzulesen und gilt bundesweit (https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/AGG/agg_gleichbehandlungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile; zuletzt geprüft am 03.09.2019). Eine Novellierung des Antidiskriminierungsgesetzes soll im Land Berlin im Jahr 2019 ausstehen.

¹⁰ So stellt die ausschließliche Einstellungen von Frauen* in die Position von Frauen*beauftragten keine Diskriminierung von cis Männern dar.

Ausschlaggebend daran ist, dass so erstmals spezifische Diskriminierung Schwarzer Frauen* in den USA durch Antidiskriminierungsgesetze im Kontext der Firma General Motors aufgezeigt werden konnten. So waren die vorhandenen Antidiskriminierungsgesetze darauf ausgelegt, die Diskriminierung von Schwarzen Männern* zu verhindern, wie auch die von *weißen* Frauen* (vgl. Crenshaw 1989: 139–143). Schwarze Frauen* konnten so spezifische Diskriminierungserfahrungen nicht belegen, da es „bereits“ einen „Diskriminierungsschutz“ aufgrund von Rassismus^o bzw. Sexismus gab. Jedoch war dieser nicht darauf ausgelegt, Überschneidungen von verschiedenen Diskriminierungserfahrungen zu erfassen.

Verschiedenste Autor_innen wie Butler (2011) weisen darauf hin, dass sich eine intersektionale Analyse nicht auf eine einfache Aneinanderreihung von Begriffen bzw. Kategorien beschränken darf. So ergänzt bspw. Heinemann, dass Zusammenhänge mit globalen Herrschaftsstrukturen betrachtet werden müssen (Heinemann 2014: 94–98).

Neben dem Begriff der intersektionalen Diskriminierung, hat sich auch der Begriff der Mehrfachdiskriminierung etabliert, an dessen Art der Verwendung in dieser Studie und in anderen Studien es auch Kritik gab. Zunächst soll der Begriff es sprachlicher einfacher machen, Diskriminierung zu erfassen. Es geht dabei eben nicht um eine additive Aneinanderreihung unterschiedlicher Diskriminierungsmerkmale. Doch wird hier schon ein Problem von quantitativen Befragung sichtbar. Einerseits gibt es eine Diskrepanz zwischen der Erhebung von statistischen Daten von Diskriminierungskategorien, die zur Vergleichbarkeit in ähnlichen Items zusammengefasst werden müssen.¹¹ Andererseits sind Selbstzuschreibungen wichtig, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, die Zugehörigkeit zu Gruppen selber zu definieren, was durch offene Antwortkategorien ermöglicht werden soll. Dies bedeutet dann, viele unterschiedliche Kategorien zu haben, die entweder schwer vergleichbar sind oder wiederum in vorhandene Kategorien von Forschenden (fremd-)zugeordnet werden, um statistische Reliabilität, Validität und Repräsentativität zu erlangen. Dies führt uns somit zur Frage:

Wie kann Diskriminierung empirisch erforscht werden?

In der interdisziplinären Diskriminierungsforschung wird mindestens von drei verschiedenen Möglichkeiten ausgegangen, mit denen sich Diskriminierung erfassen und analysieren lässt (El-Maffalani 2017: 174). Darunter zählen „Analyse von Einstellungen bzw. Vorurteilen“, die „Analyse von empirisch nachweisbaren Diskriminierungseffekten“ sowie „die Wahrnehmung von Diskriminierung“ durch die betroffenen bzw. gegen diejenigen, gegen die sich die Diskriminierung (intentional / nicht-intentional) richtet (El-Maffalani 2017: 174). In dieser Studie wird insbesondere die Wahrnehmung von Diskriminierung mit quantitativen Methoden erfasst und mittels qualitativer Methoden auf „nachweisbare Diskriminierungseffekte“ hin analysiert (Kapitel 3).¹²

Einblicke, wie eine diskriminierungssensible Erhebung von Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten aussehen kann, geben Ahyoud et al. (2018). Im Kontext der rassismuskritischen Forschung wird aufgezeigt, wie bestimmte Kategorien (nicht) hilfreich sind, um Diskriminierung zu erfassen, so bspw. die Kategorie Migrationshintergrund^o, welche aus statistischen Zwecken des Zen-

¹¹ Beispielsweise gibt es in vielen Umfragen bei der Kategorie Geschlecht die Auswahlmöglichkeiten: „Männlich“, „Weiblich“, „Anderes“. Selbstbezeichnungen (transident, nicht-binär, intergeschlechtlich) oder umbrella terms (trans* / inter*) werden seltener verwendet.

¹² So wird zwischen verschiedenen internationalen Studien verglichen, wie die Wahrnehmung von Diskriminierung in marginalisierten Gruppen ist und wird mit den Teilhabechancen verglichen. So wird „kontraintuitiv“ festgestellt, dass in Ländern mit „objektiven“ und „guten“ Teilhabechancen Betroffene Diskriminierung trotzdem stärker wahrnehmen. Gleichzeitig wird in Ländern mit weniger Teilhabechancen festgestellt, dass hier Diskriminierung weniger stark wahrgenommen wird (El-Maffalani 2017: 175). Dies mag viele Ursachen haben, wie dass durch eine größere gesellschaftliche Teilhabe Menschen insgesamt mehr sensibilisiert werden, Diskriminierung wahrzunehmen und ihre Rechte einzufordern.

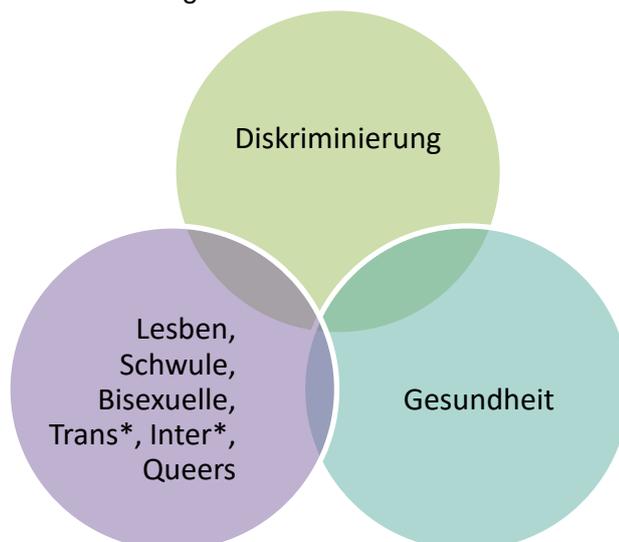
aus eingeführt wurde, jedoch nicht die Lebensrealitäten vieler von Rassismus Betroffener widerspiegelt (ebd.). Gleichzeitig haben die Forschenden sieben Kernprinzipien für die diskriminierungssensible Forschung erhoben:

- „1. Selbstidentifikation (Befragte können selbst angeben, als was sie sich identifizieren)
2. Freiwillige Teilnahme
- 3 Aufklärung über Sinn und Zweck der Datenerhebung
4. Anonymität der Befragten
5. Beteiligung von Vertreter_innen von diskriminierten Gruppen am Prozess der Datenerhebung, -analyse und -verbreitung
6. Möglichkeit, mehrere Identitäten, Diskriminierungsgründe und Fremdzuschreibungen anzugeben sowie eine intersektionale Auswertung
7. Prinzip der Nichtschädigung (Daten dürfen nicht missbraucht werden)“ (Ahyoud 2018: 33)

Zu den verschiedenen Diskriminierungskategorien, die in dieser Studie Beachtung finden, gehören neben Geschlecht und Sexualität auch Alter, Behinderung / chronische Erkrankungen (psychisch / physisch), race, Klasse / Prekariat, Aufenthaltsstatus. Dabei ist uns bewusst, dass diese Aufzählung noch viel weiter geführt werden könnte und Menschen auch aufgrund anderer Faktoren diskriminiert werden können. (Zur Erklärung der einzelnen „Diskriminierungskategorien“ siehe auch das [Glossar](#)). Gleichzeitig werden wir diese Kategorien in ihren spezifischen Überschneidungen versuchen zu analysieren.

2.2. Bisherige Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von LSBTIQ* und Diskriminierung

Im Folgenden möchten wir eine Übersicht über Studien geben, die sich mit der Diskriminierung von LSBTIQ* bzw. Teilen von diesen beschäftigt haben. Da es bezogen auf das Gesundheitswesen insgesamt wenige Studien zu Diskriminierung von LSBTIQ* gibt, werden auch solche Studien erwähnt, welche sich nicht (ausschließlich) mit dem Gesundheitswesen beschäftigen, falls diesen eine besondere Bedeutung zukommt.



In allen Studien, die sich auf den deutschsprachigen Raum beziehen, wird deutlich, dass nicht bekannt ist, wie viele Menschen sich als LSBTIQ* identifizieren. Vermutungen, die sich aus anderen Staaten ableiten, sind „mit Vorsicht zu genießen“. Viele LSBTIQ* verbergen ihre Identität aus Angst vor Diskriminierung und / oder leben sie nur in sicheren Umfeldern teilweise aus. Gleichzeitig gibt es auch inter* Personen, die sich ihrer Identität nicht unbedingt bewusst sind bzw. diese erst

im Laufe des Lebens darüber erfahren, da Information ihnen gegenüber aktiv von Seiten der Medizin und / oder Eltern zurückgehalten wurden (TRIQ / OII-Deutschland 2016: 4-7). Gleichzeitig ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit es sinnvoll sein kann, Angaben darüber zu haben, wie viele LSTBIQ* in bestimmten Orten existieren. Im Kontext des Nationalsozialismus wurde immer wieder versucht festzustellen, wie viele Menschen nicht der heterosexuellen, *weißen*, arischen Norm entsprachen, um diese Menschen in der Gesellschaft auszuschließen und zu ermorden. In Anbetracht des Rechtspopulismus sind auch Entwicklungen genau zu beobachten, die darauf abzielen, durch „Kleine Anfragen“ Zahlen und Daten zu LSBTIQ* zu gewinnen, um diese für rechte Machtpolitiken zu missbrauchen. Auch stetige Versuche seitens rechtspopulistischer Parteien, LSBTIQ* für rassistische Politiken zu missbrauchen, sind hier zu benennen und diesen entgegenzuwirken (Özdemir 2018).

Neben diesen für LSBTIQ* politisch negativen Entwicklungen, ist auch anzumerken, dass es einen Anstieg in den letzten Jahren zu verzeichnen gibt, was Studien und Publikationen zum Thema LSBTIQ* und Gesundheitsversorgung gibt, worin auch Diskriminierungserfahrungen mit beachtet werden. Gerade im Verlauf dieser Studie sind einige Veröffentlichungen und Studien herausgekommen, die sich bspw. intensiv mit der Versorgungslage von trans* und teilweise nicht-binären Menschen beschäftigen. Hier zu erwähnen wäre der Sammelband „Trans & Care“ (2019), herausgegeben von Appenroth und Castro Varela, in dem auf verschiedenste Bereiche des Gesundheitssystems eingegangen wird, die von Medizin, Reproduktionsmedizin, psychotherapeutischer / psychiatrischer Versorgung über Institutionen des Gesundheitswesens (Krankenkassen, MDK u. a.) bis hin zu Pflege eine große Bandbreite des Gesundheitssystems abdecken. Der Band verzichtet bewusst darauf, auf weitere Gruppen von LSBTIQ* einzugehen. Aufgrund der zum Zeitpunkt des berichts kurzen Veröffentlichung des Sammelbandes möchten wir an dieser Stelle nur auf diesen verweisen.

Studienübersichten

Eine umfassende Studienübersicht gibt es von Hanafi El Siofi und Wolf (2012), die Studien zu verschiedenen Diskriminierungs- / Gewalterfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen* und trans* Menschen veröffentlicht haben. Obwohl sich deren Übersicht bereits auf den Raum Deutschland / Europa bezieht, geben sie an, dass in bestimmten Fällen auch Studien aus den USA herangezogen werden, wenn bestimmte Themenfelder nicht genügend im europäischen Kontext behandelt wurden. So wurde zwischen Studien unterschieden, die die Wahrnehmung und Einstellungen von Menschen gegenüber LSBTIQ* bewerten. Es wurden ca. 17 Studien zu Gewalt und Diskriminierung gegen „lesbische Frauen“ vorgestellt, die sich mit unterschiedlichen Feldern (Öffentlichkeit, Beziehungen, medizinische und therapeutische Kontexte, Beruf etc.) befassen (Hanafi El Siofi und Wolf 2012: 3-5). Die ältesten Studien gehen auf die 1980er Jahre zurück. Weiterhin wurden Studien zu sexistischer Diskriminierung gegen „Frauen und Mädchen“ vorgestellt (ebd.: 6-7). In Bezug auf die Diskriminierung von trans* Menschen wurde festgestellt, dass es „keine umfassende Untersuchung zur Situation von Trans*Personen gibt“ (ebd.: 9). Es wird lediglich auf zwei Studien von Whittle (2008) und Franzen, Sauer (2010) verwiesen (siehe unten). In Bezug auf Mehrfachdiskriminierung wird ebenfalls festgestellt, dass es gerade im deutschen, aber auch europäischen Kontext kaum Studien gibt, die sich mit der rassistischen, behindertenfeindlichen oder klassistischen Diskriminierung von „lesbischen, bisexuellen Frauen“ und Trans*Personen“ befassen (ebd.).

Zudem untersucht Wolf (2015) „Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen“. U. a. werden hier Minderheitenstress und Diskriminierungserfahrungen als Faktoren für einen signifikant höheren Substanzgebrauch festgestellt, als bei der „Durchschnittsbevölkerung“ „gemessen“ wird (Wolf 2015). Gleichzeitig wurde Substanzgebrauch unter Lesben ebenfalls von Gabriele Dennert (2006, 2007) mit ähnlichen Ergebnissen erforscht. Bereits in der Studie von Dennert (2005) wird festgestellt, dass lesbische Menschen Versorgungsangebote weniger oft in Anspruch nehmen oder ihre sexuelle Orientierung offenbaren, wenn sie bereits Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich gemacht haben (Dennert 2005: Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland).

Sauer und Franzen (2010) fassen verschiedene Studien u. a. bezogen auf den Gesundheitssektor (und insbesondere trans*bezogene Diskriminierung) zusammen: Eine der umfassendsten Befragungen stellt die von Whittle et al. (2008) dar, bei der 1964 Teilnehmende aus 27 EU-Ländern befragt wurden.

In der Studie gaben 80 bis 82% der trans* Teilnehmenden an, dass ihnen die Kostenübernahme von trans*spezifischen Gesundheitsleistungen verweigert wurde. Sogar 25% sagten, dass ihnen diese insgesamt verweigert wurden (Whittle et al. 2008, zit. n. Franzen / Sauer 2010: 49-53).

In einer Befragung von LSBT* in Brighton gaben 12% aller trans* Personen an, dass sie Diskriminierung / Gewalt im Gesundheitssektor erfahren haben (Browne 2018, zit. n. Franzen / Sauer 2010: 49-53). 88% geben an, dass sie (versuchen) ihre Geschlechtsidentität / sexuelle Orientierung bei Praxisbesuchen zu verbergen, was nicht immer möglich sei. Nach der Studie geben 42% an, dass ihre psychische Gesundheit schlecht oder sehr schlecht ist. Grund hierfür sei nicht die Trans*-Identität der Menschen, sondern insbesondere die Psychopathologisierung und die fehlende Autonomie bzw. Unterstützung im bzw. durch das Gesundheitssystem.

Eine US-weite Studie von Grant et al. 2010 [2011] gibt an, dass 28% der Befragten Belästigung im Gesundheitswesen und 2% physische / sexualisierte Gewalt erlebt haben. Auch die Verweigerung von Leistungen ist hoch und liegt bei 19%. Die Studie stellt fest, dass nicht-weiße trans* Personen häufiger Diskriminierung erleben.

Minter & Daley (2003) geben an, dass 30% aller Teilnehmenden ihrer Studie in San Francisco bereits beim Zugang zum Gesundheitswesen diskriminiert werden.

In einer belgischen Studie (Motmans 2010) wurden diverse Diskriminierungserfahrungen abgefragt. So war insbesondere fehlendes Wissen bei Allgemeinmediziner_innen / Psycholog_innen ein Problem. Weiterhin zählen zu den abgefragten Diskriminierungserfahrungen, die alle über 14% liegen: lange Wartezeiten, „Kritik“ des Aussehens / Verhaltens durch Ärzt_innen, sexualisierte Übergriffe, schlechtere Versorgung, ignorieren, lächerlich machen. Wichtig ist auch die Frage danach, wie oft trans* Menschen nicht zu Ärzt_innen gehen und aus welchen Gründen sie dies nicht tun: So geben 3% aller trans* Befragten an, noch nie Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen zu haben, und 20% nur für den Fall, dass es unbedingt notwendig war (ebd.).

Durchgängig wird in den Studien von Whittle (2008), Motmans (2010), jeunes gais lesbiennes bi et trans (MAG); Homosexualités et Socialisme (HES) (2009), Baldacchino (2008), Grant (2010) Suizidalität abgefragt: Die Angaben hier schwanken zwischen 56% und 69%, was Suizidgedanken anbelangt. 22% bis 41% gaben an, einen Suizidversuch hinter sich zu haben. Dabei sind die Angaben bei jungen Menschen deutlich höher (ca. 69%). Im Vergleich liegt die Suizidrate der Durchschnittsbevölkerung bspw. in den USA bei 2%.

Die hohe Suizidalität und die psychischen Belastungen führen fast alle Autor_innen darauf zurück, dass es viel (physische / sexualisierte) Gewalt gegen trans* Menschen, ein höheres Armutrisiko und eine gesellschaftliche Trans*feindlichkeit^o gibt, welche häufig von den Betroffenen auch verinnerlicht (internalisiert) wird.¹³

Die Situation für trans* Sexarbeiter_innen^o sowie trans* Menschen of Color wird als noch deutlich schlechter beschrieben und zeigt sich u. a. in hohen HIV-Ansteckungsraten. In der Studie von Grant (2010) geben 3% aller trans* Menschen an, eine HIV-Infektion zu haben, was ca. 3-mal so viel ist wie die Durchschnittsbevölkerung der USA. Betrachtet man weitere marginalisierte Gruppen unter trans* Personen, so werden in verschiedenen Studien für Sexarbeiter_innen Ansteckungsraten zwischen 15% und 35% (in Nordamerika) und bis zu 78% (in Brasilien) angegeben (ebd.).

In einer Studie von Bachmann (2010) wurden Diskriminierungserfahrungen von schwulen und bisexuellen Männern erfasst, wobei auch in geringer Anzahl der Gesundheitsbereich benannt wurde. Dort gaben bis zu 15% der schwulen Männer* und 7% der bisexuellen Männer* an, eine Form der Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen erlebt zu haben (Bachmann 2010: 37) (alle zit. n. Franzen Sauer 2010).¹⁴

Studien aus dem internationalen und deutschsprachigen Raum

2010

In einer Studie durchgeführt von Lambda Legal (USA) wurden explizit Diskriminierungserfahrungen von LSBT* und Menschen mit HIV im Gesundheitssystem abgefragt. Insgesamt gaben über 70% der Befragten an, eine Form von Diskriminierung erlebt zu haben (Verweigerung von Leistungen, Verwenden von diskriminierender Sprache, ungewolltes Anfassen oder den Patient_innen einen schlechten Gesundheitszustand vorwerfen). Ebenfalls wurde festgestellt, dass die Diskriminierungserfahrungen von trans* Menschen (sowie gender-nonconforming people), people of color und Menschen mit niedrigen Einkommen besonders hoch sind (Lambda Legal 2010).

In einer Studie zur Gesundheit von Lesben und Schwulen mit „Migrationshintergrund“ wurde auch der Gesundheitszustand der Befragten analysiert.

¹³ Wir schreiben von Trans*- bzw. Homo*feindlichkeit^o statt -phobie^o, da es hierbei um Gewalt und Abwertung geht und nicht um die Angst der Gewaltausübenden.

¹⁴ Unter den Formen von Ungleichbehandlungen wurden folgende Items angegeben: „1. Ich erhielt vom Fachpersonal nicht die notwendige medizinische Behandlung, 2. Im Krankenhaus wurde meinem gleichgeschlechtlichen Partner oder mir das Informationsrecht verweigert. 3. Im Krankenhaus wurde meinem gleichgeschlechtlichen Partner oder mir das Besuchsrecht verweigert. 4. In der Psychotherapie wurde meine sexuelle Orientierung als psychologisches Problem bezeichnet. 5. Ich wurde vom Fachpersonal über meinen Gesundheitsstatus, Behandlungsmöglichkeiten etc. nicht (ausreichend) informiert. 6. Ich wurde vom Fachpersonal abfällig und respektlos behandelt. 7. Mir wurden peinliche Fragen zu meiner sexuellen Orientierung gestellt.“ (ebd.).

Erstaunlicherweise wird allein in dieser Studie festgestellt, dass „Migrationshintergrund kein Risikofaktor für körperliche und psychische Gesundheit und geringen Selbstwert“ ist (LSVD / Steffens et al. 2010: 94). Gleichzeitig wird gesagt, dass die Lebenszufriedenheit bei den Befragten sehr mit der wahrgenommenen Stigmatisierung sowohl als Lesbe bzw. Schwuler als auch als Migrant_in zusammenhängt, und dass sie „zum Teil besonderen Stressfaktoren wie Erlebnissen von Gewalt und Diskriminierung ausgesetzt“ sind. Die Schwierigkeit der Kategorie „Migrationshintergrund“ wird bereits in der Aufschlüsselung der verschiedenen Nationalitäten sichtbar: „In der Studie bildeten die größten Gruppen Menschen mit Wurzeln in Osteuropa, Westeuropäer_Innen, Menschen aus der Türkei und angrenzenden Ländern sowie aus dem asiatischen Raum“ (ebd. 25). Wie bei Ahyoud et al. 2018 deutlich wird, ist die Kategorie „Migrationshintergrund“ wenig aussagekräftig und dient eher einer statistischen Aufbereitung; hingegen sagt sie wenig über bspw. mögliche rassistische Diskriminierung oder Diskriminierung aufgrund von Aufenthaltsstatus aus.

2012

Eine der größten Studien zu Diskriminierungserfahrungen von nicht heteronormativen Lebensweisen und Geschlechtsidentitäten wurde von LesMigras (2012) durchgeführt. In der Studie „nicht so greifbar und doch real - Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland“ wurden über 2.000 („brauchbare Fragebögen“) Menschen deutschlandweit befragt. Trotz „fehlender“ Repräsentativität, die bei der Gruppe von LSBTIQ* nach wissenschaftlichen Standards nur schwer erreichbar ist, ist es die umfassendste und größte Studie zu Gewalt und Diskriminierungserfahrungen.

- Die Studie wurde deutschlandweit durchgeführt und erfasst die Diskriminierungserfahrungen von „lesbischen und bisexuellen Frauen und Trans*“). Schwule Männer, bisexuelle Männer* und inter* Menschen sowie nicht-binäre Identitäten werden nicht erwähnt.
- Der Gesundheitsbereich ist als Lebensbereich mit aufgenommen worden. Dabei wurden folgende Ergebnisse zusammengefasst: 20% geben an, mindestens einmal respektlos von medizinischen Personal behandelt worden zu sein. 30% geben an, mit heterosexuellen Vorannahmen angesprochen worden zu sein, obwohl die lesbische / bisexuelle Lebensweise bekannt war (LesMigras 2012: 86).
- Der Bereich der Psychotherapie wird von 61,8% als einer der Bereiche benannt, die am Häufigsten in Anspruch genommen wurden. Bedenklich ist dabei, dass 16,5% angeben, dass ihre sexuelle Orientierung pathologisiert wurde. Im Gegensatz dazu wurde die Trans*geschlechtlichkeit weniger häufig pathologisiert. Dabei gibt es jeweils eine ähnliche Verteilung bei BPoC lesbischen, bisexuellen Frauen*/trans* Frauen (ebd.).¹⁵
- In Bezug auf Diskriminierungserfahrungen von trans* Menschen sind herausstechende Diskriminierungserfahrungen: Beschimpfungen, Beleidigungen, verachtendes und demütigendes Verhalten. Ein Drittel erlebte sexualisierte Gewalt. 50% erlebten Diskriminierung am Arbeitsplatz, 44,7% erlebten Diskriminierung im Gesundheitsbereich (ebd.: 95-98).
- Es wurden verschiedene Studien zu einer Übersicht zusammengefasst, die in anderen Ländern Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* of Color aufgezeigt haben.
- So wird benannt, dass die psychische Belastung von trans* Menschen sehr hoch ist und im engen Zusammenhang mit daraus folgenden Depressionen und Suizidalität steht (30% gaben an, bereits einen Suizidversuch gemacht zu haben) (vgl. Whittle et al 2008 zit n. LesMigras 2012: 35). Wenn trans* Menschen bereits negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich gemacht haben, suchen sie sich weniger häufig Hilfe im Diskriminierungsfall.
- Es zeigt sich, dass queere BPoC wesentlich mehr Diskriminierungserfahrungen im Alltag erleben, worunter auch ihr Gesundheitsniveau leidet (ebd.: 40).

¹⁵ BPoC ist eine Abkürzung für Schwarze Menschen und People of Color (siehe Glossar).

- In den aufgezählten US-amerikanischen Studien wird gezeigt, dass es für die Gesundheit von jungen LSBT (l) (Inter* wird nicht erwähnt, ließe sich aber auch vermuten) notwendig ist, ein soziales Unterstützungsfeld zu haben (Familie, Schule, Communities) sowie eine rechtliche Anerkennung der eigenen Identität (ebd.: 40-41).
- In der Überschneidung mit Behinderung wird folgender Forschungsstand wiedergespiegelt: Es gibt keine quantitativen Daten zu Trans* / Lesben und Bisexuellen Frauen*. Es lässt sich aus qualitativen Daten aber schließen, dass es viele Muster und Parallelen von Diskriminierungserfahrungen gibt (ebd.: 41). Grundsätzlich wird festgestellt, dass sie bei der Nutzung des Gesundheitssystems bereits mit strukturellen Barrieren konfrontiert werden, wie z. B. der Erreichbarkeit von Angeboten (insb. im ländlichen Raum nur wenige transitionsspezifische Angebote) oder einer geringen Netzwerkkompetenz der professionellen Mediziner_innen in Bezug auf ihr Trans*Sein (ebd.: 45).

2012 wurde vom LSVD (Fuchs et al. 2012) eine Studie zur Situation von trans* Menschen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, in der ebenfalls der Bereich des Gesundheitswesens vorkommt. Hier wurden insbesondere transitionsspezifische Fragen gestellt und die Zufriedenheit im Kontext von geschlechtsangleichenden OPs (gaOPs), Hormonersatztherapie oder der vorausgesetzten Psychotherapie abgefragt.¹⁶ Die Zufriedenheit bei Qualität und Umgang des medizinischen Personals liegt bei „sehr zufrieden“ bei über 50%. Niedriger sind die Angaben bei Psychotherapie und psychologischer Betreuung (16-46%). Negativer werden die langen Wartezeiten aufgrund der Verfahren durch die Begutachtung des MDK wahrgenommen, wobei die Unzufriedenheit zwischen 39% bis 42% liegt. Am Ende werden weitere Diskriminierungserfahrungen im weiteren Gesundheitsbereich geschildert, wie die Verweigerung von Leistungen und falsche Anrede. Kritikwürdig bleibt bei der Studie, dass sprachlich durchweg von „Transsexualität“ gesprochen wird und Geschlechtsidentitäten außerhalb von „Mann“ und „Frau“ nicht differenziert werden.

2014

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA 2014) stellte in einer europaweiten Erfassung fest, dass trans* Personen doppelt so häufig angeben, Diskriminierung im Bereich des Gesundheitswesens zu erleben als LSB*. Insgesamt gaben 10% der befragten LSBTIQ* an, dass sie sich im vergangenen Jahr im Gesundheitssystem diskriminiert gefühlt haben (FRA 2014).

2015

2015 veröffentlichte die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADB) erste Ergebnisse einer repräsentativen Studie zu Diskriminierungserfahrungen in Deutschland (2017 Gesamtbericht). In dieser Studie wurden auch Diskriminierungserfahrungen von trans* und inter* Menschen sowie aufgrund der sexuellen Orientierung erfasst.

Einige erste Ergebnisse der Erhebung und einer Betroffenenbefragung haben hinsichtlich der Diskriminierung von trans* / inter* Menschen Folgendes ergeben:

- In der Studie wurden Gesundheitsbereiche zusammengefasst genannt, was allein schon die Schwierigkeit deutlich macht, wie das Gesundheitswesen an sich unterteilt wird.
- Die Diskriminierungsmerkmale sexuelle Orientierung sowie Geschlecht kamen vor. Bzgl. Trans* gab es keine Differenzierung in der Auswertung, da zu „geringe“ Fallzahlen vorlagen.

¹⁶ Transitionsspezifische^o bzw. trans*spezifische Gesundheitsversorgung beinhaltet Bereiche, in denen trans* / nicht-binäre Personen körperliche Veränderungen wünschen. Zu solchen Veränderungen können z. B. Hormontherapie (Endokrinologie), geschlechtsangleichende Operationen (Chirurgie) oder andere „feminisierende“ bzw. „maskulinisierende“ Veränderungen (wie Epilation der Gesichtsbehaarung und Stimmtraining) gehören. Auch eine Psychotherapie kann hier hineinfallen, da sie nach den aktuellen Richtlinien der Krankenkassen Pflicht ist, um bestimmte Kosten zu übernehmen. Eine Psychotherapie (oder auch Trans*-Beratung) kann aber auch in Anspruch genommen werden, um Fragen und Unsicherheiten bzgl. der eigenen Identität zu klären, wenn dies selbst gewollt ist.

- Diskriminierungserfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung im Lebensbereich „Gesundheit und Pflege“ sind mit 5% sehr gering genannt. Es wird beschrieben, dass Diskriminierungserfahrungen überdurchschnittlich im öffentlichen Raum sowie in sozialen Umfeldern gemacht werden. Dabei unterschieden sich die Formen der Diskriminierung sehr zwischen lesbischen und schwulen Menschen.
- Es wurde „aufgrund der kleinen Fallzahlen“ nur zwischen trans* / inter* Männern* und trans* / inter* Frauen* unterschieden. Dabei machen „Frauen“ fünfmal mehr Diskriminierungserfahrungen als „Männer“ (ebd.: 15). Eine Differenzierung nach verschiedenen trans* bzw. nicht-binären Geschlechtsidentitäten und Erfahrungen wird hier leider nicht gemacht.
- Es wird die Aussage getätigt, dass trans* Menschen angeben, ähnliche Diskriminierungserfahrungen wie „Männer“ zu machen (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2015: 18). Dies wird in der Studie leider nicht belegt. In unserer Studie wird jedoch später deutlich, dass trans* Menschen sehr spezifische Diskriminierungserfahrungen machen und diese nicht vergleichbar mit denen von cis Männern sind.

In einer Studie zu female-to-male (FTM – „Frau zu Mann“) trans* Menschen stellen Shires et al. (2015) fest, dass über 40% der Befragten über Belästigungen, körperliche Angriffe und Verweigerung von Behandlungen im Gesundheitswesen berichten.

In einer bundesweiten Studie in den USA (2015) wurden trans* Personen zu ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen befragt, wozu auch Erfahrungen mit den Versicherungsanbietern zählen. Mindestens 1/3 gibt an, negative Erfahrungen im Gesundheitswesen bezogen auf ihr Trans*-Sein gemacht zu haben. Gleichzeitig gab nur ein Drittel der Befragten an, es habe die Möglichkeit, trans*spezifische Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Barrieren, von denen hier berichtet wurde, lagen u. a. an Klasse, Alter, Behinderung und race° (James et al. 2016).

2016

Im deutschsprachigen Raum gibt es bezogen auf Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen an inter* Menschen Studien von Ulrike Klöppel (2016).¹⁷ Es konnte aus der Datenlage nicht ersichtlich werden, inwiefern Eingriffe kosmetische oder tatsächlich lebensnotwendige Maßnahmen waren. Klöppel stellt fest, „dass die überarbeiteten medizinischen Leitlinien in der klinischen Praxis nur lückenhaft umgesetzt werden“. Mit anderen Worten finden trotz jahrzehntelanger Forderungen von inter* Aktivist_innen und neueren, aber immer noch kritischen medizinischen Leitlinien weiterhin Menschenrechtsverletzungen an inter* Menschen statt. Verschiedenste Diskriminierungserfahrungen wurden von Oll Germany und TransInterQueer gesammelt und in der Broschüre „Medizinische Eingriffe an Inter* und deren Folgen: Fakten & Erfahrungen“ veröffentlicht (Klöppel 2016). Die medizinische Pathologisierung° und daraus folgende schwere Menschenrechtsverstöße aufgrund verschiedenster Formen von medizinischen Eingriffen (medizinische, medikamentöse, chirurgische) werden von inter* Menschen und aus Communityverbänden am stärksten kritisiert. Daher ist auch das erste Ziel von vielen inter* Verbänden, diese diskriminierende Praxis zu beenden (Hechler 2015: 63-65). Hechler spricht von einer „geschlechtlichen Auslese“, die sich an den steigenden Abtreibungen aufgrund von „Intersexualitäts-Syndromen“ durch verbesserte pränatale Screenings zeige. Gleichzeitig werden drastisch höhere Suizidraten von Inter*-Initiativen angegeben (ca. 25%), wobei Suizidversuche von bis zu 80% angegeben werden (ebd.).

Inter* Menschen wurden spätestens seit dem 19. Jhd. über die Medizin als krankhaft bzw. abnormal hergestellt. Dass eine Wissenschaft so über die Existenz von Menschen entscheidet, hat weitreichende Folgen für die Menschen, deren „chromosomales Bild“ nicht dem entspricht, was als gegeben gesetzt wurde, um zwischen „Mann“ und „Frau“ zu unterscheiden. Allein die Tatsache,

¹⁷ Neben der Veröffentlichung von Klöppel gibt es auch eine diskursive Darstellung, wie Medizin, Psychologie sowie Recht Inter-geschlechtlichkeit von außen versuchen „zu bestimmen“. Klöppel kritisiert, dass es keine kritische Auseinandersetzung von diesen Seiten aus mit inter* Menschen, ihren Erfahrungen und Expertisen gibt (Klöppel 2010).

dass es schon zuvor Merkmale und Normen gab, aufgrund derer Geschlecht bestimmt und unterschieden wurde, deutet darauf hin, dass die Setzung von Chromosomen (oder Hormonen) als einzig wissenschaftlich relevante Kategorie zur Unterscheidung von Geschlecht keineswegs auf empirischer Basis, sondern auf einer (hetero-)normativen Basis geschah und geschieht (u. a. Plett 2014).

Diskriminierung von inter* Menschen kann bereits vor der Geburt stattfinden, indem Embryonen und Föten auf eine von normativen Vorstellungen abweichende Veränderung der Geschlechtschromosomen untersucht (und ggf. zwangsbehandelt) werden. Inter* Menschen sehen sich ab dem Zeitpunkt ihrer Geburt mit verschiedenen Diskriminierungen und Verletzungen ihrer körperlichen Selbstbestimmtheit in allen Lebenslagen und –altern ausgesetzt. Dies kann mit medizinischen Interventionen ohne vorherige persönliche, kontinuierliche und informierende Zustimmung^o beginnen, was zu verschiedenen psychischen wie physischen Problemen führen kann. Aufgrund stigmatisierender und pathologisierender Diskriminierungen haben inter* Menschen ein sehr hohes Risiko, eine schlechtere Schulbildung (aufgrund von Mobbing, Diskriminierung und Fehlzeiten) zu erfahren. Sie haben schlechtere Jobchancen und sind somit auch einem höheren Armutrisiko ausgesetzt. Insgesamt sind inter* Menschen Stigma, struktureller und (verbaler) Diskriminierung ausgesetzt, erleben sexualisierte und grenzüberschreitende Belästigungen und sind rechtlich nicht ausreichend anerkannt, sichtbar und geschützt. Auf den Gesundheitsbereich und medizinische Versorgung bezogen ergeben sich aus den strukturellen Diskriminierungen und diskriminierenden sowie verletzenden Erfahrungen für inter* Menschen weitere Problematiken. Aufgrund der negativen und diskriminierenden Vorerfahrungen kann es für inter* Menschen schwierig sein, sich auf eine für sie gerechte Gesundheitsversorgung zu verlassen. Gleichzeitig gibt es wenig Wissen darüber, wie medizinische Interventionen, die sie in ihren Leben vorher unfreiwillig erlebt haben, sich auf spätere Behandlungen und gesundheitsbezogene Versorgung auswirken (IVIM / OII Germany 2015/17).

2017

2017 wurde von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) eine Studie gemacht, die explizit Diskriminierungserfahrungen von nicht-heteronormativen Lebensweisen erfasst und darunter auch trans* und inter* Erfahrungen sammelt (Kalkum et al. 2017).

Die Diskriminierungserfahrungen ähneln dabei sehr den vorläufigen Studienergebnissen der ADS 2015 und werden deshalb nicht näher ausgeführt.

2018

Bezogen auf ältere LSBTIQ* gibt es Studien, die aufzeigen, dass lesbische / bisexuelle und trans* Menschen in höherem Alter ein höheres Risiko haben, eine Behinderung und / oder psychische Probleme zu bekommen (Perone 2018: 88). Ähnlich hoch ist dies bei anderen queeren Gruppen. Gleichzeitig neben den vielen Risiken und Problemen wird auch ein positiver Faktor benannt nämlich, dass durch die Lebenserfahrung und z. T. Verbesserungen der rechtlichen und gesellschaftlichen Situation auch eine höhere Resilienz (Widerstandsfähigkeit) bei älteren LSBTIQ* besteht (Perone 2018: 85).

Nicht nur auf die psychische, sondern auch körperliche Gesundheit fokussieren sich Wallace et al. (2017) und kommen ebenfalls zur Auffassung, dass die Gesundheit von LSBT* wesentlich schlechter als im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ist (ebd.). Inter* Menschen wurden nicht explizit in der Studie erwähnt.

2019

Auch in der Studie zu Trans* und Inter* des Bundesverband Trans* (BVT*) von 2019 wurden Diskriminierungserfahrungen abgefragt. Es geben insgesamt 40,2% der Befragten an, dass sie Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, wobei das Gesundheitswesen einer der Orte ist, der mit am häufigsten benannt wurde (34,4%) (BVT* 2019: 6, 30). Wichtig ist zu erwähnen, dass sich die

Befragten eine deutliche Erleichterung im Gesundheitssystem oder in anderen Lebensbereichen versprechen, wenn das TSG^o (Transsexuellengesetz) entsprechend der Forderungen aus Verbänden u. a. geändert bzw. auch gänzlich abgeschafft wird (ebd.: 25). Die Autor_innen fordern, dass sich eine gute Gesundheitsversorgung nach den individuellen Bedarfen der Personen zu richten und damit eine Differenzierung des Personenstandes zu folgen habe (ebd.: 17).

Trans* und Sexarbeit:

Trans* Sexarbeiter_innen werden aufgrund ihres Trans*-Seins marginalisiert und durch Institutionen bevormundet, und zudem durch ihre Tätigkeit als Sexarbeiter_innen. So schreiben Franzen und Sauer: „Die multiple Marginalisierung von trans* Sexarbeiter_innen trage dazu bei, dass sie bei ihrer Arbeit eher bereit seien, Drogen zu konsumieren und sich höheren Gesundheitsrisiken (sexuell übertragbare Krankheiten) durch Einforderung unsicherer sexueller Praktiken und das Arbeiten an unsicheren Arbeitsorten auszusetzen“ (Franzen 2010: 1: 46). Neben höherem Risiko, sich negativen gesundheitlichen Folgen auszusetzen, werden Sexarbeiter_innen zudem durch Gesetze und Verordnungen in ihrer Tätigkeit eingeschränkt und Hürden ausgesetzt, die keinesfalls dem Schutz von Prostituierten dienen, wie es der Name des „Prostitutionsschutzgesetzes“ suggerieren könnte.

Eine Gesundheitsversorgung für trans* Personen ist im Allgemeinen schwierig und häufig mehrdimensional eingeschränkt, z. B aufgrund des Trans*-Seins, der prekarierten Tätigkeit in der Sexarbeit oder aufgrund einer Illegalisierung (auch des eigenen Trans*-Seins (insbesondere in verschiedenen Ländern) oder aufgrund des Aufenthaltsstatus. Von verschiedenen Verbänden und Organisationen wird dieses in 2017 in Kraft getretene Gesetz kritisiert. In einer Stellungnahme der Beratungsorganisation Hydra werden zahlreiche Aspekte kritisiert: fehlende Selbstbestimmung; z. T. weiter drohende Illegalität (für Menschen mit unsicheren Aufenthaltsstatus), keine wirklichen Maßnahmen zur Aufnahme einer anderen Erwerbstätigkeit; weitere gesellschaftliche Stigmatisierung; Kollektivität von Sexarbeit wird verhindert bzw. mehr Hürden in den Weg gestellt; „repressiven und auf staatliche Kontrolle setzenden Maßnahmen [haben] verheerende Auswirkungen auf das Leben und die beruflichen Möglichkeiten von Sexarbeiterinnen“; keine Maßnahmen zur sozialen Absicherung von Sexarbeiter_innen; Absprechen der Subjektivität von Sexarbeiter_innen; Viktimisierung und dadurch stärkende Marginalisierung (siehe Stellungnahme Hydra 2017).

Dabei stellt die gesellschaftliche Ächtung die größte Gefahr für Sexarbeiter_innen dar: Durch sie werden Schwierigkeiten erhöht, wie etwa „eine Wohnung zu finden, über persönliche Konflikte im Umfeld und Probleme bei Sorgerechtsstreitigkeiten, bis zu den Hindernissen beim Versuch des Berufswechsels“. Konkret wird an dem Gesetz kritisiert, dass eine Anmeldepflicht nur eine staatliche Kontrolle ohne (argumentative) Grundlage sei. Es gibt auch keine anderen Beispiele von ähnlichen Gesetzeslagen aus anderen Ländern und damit auch keine fundierte Grundlage, dass eine Registrierung Problematiken wie Menschenhandel oder das Auffinden von Betroffenen von Menschenhandel lösen würde. Weiterhin gefährdet das Gesetz die Anonymität der Sexarbeiter_innen, die in einer stigmatisierenden Gesellschaft eine wesentliche Grundlage der Arbeit darstelle. So könne ein ungewolltes Outing negative Folgen für die Betroffenen haben. Dies werde dadurch verstärkt, dass es keine Ausbildung der behördlichen Mitarbeiter_innen im Umgang mit Sexarbeiter_innen gibt. Gerade Personen, denen ein Ausweis verwehrt wird (insb. Geflüchtete, Migrant_innen) würden so in die Illegalität getrieben und könnten somit i. d. R. keine staatlichen Sozialleistungen erwarten (ebd.).

Erfassung von gewaltvollen Übergriffen

Berlinweit werden rassistische Übergriffe v. a. über das Register Berlin und ReachOut dokumentiert. In ihre Statistik werden auch LSBTIQ*-feindliche Diskriminierungen aufgenommen. Mit 109 Fällen im Jahr 2018 scheinen Übergriffe „seltener“ zu passieren. Jedoch handelt es sich bei den Zahlen vor allem um Angriffe, Beleidigungen und Bedrohungen. Gleichzeitig würden viele Taten u. a. deswegen nicht angezeigt, weil Personen befürchten, dabei ebenfalls diskriminiert zu werden. Zudem zeigt die Dokumentation eine Diskrepanz zwischen dokumentierter Diskriminierung und tatsächlich stattfindender Diskriminierung auf (Register Berlin 2019). Maneo dokumentiert ebenfalls LSBTIQ*-feindliche Übergriffe (für 2018 insgesamt 382 Fälle), überwiegend Übergriffe im öffentlichen Raum (Maneo 2019).

Es zeigt sich daraus, dass es an Zahlen fehlt, die die Realität tatsächlich widerspiegeln, und die reale Anzahl von Übergriffen vermutlich sehr viel höher ist. Gleichzeitig werden und können nur strafrechtliche relevante Taten angezeigt werden. Subtilere und strukturelle Formen von Diskriminierung fallen nicht darunter, sind aber ebenso belastend. Darüber hinaus werden Diskriminierungen eher selten gemeldet und vermutlich meist erst dann, wenn es sich um direkte körperliche Angriffe handelt. Für viele LSBTIQ* gehören Diskriminierungserfahrungen außerdem so sehr zum Alltag, dass diese daher seltener als solche wahrgenommen werden oder zur Anzeige gebracht werden. Was auch an der Angst liegt, bei einer Anzeige oder Beschwerde wiederum von den jeweiligen Stellen diskriminiert zu werden.

Auswirkung von Diskriminierung auf die Gesundheit (Minoritäten-Stress-Modell)

Es gibt umfassende Studien, die zeigen, dass Diskriminierungen und Stigmatisierungen sich negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken. So ist dies auch für marginalisiertere Gruppen innerhalb von der LSBTIQ* anzunehmen (Dovidio et al. 2018: 31).

Neben der erlebten Diskriminierung bzw. Gewalterfahrung sind die Folgen abhängig von der Form der Erfahrung und wann das Ereignis in der Biographie der Person geschehen ist. Gleichzeitig beeinflussen Faktoren wie die soziale Unterstützung nach bzw. auch vor dem Ereignis die Auswirkungen der Diskriminierung auf die Betroffenen (Hanafi El Siofi, Wolf 2012: 19). Die Folgen umfassen eigentlich sämtliche erdenkbaren körperlichen (Tod, Prellungen, Schnitte, Infektionen etc.) wie psychischen Beeinträchtigungen (Angst, Depressionen, Traumata, sozialer Rückzug, Substanzgebrauch etc.) (ebd.).

Geschehen diese Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich, ist davon auszugehen, dass Betroffene, wie auch bei anderen Diskriminierungsarten, dazu neigen, diese Bereiche zu meiden. Daraus kann folgen, dass sie keine oder unzureichende medizinische Versorgung erhalten. Gleichzeitig können daraus entstehende negative gesundheitliche Folgen auch nicht über das Gesundheitssystem versorgt werden.

Ein weiterer Faktor, der aus der alltäglichen Diskriminierung und dem Minderheitenstress resultiert und sich unweigerlich auch auf die Gesundheit der Betroffenen auswirkt, ist Substanzgebrauch. Hierzu gibt es insbesondere Studien zu „schwulen Männern“ und „lesbischen Frauen“ (Dennert 2005, Wolf 2015). In den USA wird eine „Abhängigkeit von Drogen“ unter „LGBT“ bei ca. 30% beziffert (im Gegensatz zu ca. 10% der restlichen Bevölkerung) (Sérráno 2018: 91). Leider werden Inter* Menschen in den meisten US-amerikanischen (und deutschsprachigen) Studien selten oder gar nicht erwähnt. Substanzgebrauch wird hier ebenfalls als ein Risikofaktor im Zusammenhang mit HIV gesehen, wodurch sich das gesundheitliche Risiko ausweitet. Ein weiterer Faktor, der sich negativ auf die Gesundheit von LSBTIQ* auswirkt, wird unter dem Phänomen des ChemSex beschrieben. Durch das Einnehmen von Drogen während sexueller Aktivitäten wird das Risiko gefördert, sich aufgrund von ungeschütztem Sex bspw. mit HIV oder anderen STIs zu infizieren (Sérráno 2018: 98).

Unterschiedliche Studien aus dem deutschsprachigen Raum (Plöderl et al. 2009: 31) zeigen, dass es ein signifikant höheres Risiko für homo- und bisexuelle Menschen gibt, Diskriminierung zu erleben und dadurch negative gesundheitliche Folgen zu haben (LSVD 2010). Die Bundesverband Trans* weist ebenfalls auf die gesundheitlichen Folgen von Diskriminierung und Vulnerabilität auf die Gesundheit von trans* Menschen hin, was auch auf inter* Menschen bezogen werden kann (BVT* 2017).

Vergleichbare internationale Studien zeigen ein erhöhtes gesundheitliches Risiko aufgrund von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen auch für das gesamte Spektrum von LSBTIQ* (Eyssele et al. 2017; Chen et al. 2016; Nieder 2015, Bradford 2013, Adams 2016).

Ein Erklärungsansatz hierfür ist, dass LSBTIQ* als Minoritäten höheren Stressfaktoren ausgesetzt sind. Das Minoritäten-Stress-Modell wurde hierfür in den 1990er Jahren entwickelt. Dazu gehören eine internalisierte Ablehnung der eigenen Identität, Stigmatisierung, welche zu Ablehnung und Diskriminierung führt, sowie das direkte Erleben von Diskriminierung und psychischer / physischer Gewalt. Diese Faktoren, so wurde es in u. a. in den genannten Studien nachgewiesen, haben eine negative Auswirkung auf die Gesundheit und machen die Betroffenen vulnerabler für weitere Risikofaktoren (Substanzgebrauch usw.) (Meyer 1995 [2007]: 38).

Auch über die Auswirkungen von Psychopathologisierung gibt es v. a. von aktivistischer Seite viel Literatur (siehe Alex 2014). Wolf (2014) sagt, dass gerade von Seiten des „Medizinsystems“ LSBTIQ* immer wieder damit konfrontiert werden, dass „Professionelle“ sich Urteilskompetenzen über [...] das Befinden, Wertung, Gesundheit und Zugänge zum Gesundheitssystem [zuschreiben]“ (Wolf 2014: 1). Während eine „offizielle“ (Psycho-)Pathologisierung von Schwulen und Lesben mittlerweile der Vergangenheit angehört, findet diese für trans* und inter* Menschen immer noch statt. Es zeigt den sehr unterschiedlichen und überhaupt nicht auf Augenhöhe bestehenden Umgang mit trans* und inter* Menschen, während (nach bisherigem Stand) Trans*geschlechtlichkeit immerhin im neuen ICD-11 Manual ent(psycho)pathologisiert werden wird, Intergeschlechtlichkeit hingegen nicht.

Neben den doch zahlreichen Studien, die wir hier näher beleuchtet haben, gibt es (gerade im US-amerikanischen / kanadischen Kontext) viele weitere Studien, die Teilaspekte von Diskriminierung / Gesundheit / LSBTIQ* beschreiben.

Die Gesundheit von schwulen Männern* wird u. a. in Timmermanns (2017) angeschnitten und die von trans* Männlichkeiten bei Sauer / Güldenring (2017). Bauer et al. beschäftigen sich mit der sexuellen Gesundheit von trans* Frauen und plädieren auch hier für ein breiteres Verständnis von Sexualität und einer Trennung der Betrachtungsweisen von Geschlecht und Sexualität (Bauer 2015). Eine kritisch zu betrachtende Studie ist die „Zur Situation intersexueller Menschen“ des Deutschen Ethikrates. Neben den vielen auf negative Auswirkungen ausgerichteten Studien, zeigt die Studie von Bry et al. (2018) Copingstrategien und Resilienzfaktoren auf, über die (gerade junge) LSBTIQ* verfügen.

Eine Studie aus Schweden berichtet darüber, dass trans* Personen das Gesundheitswesen nicht als „safe space“ wahrnehmen und u. a. dadurch ihre Bedürfnisse nach psychischer Gesundheit nicht ausreichend versorgt werden (Carroll-Beight et al. 2018).

D'Augeli et al. stellen fest, dass junge Lesben, Schwule und Bisexuelle schon sehr früh Diskriminierung erfahren. Mindestens 80% berichteten von verbalen Angriffen gegen sie, 9% der Befragten zeigten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung¹⁸ (D'Augeli et al. 2006 / Smith et al. 2016). Cook-Daniels beschreibt in einer Studie die Herausforderungen, mit denen trans* und inter* Personen über ihr Lebensalter konfrontiert werden. Hierbei wird vor allem auch auf das Ausgeliefert

¹⁸ Eine kritische Auseinandersetzung mit der Bezeichnung „Störung“ und den psychiatrisch-therapeutischen Umgang mit von Gewalterfahrungen gibt es im Sammelband Gegendiagnose II von Jay (2019).

sein gegenüber medizinischem und pflegerischem Personal hingewiesen, wenn es um die Entblößung von „nicht-kongruenten“ Körpern geht (Cook-Daniels 2006).

Güldenring und Sauer (2017) beschreiben die institutionelle Situation für trans* Menschen in der Gesundheitsversorgung, welche trotz positiven Tendenzen hin zu weniger pathologisierenden Verfahren als kritisch betrachtet wird. Hier wird die Rolle des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) hervorgehoben. Dieser gibt Behandlungsinhalte vor, welche „wissenschaftlich längst überholt“ seien und negative Auswirkungen auf trans* Personen haben (Güldenring / Sauer 2017). Nach den ein Jahr später veröffentlichten S3-Leitlinien ist noch offen, inwieweit durch neuere progressivere Leitlinien der MDK seine Richtlinien ändert.

Bezogen auf andere Lebensbereiche wird in der Studie von Franzen / Sauer (2010) und von Frohn (2010) Diskriminierung von LSBTQ* im Arbeitswesen erfasst.

Bezogen auf inter* Menschen und Gesundheit stellt Ghattas (2013) im internationalen Kontext fest: „Intergeschlechtliche Menschen gelten in allen Gegenden, in denen die westliche Schulmedizin vorherrscht, als Menschen mit einer «Störung» und werden – je nach Gesellschaft mehr oder weniger deutlich – als krank oder als «abnorm» behandelt“. Inter* Menschen werden durch nicht-notwendige und „kosmetische“ Eingriffe gewaltvoll in das soziale System der Zweigeschlechtlichkeit eingepasst (Ghattas 2013: 19-21).

Der „Shadow-Report“ von Intersex Human Rights Australia (2019) zeigt die menschenrechtliche Situation von inter* Menschen in Australien auf.

Kattari et al. stellen fest, dass in ihrer Studie 1/5 der befragten trans* Menschen und „gender non-conforming people“ über Diskriminierung, Belästigung und Viktimisierung berichten. Dabei berichten ältere trans* und nicht-binäre Menschen weniger häufig von Diskriminierung als Jüngere. Dies wird darauf zurückgeführt, dass bei Jüngeren ein geringeres „Bewusstsein“ darüber herrsche, was als Diskriminierung wahrgenommen wird (Kattari 2016).

Krell erfasst in der Studie „Coming Out und dann...?!“ die Erfahrungen von trans* Jugendlichen, die körperliche oder personenstandsrechtliche Veränderungen anstreben. Dabei gibt ca. 1/4 der Befragten an, dass sie diesbezüglich auf Unwissenheit bei medizinischem Personal gestoßen sind, was den transitionsspezifischen Bereich angeht, dies gilt jedoch auch für den rechtlichen Bereich. Zudem wurde von knapp der Hälfte der Befragten angegeben, dass die (psychologischen) Begutachtungsverfahren im Rahmen des TSG unangenehm für die Betroffenen seien (Krell 2015).

Neben Literatur, die sich auf Diskriminierung von LSBTIQ* bezieht und in Bezug auf Gesundheit Probleme in den Fokus stellt, gibt es Literatur, die sich auf positive Aspekte im Umgang bspw. mit trans* / nicht-binären und inter* Personen konzentriert, z. B. Günther (2015 / 2019) oder im Sammelband „Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen“ (Naß, Rentzsch et al. 2019).

Im Sammelband „Homosexualität_en und Alter(n)“ (Hg. Lottmann et al. 2016) werden Bedürfnisse, Herausforderungen und (Diskriminierungs-)Erfahrungen von LSB* in Bezug auf Pflege und Alter abgehandelt.

In der Studie von Quinn (2006) wird ein Überblick über die Situation von LSBT* in Ost- und Zentraleuropa gegeben, was Gesundheitszustand, Gesundheitswesen und Diskriminierung angeht. Hierbei wird ebenfalls auf die Ergebnisse vieler US-amerikanischer Studien verwiesen.

De Silva und Quirling beschreiben die Situation von trans* Geflüchteten (2005). Als eine der wenigen Studien zu Mehrfachdiskriminierung überhaupt, werden in ihr Zugänge und rechtliche Situationen beschrieben, die sich insbesondere zehn Jahre danach noch einmal stark verändert haben. Gleichgeblieben sind die „Macht“ und die weitestgehend heteronormativen Annahmen von Entscheider_innen. So müssen „glaubhafte“ Geschichten erzählt werden, die dem Bild der Entscheider_innen von LSBTIQ* entsprechen und nichts mit der Verfolgung und den Lebensrealitäten der Menschen zu tun haben, die Asyl suchen.

Eine „Genealogie“ zur Pathologisierung von trans* Personen unter Begriffen wie „Transsexualität“ wurde kürzlich von Saalfeld (2019) erarbeitet. Hier werden auch die „Standards of Care“ (siehe

auch Richter-Appelt, Nieder et al. 2014) in ihrer Entwicklung kritisch beleuchtet. Analog gibt es von Johnson (2015) eine Abhandlung darüber, wie sich normative Annahmen in der Medizin auf trans* Personen auswirken.

Weitere Studien belegen negative Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung von trans* Personen auf deren Lebensqualität und Gesundheit (vgl. Mizock/Lewis 2008).

Clements-Nolle et al. (2006) stellen Zusammenhänge zwischen Depressivität, Viktimisierung und Selbstmordversuchen mit Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen fest.

Zwischenzusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, die hier vorgestellten Studien zeigen, dass Diskriminierung von LSBTIQ* (u. a.) im Gesundheitssektor existiert und gesamtgesellschaftliche Erfahrungen von Diskriminierung und Minderheitenstress sich negativ auf die Gesundheit aller LSBTIQ* auswirkt. Je nach global / lokal spezifischem Kontext sind Diskriminierungserfahrungen und deren Auswirkungen sowie Zugänge zum Gesundheitssystem sehr unterschiedlich. Es müssen auch die einzelnen Gruppen (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter*) differenziert betrachtet werden, da ihre Bedarfe und Diskriminierungserfahrungen sehr unterschiedlich sind und dementsprechend unterschiedliche Handlungsbedarfe ergeben. Zudem ist es alternativlos, Intersektionen zu betrachten. Sämtliche Studien, die Intersektionen von Klasse, race und anderen Kategorien betrachtet haben, kamen zu dem Ergebnis, dass Mehrfachdiskriminierung gesundheitliche Risiken drastisch erhöht und Zugänge zum Gesundheitswesen erschwert hat.

Obwohl die Diskriminierungsforschung sehr viele Teilbereiche beleuchtet, ist Gesundheit ein vernachlässigter Bereich. So werden im „Handbuch Diskriminierung“ (2017) viele gesellschaftliche Bereiche explizit benannt, wie Recht, (Polizei-)Behörden, Erziehung, (berufliche) Bildung, Medien, Wohnungsmarkt. Gesundheitsversorgung als essentieller Lebensbereich fehlt hier allerdings. Schwerpunkte bisheriger Forschung zu Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* beziehen sich häufiger auf die sexuelle Orientierung. Die Rolle der Geschlechtsidentität und hierbei besonders von trans* und inter* Menschen wurde seltener untersucht und meistens weniger intensiv. Nicht-binäre und nicht westliche Trans*-Identitäten wurden quasi nie abgefragt. Auch wenn es hierbei zur sexuellen Orientierung Überschneidungen gibt, ist es wichtig, zwischen diesen Kategorien zu unterscheiden und sowohl auf die sexuelle Orientierung / Sexualität als auch auf die Geschlechtsidentität einzugehen.

Es lässt sich aber auch beobachten, dass Diskriminierungserfahrungen unter den verschiedenen Teilen der LSBTIQ* sich ähneln bzw. gleich sind (auch wenn je nach Befragung unterschiedliche Items benutzt wurden, um Diskriminierung abzufragen). Auch ließen sich keine signifikanten Änderungen bezogen auf die Häufigkeiten von Diskriminierung beobachten. Zwar gibt es in manchen Studien prozentuale Unterschiede zwischen abgefragten Diskriminierungsformen oder bezogen auf den Gesundheitszustand. Jedoch gibt es keine Studie, die Diskriminierung im Gesundheitssektor oder bestimmte Diskriminierungsformen verneint. In einigen Studien wird darauf hingewiesen, dass die Teilnehmenden nicht das gesamte Spektrum der LSBTIQ* widerspiegeln, sondern meist in den Punkten Einkommen, race und Bildung privilegierter sind. Dies lässt die Vermutung zu, dass diese Gruppen Fragebogen häufiger ausfüllen und andererseits Diskriminierungen häufiger wahrnehmen. Dies kann auf ein Bias in den Forschungen hindeuten. Jedoch ist es eindeutig, dass von Diskriminierungserfahrungen auch von weniger privilegierten Gruppen berichtet wird. Auch wenn diese Zusammenhänge bisher noch unzureichend untersucht wurden, wurden in einigen Studien solche Zusammenhänge aufgedeckt (El-Mafaalani 2017: 175-176).

Was bleibt offen?

Es ist gut und wichtig, dass es bereits viele Studien gibt, die sich mit der Gesundheit(sversorgung) und den Auswirkungen von Diskriminierung von LSBTIQ* beschäftigen. Viele der Studien betrachten häufig „nur“ Teilgruppen, wie „schwule Männer“, „lesbische Frauen“ oder trans* Menschen. In den Studien werden sehr selten inter* Menschen inkludiert, nicht-binäre Identitäten werden auch seltener berücksichtigt. Selten werden Intersektionen von Diskriminierung deutlich und wenn, dann wird in der Regel nicht mehr als eine weitere betrachtet, wie beispielsweise im deutschsprachigen Raum „Migrationshintergrund“. Hier sind die gebildeten Kategoriensysteme auf ihre Umsetzbarkeit zu überprüfen. So kann die Kategorie Migrationshintergrund nicht alle Erfahrungen aufgrund von Rassismus aufzeigen (siehe auch Ahyoud et al. 2018).

Gleichzeitig ist eine Abbildung der momentanen Literatur zu den verschiedenen Bereichen schwierig, da die Diskriminierungsforschung keine einheitliche Disziplin ist. Anders als trennscharfe Disziplinen, ist die (Anti-)Diskriminierungsforschung ein sehr interdisziplinäres Feld und kann sämtliche „Fachbereiche“ umfassen. Gleichzeitig ist ein Feld wie das Gesundheitswesen bzw. Gesundheit im Rahmen von Public Health ebenfalls sehr weit, kann unter verschiedensten Gesichtspunkten betrachtet werden, und ist schwierig abzustecken, ohne große Leerstellen zu hinterlassen.

Eine weitere Herausforderung liegt bei den meisten Studien darin, die Vielfalt der LSBTIQ* Communities und ihre Intersektionen zu erfassen. Aus forschungsethischer Sicht sollte beachtet werden, dass Studien eine höhere Anerkennung und detailliertere Ergebnisse erhalten, wenn sie mit aktivistischen Gruppen zusammenarbeiten und der eigene „Elfenbeinturm“ verlassen wird. Gleichzeitig ist eine kritische Reflexion der gewonnenen Daten gerade im Hinblick auf Datenschutz, Gewährleistung der Anonymität der Befragten und Nutzung der Daten sehr wichtig. Historisch wurden gewonnene Daten zu LSBTIQ* immer wieder durch faschistische Politiken missbraucht.

Eine weitere Problematik ist, dass quantitative Ergebnisse selten die Kriterien der Repräsentativität erfüllen, die gerade in lokalen Kontexten selten erreicht werden kann.

Aus den verschiedenen Studien und der Literatur ergibt sich auch die Erkenntnis, dass um Diskriminierung im Gesundheitswesen in Berlin unter LSBTIQ* erfassen zu können, verschiedenste gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, Gesetze und Normen zu berücksichtigen sind.

2.3. Gesundheitswesen

Diskriminierung im Bereich der Gesundheit wird mittlerweile ebenfalls ein Feld erfasst. So wurden in der Studie „Diskriminierungserfahrungen in Deutschland anhand der sexuellen Identität“ im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes ([2017] 2015) Gesundheit und Pflege als ein gesellschaftliche Teilbereich mitefassen. Mit 9,4% ist der Gesundheitsbereich der viertgrößte Bereich, in dem die Aberkennung von Rechten sowie die Nicht-Berücksichtigung der Lebenssituation beschrieben wird. Auch wenn trans* und inter* Menschen sich an der Studie beteiligt haben, sind die Ergebnisse insb. auf Diskriminierungen bezüglich der sexuellen Identität zu beziehen.

Jedoch bleibt Diskriminierung in Bezug auf den Gesundheitsbereich sehr unterrepräsentiert. Dies mag auch an der Komplexität des Gesundheitsbereiches liegen. Allein schon bei der gleichzeitigen Bezeichnung von „Gesundheitsbereich und Pflegebereich“, wie bspw. in der o.g. Studie, wird deutlich, dass es schwierig ist, die Orte und Bereiche der Gesundheitsversorgung in Gänze zu erfassen. Im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung müssen daher verschiedene Bereiche unterschieden werden, die bereits beim Zugang zum Gesundheitssystem beginnen und sich unweigerlich mit anderen gesellschaftlichen (Versorgungs-)Systemen überschneiden:

Zugang

Der Zugang zum Gesundheitssystem geschieht über Krankenkassen und ggf. über gesetzgeberische Maßnahmen, wie dem Asylverfahren oder Aufenthaltsrecht. Hier werden bereits unterschiedliche Zugänge institutionell festgelegt. Beispielsweise erhalten Menschen in einem laufenden Asylverfahren keine über „Notfälle“ hinaus gehende Gesundheitsversorgung (bzw. erst nach 15 Monaten).¹⁹

Zugänge zum Gesundheitssystem werden auch über gesellschaftliche Barrieren für Personengruppen erschwert. So erschweren physische Barrieren (z.B. Stufen, lange Wege) Zugänge für Menschen mit Gehbeeinträchtigungen. Ohne Abschwächung von Barrieren benötigen gehörlose oder blinde Menschen Assistenzen oder Sprachmittler_innen, um Gesundheitsversorgungen in Anspruch zu nehmen. Diese sind nicht immer verfügbar und meistens mit Mehraufwand für die Betroffenen verbunden.

Armut spielt ebenfalls eine Rolle, z. B. wenn es darum geht, Gesundheitsleistungen, die nicht in der Regelversorgung festgelegt sind, in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich schafft Armut auch weitere Barrieren, die über den Erhalt von Leistungen hinausgehen. Es stellen sich hier weitere Fragen, etwa wer sich welche Medikamente leisten kann, welche Wege zu bestimmten (Fach-)Mediziner_innen zurückgelegt werden müssen und wer sich die Beiträge zur Krankenversicherung leisten kann (und wer jeweils nicht).

Zugang für stigmatisierte und marginalisierte Gruppen wird ebenfalls über gesellschaftliche Machtdynamiken (Rassismus usw.) erschwert. So gibt es z. B. für Sexarbeiter_innen, Schwarze Menschen, Menschen mit HIV usw. häufig Barrieren, die einen Zugang zum Gesundheitssystem erschweren oder verunmöglichen.

Institutionelle und bürokratische Gesundheitsversorgung

Unter dem Bereich der institutionellen Gesundheitsversorgung verstehen wir sämtliche Institutionen, die sich mit der bürokratischen, administrativen sowie fachlichen Organisation des Gesundheitswesens beschäftigen. Dazu gehören die Krankenkassen, Sozial- / Pflegeversicherungen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Verbände, Berufsgenossenschaften, der Gemeinsame Bundesausschuss, Gesundheitsämter und Fachgesellschaften. Es lassen sich hierunter auch sämtliche Regelungen, Leitlinien, Vorgaben und Gesetze fassen, die das Leben der Menschen betreffen, was unter dem Begriff der Biopolitik / -macht u.a. von Foucault (1977) beschrieben wird. Auch politische Institutionen wie die Gesundheitsministerien (der Länder und des Bundes) lassen sich darunter fassen, werden in der Studie jedoch nicht näher beleuchtet.

Institutionelle und gesetzliche Regelungen

Durch gesetzliche Regelungen ist die Gesundheitsversorgung nicht für alle Menschen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen, gleich geregelt. Geflüchtete erhalten eine „rechtlich gleiche“ medizinische Versorgung erst nach 15 Monaten Aufenthalt bzw. ihrem Antrag auf Asyl. EU-Angehörige und Menschen mit weiterem bzw. anderem Aufenthaltsstatus (wie Visa etc.) sind von den Krankenkassensystemen ihrer jeweiligen Herkunftsländer abhängig.²⁰

¹⁹ Zur Einschätzung, was alles als Notfall gewertet werden kann: (siehe auch) <http://gesundheit-gefluechtete.info/> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

²⁰ Weitere und kritische Informationen zur allgemeinen Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland bietet das Medibüro: <https://medibuero.de/gesundheitsversorgung-2/> und das Medinetz: <http://gesundheit-gefluechtete.info/> (beide zuletzt geprüft am 03.09.2019).

Aus einer Studie der PCD (PremiumCircle Deutschland GmbH) im Auftrag der Bundestagsfraktion der Grünen wird deutlich, dass gesetzlich Krankenversicherte (außer in puncto Wartezeiten) nicht schlechter gestellt sind als Privatversicherte. Jedoch wird eine Benachteiligung von besonders vulnerablen Gruppen diagnostiziert. Unter diese werden chronisch Kranke, Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, geringem Einkommen und / oder Behinderung gezählt (Bundestagsfraktion B90/ Die Grünen 2018). Auffällig ist, dass bei diesen Studien meist von der „Durchschnittsbevölkerung“ ausgegangen wird, und damit Gesamtergebnisse positiver ausfallen, als es für marginalisiertere Gruppen der Fall ist. Insbesondere marginalisierte oder „vulnerablere“ Gruppen stoßen trotz bescheidener positiver Lage im Gesundheitssystem auf Barrieren, Hürden und Missstände (ebd.).

Ein weiterer Aspekt, der insbesondere im Kontext von Diskriminierung in Deutschland erwähnenswert ist, ist der gesetzlich geregelte Schutz vor Diskriminierung. Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wird sowohl Geschlecht als auch sexuelle Orientierung (§1 AGG) als schützenswerte Dimension eingestuft. Eine Diskrepanz zwischen rechtlichem Schutz vor Diskriminierung und erlebter Diskriminierung entsteht dadurch, was als Diskriminierung gewertet wird. Das AGG unterscheidet hier zwischen mittelbarer und unmittelbarer Diskriminierung sowie Belästigung (§3 AGG). Hier bleibt sehr viel Interpretationsspielraum und die Schwierigkeit, eine Diskriminierung zu „beweisen“. Menschen, die diskriminiert werden und insbesondere Minderheitenstress ausgesetzt sind, erleben Diskriminierung häufig subtil oder haben diese selbst verinnerlicht (s. o.). Weiterhin bleibt es offen, inwieweit trans* und inter* Menschen das AGG anwenden können, wenn ihre Identität nicht der Binarität von „Mann“ und „Frau“ entspricht. Zwar gibt es mit der „Dritten Option“ und dem Personenstand „divers“ inzwischen ein rechtlich sichtbar werdendes „drittes“ Geschlecht. Jedoch gibt es hierzu noch keine aktuell weiter bekannte bzw. gefestigte Rechtsprechung und Praxis. Zudem gibt es aus vielen aktivistischen Interessensverbänden eine starke Kritik an dem vom Innenministerium entworfenen Gesetz.²¹ Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes hat zwar entschieden, dass „Geschlecht“ im Sinne von Art. 3 Abs. 3 GG nicht nur das körperliche Geschlecht meint, sondern die Geschlechtsidentität mitumfasst (vgl. BVerfG, 1 BvR 2019/16, Rn. 62), aber auch hier wird es sich noch zeigen müssen, inwieweit trans*, inter* und nicht-binäre Personen dadurch rechtliche und ihrer Identität entsprechende Anerkennung und Schutz vor Diskriminierung erhalten.²² Eine Grundlage für den Schutz aufgrund der Geschlechtsidentität und des Geschlechtsausdrucks bieten zwar die Menschenrechte, in der beides als schützenswerter Grund anerkannt sind. Jedoch spiegelt sich dies weder im EU- noch nationalem Recht²³ wieder (Agius 2011). Gleichzeitig bedarf es eines rechtlichen Schutzes von inter* Menschen, die mit „Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale“ geboren werden und in ihrer körperlichen Unversehrtheit durch sogenannte „geschlechtsvereindeutigende Operationen“ Menschenrechtsverletzungen erfahren.

Pharmazeutische Gesundheitsversorgung

Dieser Teil betrifft nicht nur die Möglichkeit des Erwerbens von Arzneimitteln in Apotheken - ein Bereich, der in der Studie ausgeblendet wurde, in dem es jedoch auch zu Diskriminierung kommen kann. So ist das Angebot an Verhütungsmitteln wie bspw. der „Pille“ (bzw. der „Pille danach“), „dental derms“ (Dental Derms sind sogenannte „Lecktücher“ und werden als Verhütungsmittel benutzt) oder anderer Verhütungsmittel eingeschränkt. Gleichzeitig stellt sich insb. was die Erforschung von Medikamenten angeht, die Frage, für wen welche Mittel wie produziert werden. Die Versorgung mit Hormonen ist hier ein wichtiger Aspekt, der von Pharmakonzernen im Zusammenhang mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens reguliert wird. Die Forschung und der

²¹ Siehe bspw. Oll Germany (2019): <https://oigermany.org/variante-der-geschlechtsentwicklung-ein-keil-im-kampf-fuer-selbstbestimmung-und-menschenrechte-von-inter-und-trans/> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

²² Eines Stellungnahme des BVT* zu dem Gesetzentwurf findet sich hier: <https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2019/05/BVT-Stellungnahme-Referentenentwurf-BMIBMJV-10-05-2019-1.pdf> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

²³ Trotz aktivistischer Bemühungen und Gutachten der Bundesregierung, die bspw. für eine Abschaffung des TSG* plädieren (Althoff 2017), ist eine rechtliche Durchsetzung der Forderungen von inter* und trans* Interessensverbänden noch nicht erreicht.

(Nicht-)Zugang zu Präparaten machen bspw. trans* / inter* / nicht-binäre Menschen von diesen Systemen abhängig.

Edukative, pädagogische und epistemische (wissensbezogene) Gesundheitsversorgung – von der Ausbildung bis zur gesundheitlichen Aufklärung

Dieser Teil der Gesundheitsversorgung betrifft die medizinischen Ausbildungsberufe (Mediziner_innen, Psychotherapeut_innen, Personal, Heilpraktiker_innen, Beratungsstellen, Pflege usw.). Dabei stehen im Vordergrund: die Vermittlung von Wissen an angehende Tätige im Gesundheitsbereich; die Vermittlung von Wissen und Aufklärung von Patient_innen; die Herstellung von Wissen über Forschung. Hier zeigt auch die „gender specific medicine“²⁴, dass es schon allein zwischen „Frauen“ und „Männern“ eine Diskrepanz in der medizinischen Forschung gibt (Jahn 2016). LSB-TIQ* betreffend ist diese noch einmal größer.

Gesundheitliche Versorgungsbereiche

Nicht zu vergessen sind die Orte und Fachbereiche, in denen die medizinische, gesundheitsbezogene Versorgung passiert. Dabei betrachten wir insbesondere „Fachbereiche“, denen für LSBTIQ* eine besondere Bedeutung zukommt. Die Liste von Gesundheitsbereichen ist daher sehr lang (und nicht abschließend):

Allgemeinmedizin	Infektiologie / Immunologie	Neurologie	Reproduktionsmedizin (inkl. Hebammen)
Anästhesie	Internistik	Oecotropologie (Ernährungsberatung)	Sozialpsychiatrischer Dienst
Augenheilkunde	Inter*spezifische Medizin	Pflegeeinrichtungen / assistiertes Wohnen	Transitionsspezifische Medizin
Betreutes Wohnen	Kindermedizin	Physikalische Therapie / Physiotherapie	Unfallmedizin
Chirurgie	Kinderwunsch	Prävention von STI	Urologie
Dermatologie	Klinik / Krankenhaus / Stationäre Einrichtung	Psychiatrie	Zahnmedizin
Endokrinologie	Logopädie	Psychotherapie	
Gastroenterologie	Medizinisch-Technische Assistenz	Pulmologie	
Gerontologie		Radiologie	
Gynäkologie			
HNO Medizin			

Offizielle Daten zur Gesundheit und Auswirkungen von Diskriminierung auf die Gesundheit

Offizielle Daten zur Gesundheit der Bevölkerung Berlins gibt es bspw. in Form des Basisberichts der Gesundheitsberichterstattung Berlin (2012/13). Dieser zeigt nur Basisdaten und erfasst keine sexuelle Orientierung und lediglich binäre Geschlechtsidentitäten. Es wird nicht erfasst, auf welcher Grundlage (Diskriminierung, Altern, Krankheitsrisiken) sich Gesundheitszustände verändern.

²⁴ Gender specific medicine ist ein Teil der Humanmedizin und beschäftigt sich verstärkter mit geschlechtsspezifischen Unterschieden zwischen „Frauen“ und „Männern“. Hierbei wird auch die Kritik geübt, dass der medizinische Wissensstand insbesondere androzentrisch geprägt ist. Jedoch bezieht sich die gender specific medicine insbesondere auf binäre und biologische Vorstellungen zwischen „Männern“ und Frauen“. Trans* und Inter* werden hierbei nicht / wenig / falsch betrachtet.

Gesellschaftliche Normen

Für LSBTIQ* spielt die Psychopathologisierung als Diskriminierungsfaktor eine Rolle. Homosexualität wird nach dem ICD zwar nicht mehr als „krank“ eingestuft. Für inter*, trans* und nicht-binäre Menschen ist das jedoch (noch) der Fall. Besserung verspricht der kommende ICD-11, in dem sämtliche „Krankheiten“ nach internationalen festgelegten Kriterien definiert werden. Im aktuellen ICD-10 wird bspw. Transgeschlechtlichkeit unter der Diagnose F.64.0 (und weitere) als Persönlichkeitsstörung gewertet, womit die Identität von Menschen als Krankheit pathologisiert und abgewertet wird. Ab 2022 sollen trans* Identitäten unter die neu geschaffene Kategorie „sexual health“ fallen. Für inter* Menschen bedeutet der neue ICD-11 jedoch keine Entpathologisierung, sondern weiterhin Menschenrechtsverletzungen, Fremdbestimmung und Pathologisierung²⁵.

Weiterhin gibt es das Patient_innenrecht, welches nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung ca. zwei Drittel aller Patient_innen unbekannt ist.

Sein Anwendungsbereich umfasst sämtliche ärztliche Leistungen, und schließt Leistungen von Hebammen, Heilpraktiker_innen, Physio- und Psychotherapeut_innen mit ein.

Neben o.g. Regelungen sind auch die Menschenrechte ein wesentlicher Bezugspunkt. Die hier festgeschriebenen Rechte auf eine diskriminierungsfreie medizinische Versorgung und das Recht auf körperliche Unversehrtheit sowie die selbstbestimmte Identität sind wichtige Bezugspunkte für die Durchsetzung von Rechten von LSBTIQ*.

Unterschiedlichste gesellschaftliche Normen spielen gerade im Gesundheitswesen eine besondere Rolle: Was gilt als „normal“ und was als „nicht normal / krankhaft“? Gerade nicht cisgeschlechtliche und nicht-dyadische Identitäten werden in dieser Logik abgewertet, sowie nicht heteronormative Sexualitäten. Diese gesellschaftlichen Normen – wer hat mit wem welchen Sex, welche Körper haben mehr / weniger Daseinsberechtigung – wirken sich auf das Leben von nicht normativen Stereotypen entsprechenden Menschen aus und betreffen letztlich nicht nur das Gesundheitssystem, sondern sind mit allen Lebensbereichen verwoben.

Die unterschiedlichen Akteur_innen im Gesundheitswesen arbeiten teilweise eng zusammen und Entscheidungsprozesse sind oft unübersichtlich. Wer über was wie entscheidet und beeinflusst, wäre ein weiterer wichtiger Forschungsaspekt, um zielgerichtete Maßnahmen zu entwickeln, was wir nicht in Gänze leisten können. Um dennoch ein wenig Übersicht in das Feld zu bringen, haben wir aus verschiedenen Quellen und Materialien eine Übersicht von Akteur_innen und teilweise deren Zusammenhänge dargestellt. Diese findet sich im [Anhang \(Abbildung 1\)](#).

2.4. Einschätzung des Forschungsstandes / Forschungslücken

In unserer Literaturanalyse ist deutlich geworden, dass es keine einheitliche Diskriminierungsforschung gibt und dieses Feld sowohl von den Ressourcen her, als auch vom Umfang / Anzahl von Studien eher als gering ausgestattet anzusehen ist. Daraus ergibt sich der Bedarf, Forschung zu Diskriminierung dauerhaft zu fördern und ausreichend zu finanzieren. Die gesellschaftliche Relevanz ist als sehr hoch einzuschätzen. Diskriminierung betrifft nicht allein „kleine“ und marginalisierte Gruppe, was schon Grund genug wäre, um gegen sie vorzugehen. Sie findet sich in vielen Machtstrukturen wieder und schadet auf Dauer dem Großteil der Bevölkerung. So wurde insbesondere deutlich, dass Diskriminierung negative gesundheitliche Folgen für die Betroffenen hat. Aus emanzipatorischen und menschenrechtlichen Ansätzen heraus ist es unabdingbar für eine Gesellschaft, Diskriminierung abzubauen.

Jedoch zeigt sich, dass gerade in puncto Mehrfachdiskriminierung großer Handlungsbedarf besteht. Es gibt wenige Studien, die sich überhaupt hiermit beschäftigen, und dann ist auch dieser

²⁵ Siehe hierzu OII Europe (2018): <https://oii europe.org/de/who-publishes-icd-11-and-no-end-in-sight-for-pathologisation-of-inter-sex-people/> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

Aspekt von eher „geringer“ Bedeutung (siehe auch Wolf 2012). Es müssen die Ansprüche an eine intersektionale Forschung berücksichtigt werden und nicht nur „Erwähnung“ finden.

Schon lange ist bekannt, dass es auch in der gender specific medicine eine große Geschlechterdisparität gibt. Diese wurde aber nur binär zwischen „Männern“ und „Frauen“ erfasst und hierbei dann lediglich auf „biologische“ Unterschiede verwiesen. Inwieweit das „biologische“ bzw. „physiologische“ Geschlecht sich „sozial konstruiert“ und soziale Einflussfaktoren eine Rolle spielen, findet sowohl in der gender specific medicine als auch in Bezug auf unterschiedliche Körper in der Medizin kaum Beachtung. Dabei gibt es viele Studien und Fachartikel, die darauf hinweisen (siehe Artikel von Harreiter et al., Lenz, Sauer, Güldenring, im Handbuch Geschlecht und Gesundheit 2016).

Eigene Forschungslücken

Auch bei unserer Studie ist eine umfassende intersektionale Analyse nicht zu unserer Zufriedenheit ausreichend getroffen worden. Viele Schnittstellen konnten nicht ausreichend betrachtet und verschiedene marginalisierte Gruppen konnten nur unzureichend in der Studienkonzeption beachtet werden. Hier reflektieren wir einerseits die eigene Position und sind uns bewusst, dass die eigenen Positionen zu Leerstellen geführt haben bzw. diese zu spät erkannt wurden. Gleichzeitig ist auch zu reflektieren, dass die Ressourcen, die uns zur Verfügung standen, nicht viel mehr ermöglichen konnten. Hierfür hat uns die eigene Betroffenheit von Diskriminierungserfahrungen durchaus „geholfen“, Aspekte mitzudenken, die in anderen Studien nicht mitbedacht wurden.

Wie lässt sich Diskriminierung empirisch erfassen?

Zugleich blicken wir auch auf ein „Fachgebiet“, welches erst entsteht und ausgelotet wird. Es gibt keine anerkannten, langwierig erprobten und standardisierten Vorgehensweisen zur Erfassung von Diskriminierung. Viele Empfehlungen und Anmerkungen dazu kommen aus aktivistischen Kontexten und finden bereits in verschiedenen „critical studies“ Anwendung (gender studies, trans / queer studies, critical race studies etc., disability studies, critical legal studies). Wichtig dabei ist es, den eigenen Forschungsprozess nicht als abschließend zu betrachten, eigene Fehler zu reflektieren und in weitere Forschungen mitaufzunehmen.

3. Methoden

In der Studie wurde auf eine Methodentriangulation / mixed-method design (Kromrey 2006: 535) gesetzt, um aus der Gewinnung unterschiedlicher (quantitativ und qualitativ) Daten möglichst treffende Aussagen und Ergebnisse für die betroffenen Gruppen der LSBTIQ* formulieren zu können. Gleichzeitig bieten die unterschiedlichen Erhebungsmöglichkeiten die Chance, sie gegenseitig zu überprüfen und ggf. zu validieren. Die Verzerrung und mögliche fehlende Perspektiven durch nur ein Erhebungsinstrument werden durch die Operationalisierung verschiedener Methoden vermindert (ebd. 535).

Die Beschreibung der durchgeführten Methoden in dieser Forschung bezieht sich zunächst auf die allgemeine Problematik, inwieweit Diskriminierung überhaupt messbar ist und welche Forschungsethischen Aspekte hierbei beachtet werden müssen.

3.1. Repräsentation / Forschungsethik / Reflexion der Durchführung

Über verschiedene Problematiken, die sich im Allgemeinen bei der Erfassung von Diskriminierungsdaten ergeben, wurde bereits weiter oben einiges beschrieben (Kapitel 2). Im Folgenden möchten wir deshalb darstellen und reflektieren, welche Problematiken bei dieser Studie aufgetreten sind und wie diese sich ggf. in folgenden Studien verbessern lassen. Eine Orientierung bietet hierfür das Modell von Ahyoud et al. (2018) (Kapitel 2.1). Dabei differenzieren wir auch zwischen der durchgeführten Online-Umfrage und der qualitativen Studie.

Bezogen auf die quantitative Online-Umfrage ist festzustellen, dass wir uns für eine tendenziell geschlossene Mehrfachauswahl (Fragen 1 und 2) bezogen auf sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität – mit der Möglichkeit, keine Angabe zu machen – entschieden haben. Eine Selbstidentifikation war so nur eingeschränkt möglich, ohne die Möglichkeit, eine offene Antwortkategorie einzutragen, was wir im Nachhinein als problematisch bewerten, da so weniger Möglichkeit zur Selbstidentifikation möglich waren. Gleichzeitig hat dies die Auswertung für uns vereinfacht. Bezogen auf eine ausschließlich offene Selbstidentifikation in Form von offenen Antworten ist zu reflektieren, dass diese, insofern sie als ausschließlich offen gestaltet werden, eine quantitative Vergleichbarkeit sehr erschweren, wenn nicht verunmöglichen. Gleichzeitig ist es problematisch, aus offenen Selbstidentifikationen für die Auswertung Cluster oder Kategorien zu bilden, die nicht mehr eine Selbstidentifikation widerspiegeln. Wir sprechen daher für eine Mischung aus offenen Antwortmöglichkeiten für eine Selbstidentifikation und vorgegebenen Kategorien, um auch Kategorien, die aus aktivistischen Kontexten und Bündnispolitiken heraus entwickelt wurden, sichtbar zu machen.

Die Freiwilligkeit gehört zu den wesentlichen Prinzipien jeder Forschung, was wir gewährleistet haben. Mittels einer Einleitung vor Beginn der Umfrage ist erläutert worden, warum die Daten erhoben werden und welchem Zweck sie dienen. Es wurde die Möglichkeit genannt, bei Fragen mit den Forschenden in Kontakt zu treten. Die Anonymität der Daten wurde über datenschutzrechtliche Maßnahmen gewährleistet und auch die Interviewten über beide Aspekte „aufgeklärt“ und „informiert“. Die Zustimmung zu den Datenschutzmaßnahmen ist bei der Befragung und den qualitativen Interviews jeweils schriftlich vorher eingeholt worden.

Zum Aspekt, welche „Vertreter_innen“ von diskriminierten Gruppen am Prozess der Datenerhebung“ beteiligt waren, ist ein wenig auszuholen. Da sich der Fokus auf das „gesamte“ Spektrum der LSBTIQ* bezieht, ist eine Problematik, die schon beschrieben wurde, dass unter LSBTIQ* (Diskriminierungs-)Erfahrungen sehr unterschiedlich sein können. Zudem kommen Aspekte der Mehrfachdiskriminierung hinzu, die eine Vielzahl von „Vertreter_innen“ nötig machen würde. Daher möchten wir kurz beschreiben, welche „Vertreter_innen“ beteiligt waren und welche unserer Ansicht nach gefehlt haben, um eine möglichst differenzierte und intersektionale Arbeit zu ermöglichen.

Die Online-Befragung wurde von drei *weißen* trans* Personen durchgeführt, worunter sich eine Person als nicht-binär definiert. Bezogen auf sexuelle Orientierung wurde diskutiert, dass sich die Personen zwischen lesbischen, schwulen und queeren Lebenswelten bewegen oder bewegt haben. Eine Person hat aufgrund chronischer Erkrankungen Erfahrungen damit gemacht, behindert zu werden, wobei diese Erfahrungen sich weniger auf Mobilität und nicht auf Hören_Sehen_Sprechen beziehen. Alle drei haben eine akademische Ausbildung hinter sich. Um die Perspektive zu erweitern, wurden Pre-Tests (mit Menschen verschiedener Positionierungen) durchgeführt. Auch die Übersetzer_innen haben je nach eigener Einschätzung Anmerkungen zum Fragebogen gemacht. Hierbei wurden unterschiedliche Positionierungen einbezogen: schwule, lesbische, queere, trans*, inter*, BPoC. Bezogen auf die Online-Umfrage wären mehr Perspektiven in der direkten Umsetzung des Fragebogens gerade in Bezug auf inter* und BPoC sowie Geflüchtete wichtig gewesen, um bestimmte Aspekte von Mehrfachdiskriminierung besser erfassen zu können. Ebenfalls wäre eine Verbreitung der Umfrage in mehrfachdiskriminierten Gruppen damit besser möglich gewesen.

Um diese Lücken kleiner zu machen bzw. zu schließen, wurden zusätzlich qualitative Interviews geführt. Damit auch hier eine breitere Perspektive möglich war, wurde versucht, unterschiedlichste Positionierungen (Inter*, BPoC, Geflüchtete, Nicht-Binäre, junge Menschen) miteinzubeziehen. Trotz dieser Bemühungen sind Perspektiven von BPoC LSBTIQ*, nichtchristlichen Religionsangehörigen, Sexarbeiter_innen weniger repräsentiert, die zu den „vulnerableren“ und weniger „repräsentierten“ Gruppen der LSBTIQ* zu zählen sind.²⁶

Aus Erfahrungen vorheriger Befragungen und der Zusammenarbeit wurden verschiedene Mehrfachdiskriminierungen, Zugehörigkeiten, sowie gesundheitliche Aspekte abgefragt, welche nicht ausreichend genug voneinander getrennt wurden und unter Verwendung von teilweise problematischen Begriffen (siehe Frage 14, Begriff „Adipositas“).

Gleichzeitig ist es wichtig, die Forschung auch in den Kontext zu stellen, indem sie entstanden ist. So sind Finanzierung und Ressourcen gering ausgefallen im Vergleich zu großen privaten oder universitären Einrichtungen, die teilweise mehrere Millionen Euro für Forschungen zur Verfügung haben.

3.2. Quantitativer Teil

Die Umfrage „Umfrage zur Diskriminierung von LSBTIQ*-Menschen im Berliner Gesundheitsbereich“ wurde in einem Team von drei Personen konzipiert und durchgeführt. Dabei übernahmen Dr. Tamás Jules Fütty, Dr. Arn T. Sauer die Konzeption und inhaltliche Ausgestaltung. Koordiniert, mit durchgeführt und ausgewertet wurde das Projekt von Tilly Tracy Reinhardt.²⁷

Anhand einer dezidierten Literaturrecherche und einem wissenschaftlichen Austausch zwischen den Forschenden sowie unter Einbezug weiterer wissenschaftlich Tätigen in den Feldern Gesundheit und Queer Theory sind Fragestellungen und Operationalisierung der Umfrage unter Einbezug einer Methoden-Triangulation besprochen worden. Der daraus entstandene Fragebogen ist in einem Pre-Test-Verfahren von vier Personen nach unterschiedlichen Perspektiven (trans*/nicht-binär, inter*, geflüchtet) getestet worden. Mit deren Kritiken und Anmerkungen wurde der Fragebogen finalisiert, anschließend in sechs weitere Sprachen (Türkisch, Russisch, Arabisch, Farsi, Französisch, Englisch) übersetzt und von den Übersetzer_innen teilweise mit inhaltlichen Anmerkungen versehen.²⁸

²⁶ Im Forschungsprojekt wurde Repräsentativität nicht im quantitativen Sinne verstanden, sondern es sollte eine Repräsentation stattfinden, die in bestimmten Merkmalen (Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund, race°, Klasse, sexuelle Orientierung usw.) möglichst divers ist.

²⁷ Für die Umfrage wurde das Online-Tool „Quamp“ benutzt.

²⁸ Die Übersetzer_innen hatten ebenfalls inhaltliche Anmerkungen, welche rückbesprochen wurden, in den Fragebogen eingearbeitet wurden und in alle Sprachen übersetzt wurden. Da die Anmerkungen sehr hilfreich waren, ist trotz der Gefahr einer inkohärenten Übersetzung und methodischer Fehler auf eine Einarbeitung nicht verzichtet worden.

Der Fragebogen teilte sich in insgesamt 58 Fragen auf, und eine Datenschutzeinwilligungserklärung zu Beginn des Fragebogens, ohne deren Zustimmung er nicht weiter beantwortet werden konnte.

Es gab insgesamt 13 Fragekomplexe: zur Selbstidentifikation als LSBTIQ* – (A) Geschlechtsidentität / sexuelle Orientierung, (B) Gesundheitszustand, (C) Erfahrung im Gesundheitssystem, (D) Diskriminierungen im Gesundheitssystem in Berlin, (E) Gesundheitsvorsorge / Prävention, (F) Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, (G) Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz, (H) Wahrnehmen von Beratungsangeboten, (I) Kinderwunsch / Elternschaft, (J) Inter*-Gesundheitsversorgung (für inter*, intergeschlechtlichen, intersexuellen etc. Menschen), (K) Trans*-Gesundheitsversorgung (für trans*, transgeschlechtliche, transsexuelle, transidente etc. Menschen)²⁹, (L) Krankenhaus / stationäre Einrichtungen, (M) Sozio-demographischer Hintergrund.

Die Umfrage fand vom 19.11. bis 31.12.2018 statt.³⁰ Es gab zwei Ausschlussfragen, die sich auf die Frage nach der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Berlin und Diskriminierungserfahrungen in Gesundheitsbereichen in Berlin beziehen, um die Auswahlinheit nach den für die Fragestellung relevanten Kriterien zu filtern. Das Sampling sollte insgesamt eine Anzahl von 800 Teilnehmenden erreichen. Diese Anzahl wurde mit gut 500 Teilnehmenden nicht erreicht. Hierfür lassen sich verschiedene Gründe vermuten: der kurze Umfragezeitraum, die geringen Kapazitäten der Forschenden und dadurch die geringe Streuung der Umfrage, sowie ein sehr spezieller regionaler und thematischer Fokus (bspw. im Gegensatz zur bundesweiten Umfragen, wie die von LesMigras 2012 oder der ADS 2015/2017). Gleichzeitig fanden im ähnlichen Zeitraum eine Vielzahl von ähnlichen Umfragen statt, wobei zu vermuten ist, dass nicht alle Personen sich an allen beteiligten.

Die Grundgesamtheit stellt die Gruppe der LSBTIQ* dar. Das Problem allein bei der Grundgesamtheit besteht darin, dass ihre Größe nicht bekannt ist.³¹ Die Teilgesamtheit der Stichprobe ist dadurch bestimmt worden, dass Gesundheitsleistungen in Berlin in Anspruch genommen worden sind und Diskriminierungserfahrungen erlebt wurden. Der Wohnort dabei ist nicht ausschlaggebend. Die Stichprobe wurde über ein Online-Verfahren gezogen. Nach einem statistischen Verfahren kann die Studie nicht als zufällig (randomisiert) bewertet werden, was einerseits auf die unklare Grundgesamtheit und das Erhebungsverfahren zurückzuführen ist. Repräsentative Schlüsse lassen sich somit nicht aus den Zahlen der Umfrage ziehen. Dennoch können die Ergebnisse Tendenzen widerspiegeln und im Vergleich mit vorherigen Studien betrachtet und interpretiert werden. Die Bewerbung lief über die Verbreitung des Umfrage-Links in sozialen Netzwerken, über Flyer und Community-Mailverteiler.

Am Ende des Fragebogens gab es für die Teilnehmenden die Möglichkeit, über ein Eingabefeld Feedback oder weitere / detaillierte Erfahrungen zu schildern. Diese Angebote haben 65 Teilnehmende in Anspruch genommen. Die Auswertung dieser Felder folgte nach einer ersten Sichtung, Auswahl, Codierung und Interpretation angelehnt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse. Die qualitative Auswertung folgte nach der Auswertung der quantitativen Daten.

Die gesamten Ergebnisse sind nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) interpretiert worden (siehe auch Kapitel 3.3. und 4.).

²⁹ Blöcke J und K wurden nur solchen Teilnehmenden angezeigt, die in der Frage zur Selbstidentifikation der Geschlechtsidentität eine der Bezeichnungen von trans* und / oder inter* ausgewählt haben.

³⁰ Neben der Online-Umfrage wurde sich dafür entschieden, auch Papierfragebögen zu verteilen, welche anonymisiert über „Gate Keeper“ wieder an die Forschenden zurückgetragen wurden, um solche Gruppen zu erreichen, die keinen Zugang zum Internet haben bzw. dieses nicht nutzen. Die Rücklaufquote war hier sehr gering (<~1%).

³¹ Es gibt Schätzungen, die besagen, dass ungefähr 1-2% der Menschen, die in Deutschland leben, sich als LSBTIQ* verstehen. Eine selbstbenannt repräsentative Online-Umfrage eines Berliner Start-Ups hat europaweit versucht zu erheben, wie viele Menschen sich als LSBT verstehen (nach Inter* wurde nicht gefragt). Die Studie besagt, dass für Deutschland repräsentative Ergebnisse zu verzeichnen sind. Nach diesen Ergebnissen sind ca. 7,6% der Menschen in Deutschland LSBT. Nach weiteren Auswahlkriterien dürfte diese Zahl noch höher sein. <https://daliaresearch.com/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/> (zuletzt geprüft 04.11.2019). Der Unterschied zwischen Stadt und Land ist dabei interessanterweise geringer als vielleicht vermutet. So ließe sich annehmen, dass ein ähnlich großer Anteil an LSBT in Berlin lebt.

3.3. Qualitativer Teil

Um die gewonnenen (meist quantitativen) Daten aus der Online-Umfrage zu unterfüttern und zu prüfen, ob die nicht-repräsentativen Daten dennoch mit denen aus qualitativen Interviews plausibel sind, wurde sich für Durchführung von qualitativen Interviews entschieden. Als Methode wurde sich an den Expert_inneninterviews orientiert (Meuser / Nagel 2002 / 2009 / 2010), wobei eine strikte Trennung zwischen Expert_innenwissen und Erfahrungswissen von uns abgelehnt wird, da auch Erfahrungswissen als Expert_innenwissen gezählt werden kann. Wichtig hierbei war vor allem der Zugang der Befragten zu ratsuchenden LSBTIQ* und damit verbundenes Wissen über verschiedene Erfahrungswerte von vielen unterschiedlichen Ratsuchenden. Die interviewten Personen wurden aufgrund ihrer Tätigkeiten, ihrer Identität und damit verbundenen Lebenserfahrung als Expert_innen gewählt, um über die Themen Diskriminierung im Gesundheitswesen von LSBTIQ* zu berichten. Gleichzeitig ist der Status Expert_in ein „relationaler Status“ (Meuser / Nagel 2002: 73), der in Zusammenhang mit den Selbsteinschätzungen der Interviewten und den Forschenden entstanden ist. Das „Expert_innenwissen“ wird als „nicht allgemein zugängliches“ Wissen bewertet. Gerade im Kontext von LSBTIQ* ließe sich hier jede Person befragen, da das Wissen nur wenigen zugänglich ist (Meuser / Nagel 2009: 37). Bei der Durchführung ist ein halbstrukturierter Leitfaden benutzt worden, um einerseits eine Vergleichbarkeit von Themen und Kategorien zu gewährleisten und gleichzeitig auf die unterschiedlichen Erfahrungswerte und Wissensbestände zurückzugreifen. Die Auswahl der Befragten richtete sich danach, möglichst viele Lebensrealitäten von LSBTIQ* abzudecken. Daher erwies es sich als sinnvoll, sich mit Beratungsstellen in Verbindung zu setzen, die sehr viel Kontakt mit diesen Gruppen haben. Dabei waren die Schwerpunkte der Beratenden unterschiedlich, bezogen sowohl auf die „Identitäten“ als auch auf die Formen von Beratung.³² Alle Interviewten stehen durch eigene Erfahrungen sowie durch ihre Tätigkeiten im Kontakt zum Gesundheitswesen.

Die Interviews wurden audiotekhnisch aufgenommen und anschließend nach einem einfachen Transkriptionsverfahren verschriftlicht (Dresing / Pehl 2015). Die Aufnahmen wurden nach Einwilligung und Zusicherung der Anonymität und Datenschutzrichtlinien freiwillig aufgezeichnet. Die Transkripte wurden von den Interviewten gegengelesen und ggf. Anmerkungen versendet.³³

Most Different Design

Von außen betrachtet werden LSBTIQ* häufig als eine Gruppe gesehen. Wie oben (Kapitel 2.) festgestellt wurde, sind die Lebenswelten und Diskriminierungserfahrungen hingegen sehr unterschiedlich. Betrachtet man zusätzlich intersektionale Schnittstellen, lässt sich kaum mehr von einer homogenen Gruppe zu sprechen. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit Diskriminierungserfahrungen zwischen den Gruppen vergleichbar sind und auf welche Mechanismen diese zurückzuführen sind. Dazu bietet sich das Konzept des „most different design“ an, welches als ein Instrument zur Vergleichbarkeit von verschiedenen Gruppen in Sozialwissenschaften (und angrenzenden Feldern) dient.

Um eine Vielfalt von „Fällen“ zu erlangen, wurde dementsprechend eine Anzahl von unterschiedlichen Personen / Expert_innen / Nutzer_innen befragt, die nach den Kriterien Einrichtung, race / „Migrationshintergrund“, Geschlecht und sexuelle Orientierung hin sich unterschieden.

In den Interviews sollte so mehr die Komplexität erfasst werden, die bspw. durch Mehrfachdiskriminierung entsteht, sowie Gesundheitsbereiche erfasst werden, in denen es zu spezifischen diskriminierenden Situationen kommt (wie durch Mehrfachdiskriminierung oder übergreifendes Verhalten).

³² Auch wenn wir hier von Beratung sprechen, fallen auch therapeutische bzw. psychosoziale Angebote darunter.

³³ Es wurde darauf verzichtet, direkte Zitate aus den Interviews zu benutzen, um keine Rückschlüsse auf die Interviewten und von ihnen berichtete Fälle zu ermöglichen.

Forschungszugang

Der Forschungszugang erwies sich als unproblematisch, da auf bereits vorhandene Netzwerke aller Beteiligten der Studie zurückgegriffen werden konnte. Gleichzeitig ist die Bereitschaft gerade von Expert_innen aus den Beratungseinrichtungen nicht sehr hoch gewesen, in ihrer Arbeitszeit ein Interview zu führen, da diese Arbeitszeit dann nicht für die Beratungsarbeit zur Verfügung steht. Dies liegt auch an den im Kapitel 4 beschriebenen geringen Ressourcen der Einrichtungen, welche sich perspektivisch erhöhen müssten, um auch solche „Aufgaben“ übernehmen zu können.

Forschungsfeld

Um das große und nicht eindeutig einzugrenzende Feld des Berliner Gesundheitswesens zu beschreiben, wird es aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet:

So ist das Forschungsfeld des Gesundheitswesens in das Kategoriensystem nach deduktiven Prinzipien übernommen worden. Dabei wurde sowohl auf Fachliteratur (siehe Kapitel 2.) als auch auf eine Analyse der Anbieter des Gesundheitssystems in Berlin und auf eigene Erfahrungen zurückgegriffen. Das Kategoriensystem wurde im Prozess in bestimmten Teil nach induktiven Prinzipien erweitert, wenn sich herausstellte, dass bestimmte Bereiche weniger eine Rolle spielen als andere. Das endgültige Kategoriensystem findet sich im [Anhang](#) wieder.

Über allgemeinmedizinische Versorgung und verschiedene Fachrichtungen hinaus wurden weitere Versorgungssysteme hinzugefügt, welche zur „Grundversorgung“ für viele LSBTIQ* notwendig sind. Hierzu zählen neue ambulante Felder, z. B. wie Beratungsstellen oder Präventionsangebote etwa für Menschen mit HIV oder anderen STIs. Auch wurden Fachrichtungen für die Trans*-/ Inter*-Gesundheitsversorgung und Reproduktionsmedizin ergänzt, die für LSBTIQ* wichtige Teile einer weiteren Grundversorgung sein können.

Das Feld grenzt sich insofern ein, als dass Diskriminierungserfahrungen aus den in Berlin niedergelassenen Gesundheitsbereichen erfasst werden sollten. Dabei ist es nicht wesentlich, ob eine Person einen Wohnsitz außerhalb Berlins hat und nur einmalig in Berlin ein Gesundheitsangebot in Anspruch genommen hat, oder sich dauerhaft in Berlin aufhält.

Die qualitative Inhaltsanalyse orientierte sich an den von Mayring (2010) vorgestellten Techniken, der Zusammenfassung, induktiven Kategorienbildung und Strukturierung (ebd.: 48-94). Teilweise wurde von den beschriebenen Verfahren abgewichen, wenn sich herausgestellt hat, dass bestimmte Schritte nicht notwendig sind oder zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt werden müssen. So sind die Interviews mit dem Kategoriensystem ([Codesystem](#)) sowohl theoriegeleitet bearbeitet worden, als auch mit induktiven Schritten erweitert worden. Es wurde sich dagegen entschieden, Ankerbeispiele als Zitate im Bericht zu verwenden, um bei sensiblen Themen die Anonymität von allen Beteiligten nicht zu gefährden. Gleichzeitig wurden einige herausstechende Fallbeispiele paraphrasiert, um sie dennoch anschaulich für die Leser_innen zu machen.

4. Auswertung

Im Folgenden möchten wir die Auswertung der Daten und daraus folgende Ergebnisse darstellen und deren Interpretation zusammenfassen. Dabei wird zwischen der quantitativen Online-Befragung und den qualitativen Expert_inneninterviews unterschieden. Dabei werden die Ergebnisse aus den Auswertungsteilen miteinander verglichen und in den Kontext bestehender Forschungen gestellt.

4.1. Quantitativer Teil (Online-Umfrage)

Die Auswertung der Daten aus der quantitativen Umfrage wurde weniger mit statistischen Mitteln angegangen, was an der fehlenden Repräsentativität der Umfrage liegt. Zwar könnten statistische Zusammenhänge dargestellt werden, die dann aber genauso viel Aussagekraft haben wie die Interpretation dieser Daten mit qualitativen Verfahren (siehe Kapitel 3). Somit werden die Daten zunächst vorgestellt und als Ergebnisse interpretiert.

Beschreibung der Stichprobe (Sample)

Beteiligung

An der Online-Umfrage beteiligten sich 527 Personen. Insgesamt 304 Teilnehmende haben den Fragebogen beendet, wobei 97 Personen hier herausfallen, die angaben, nicht im Berliner Gesundheitssystem Leistungen in Anspruch genommen (4,7%; n=14) und / oder dort keine Diskriminierung erlebt zu haben (29%; n=83).

Die Erhebungsgesamtheit (Kromrey 2006: 271) bezieht sich auf 207 Fälle, die nach einer Bereinigung des Datensatzes für die Auswertung übrigbleiben.

Teilnahmeentwicklung

Die Teilnahmeentwicklung lässt sich in zwei Hochphasen – Beginn der Umfrage (KW46) und zur Hälfte des Umfragezeitraumes (KW49) – einteilen. Zu beiden Zeitpunkten wurde intensiver Werbung für die Umfrage betrieben.

Zeitraum (Kalenderwoche)	Absolut (n)	Prozent	Prozent der TN-Entwicklung im Verlauf
2018 – 46	110	53,1%	53,1%
2018 – 47	22	10,6%	63,8%
2018 – 48	13	6,3%	70,0%
2018 – 49	41	19,8%	89,9%
2018 – 50	14	6,8%	96,6%
2018 – 51	4	1,9%	98,6%
2018 – 52	3	1,4%	100,0%
Gesamt	207	100%	100%

Drop-Out / Abbrüche

Die Abbruchquote liegt bei 23,1% (n=523). Die schließt allerdings nicht die Anzahl von fehlenden Werten mit ein.³⁴ Nach der Bereinigung des Datensatzes können insgesamt 39,6% der beantworteten Fragebögen nicht in die Ergebnisse aufgrund von fehlenden Werten einbezogen werden.³⁵ Daraus ergibt sich eine Gesamtstichprobe von n=207. Besonders beachtlich sind Abbrüche bei Fragen nach Mehrfachdiskriminierung / Zugehörigkeit (Frage 14) mit 7% und bei Frage 21 mit 9%. Ein Erklärungsversuch hierfür ist, dass sich die Befragten bei Frage 14 nicht in den Antworten wiedergefunden haben oder Antwortmöglichkeiten selbst als diskriminierend wahrgenommen haben und / oder das Item für sich nicht beantworten konnten.³⁶

Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe:

Nach den abgefragten soziodemographischen Items ähnelt die Stichprobe in bestimmten Merkmalen dem Bevölkerungsdurchschnitt von Berlin:

- Die Stichprobe ist im Durchschnitt etwas jünger: 37,9 Jahre (Stichprobe) zu 42,6 Jahren (AfSBB 2017).³⁷ Die Altersspanne der Stichprobe erstreckt sich von 22 bis 67 Jahren (n=199).
- In Bezug auf den Schulabschluss ist mit 83,8% überproportional Abitur (allgemeine Hochschulreife) als höchster Schulabschluss angegeben worden. (In Berlin haben im Vergleich im Jahrgang 2017/18 47,6% Schüler_innen diese absolviert. (Blickpunkt Schule 2018/2019 – Bericht) (n=204).³⁸
- 58,9% haben eine abgeschlossene Berufsausbildung, wobei gleichzeitig 72,4% auch angeben, ein abgeschlossenes Studium zu haben, was auf eine Ungenauigkeit im Verständnis der Items zurückzuführen ist. Gerade die hohe Angabe eines abgeschlossenen Studiums lässt auf eine Verzerrung der Gesamtstichprobe schließen, hin zu einer vor allem akademischen gebildeten Stichprobe (n=194). Diese Erfahrung deckt sich auch mit anderen Studien, bei denen ebenfalls mehrheitlich bzw. überproportional akademisch gebildete Personen teilgenommen haben (siehe Kapitel 2.).
- *Beschreibung der Stichprobe anhand der sexuellen Orientierung:* Die meisten Teilnehmenden bezeichnen sich als queer (46,6%). Im Vergleich zu lesbisch (28,4%) bezeichnen sich etwas mehr Teilnehmende als schwul (32,7%). Zu gleichen Anteilen wurden bisexuell und pansexuell als sexuelle Orientierung angegeben (15,4%). Nicht-heterosexuell sowie MSM° gaben 12,5% an³⁹, heterosexuell (2,8%)⁴⁰, asexuell (2,4%). 5,8% konnten sich in den aufgeführten Bezeichnungen nicht wiederfinden (n=207).

³⁴ Als Abbrüche sind diejenigen beantworteten Fragebögen gemeint, welche vor der Beantwortung der letzten offenen Frage (58) den Fragebogen nicht mehr weitergeführt haben.

³⁵ Hierunter ist zu verstehen, dass Fragebögen ausgeschlossen wurden, die zu weniger als 80% beantwortet wurden, oder solche, in denen das Antwortverhalten aufgrund verschiedener Annahmen nicht gewertet werden kann, weil Fragen falsch verstanden, übersprungen oder nicht ernsthaft beantwortet wurden, indem alle möglichen Felder angekreuzt wurden.

³⁶ Für letztere Annahme sind Rückmeldungen im offenen Eingabefeld grundlegend, welche den Begriff „Adipositas“ bzw. „Magersucht“ als pathologisierend bezeichnet haben.

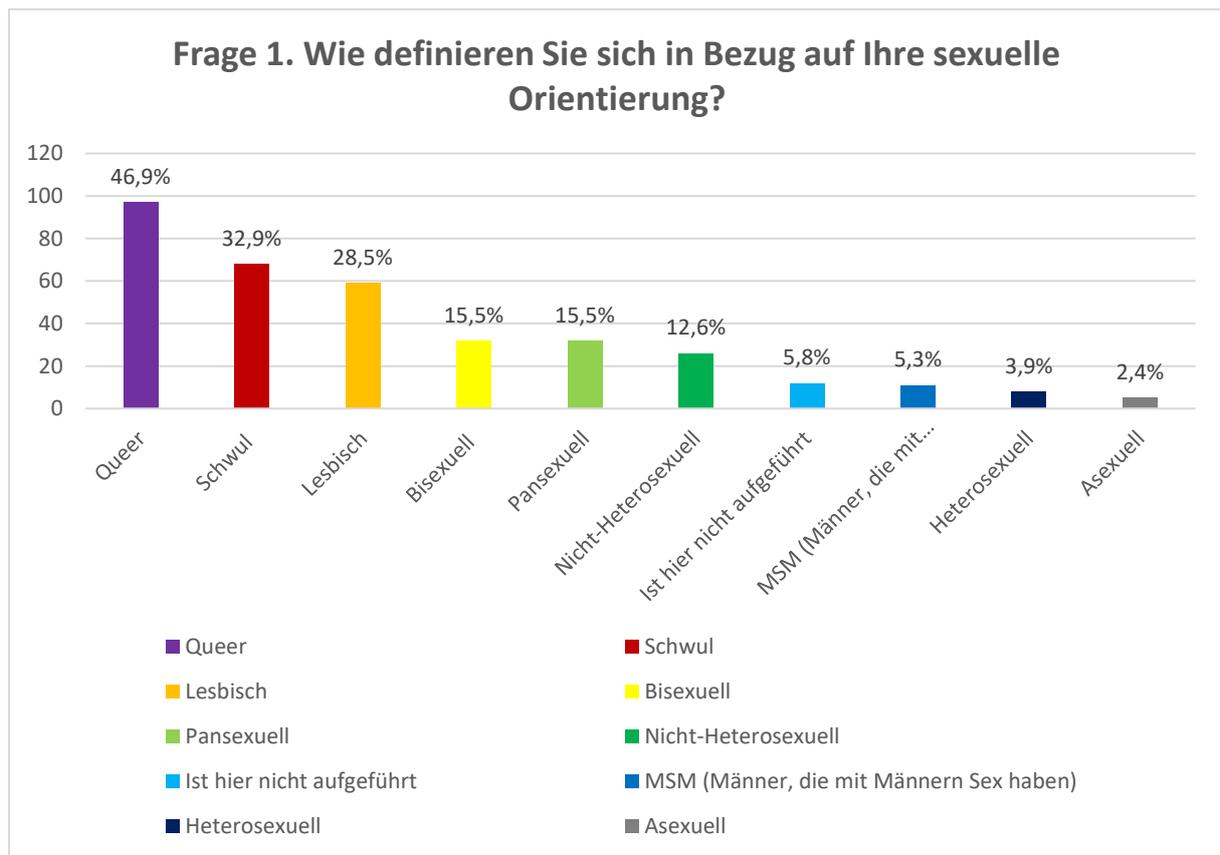
³⁷ Amt für Statistik Berlin Brandenburg - <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/BasisZeitreiheGrafik/Bas-Bevoelkerungsstand.asp?Ptyp=300&Sageb=12015&creg=BBB&anzwer=6> (zuletzt geprüft am 17.09.2019)

³⁸ Blickpunkt Schule 2018/2019 – Bericht https://www.berlin.de/sen/bildung/schule/bildungsstatistik/blickpunkt_2018_19_bericht.pdf (zuletzt geprüft am 17.09.2019)

³⁹ Analog zu MSM gibt es die weniger etablierten Begriffe FSF° (Frauen* die Sex mit Frauen* haben) bzw. Frauen* liebende Frauen*. In der Umfrage wurde dieser leider nicht abgefragt wurde.

⁴⁰ Personen, die diese (Mehrfach-)Auswahlmöglichkeit ankreuzten, gaben als eine trans* bzw. nicht-binäre /fluide Geschlechtsidentität an.

Tabelle 1 - "Frage 1. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre sexuelle Orientierung"



- Bezogen auf die Geschlechtsidentität identifiziert sich der größte Teil der Teilnehmenden als „Nicht-binär / Gender-queer / genderfluid“ (29,8%). Zwischen den Angaben Cis-Frau (24%), Cis-Mann (25%) und Trans* (23,7%) beträgt der Unterschied $\leq 1\%$ (n=207) (siehe Tabelle 5).
- Leider war die Anzahl an inter* Menschen in der Umfrage so gering, dass eine Auswertung nicht stattfinden konnte.
- Die überwiegende Mehrheit (94,7%) ist gesetzlich krankenversichert, weswegen die Ergebnisse insbesondere den Zustand für gesetzlich versicherte Kassenpatient_innen widerspiegelt (n=207).
- Für viele LSBTIQ*-Versicherte stellt die Übernahme von Kosten für körperverändernde Maßnahmen und Kostenerstattungsverfahren in der Psychotherapie eine große Hürde dar. Auch wenn die Kostenträger (Krankenkassen) sich in ihren Verfahren unterscheiden, ist davon auszugehen, dass gerade bei den gesetzlichen Krankenversicherungen die bürokratischen Hürden sehr belastend für die Betroffenen sind, insbesondere wenn man bedenkt, dass viele gesetzlich Versicherte und LSBTIQ* – wie sich anhand der Studie zeigt – keine / wenige Möglichkeiten haben, solche Kosten privat zu stemmen. Gleichzeitig können wir keine Angaben darüber machen, wie die Lage von Kostenerstattungsverfahren allgemein bei Krankenkassen aussieht. Dieser Aspekt wird im qualitativen Teil diskutiert, wie dies aber bei den unterschiedlichen Versicherungsträgern aussieht, ist nicht möglich gewesen zu erfassen.
- Knapp ein Drittel der Befragten gibt an, in Teilzeit erwerbstätig zu sein (32,4%), 28% geben an, selbstständig zu sein, knapp ein Viertel ist (24,2%) in Vollzeit beschäftigt (n=207).
- 20,3% geben an, in einer Ausbildung oder an einer Schule zu sein oder ein Studium zu absolvieren, wobei entsprechend des Anteils derer mit abgeschlossenem Studium die Option „studierend“ am häufigsten angegeben wurde (17,4%). 23,7% aller Teilnehmenden geben an, sich in einer oder

mehreren von uns als prekär^o bewerteten Erwerbssituation⁴¹ zu befinden. Den überwiegenden Anteil (9,2%) dabei bilden Menschen mit ALG II-Bezug (n=207). 13% geben an, sich in einer befristeten Tätigkeit zu befinden.

- Die Prekarität spiegelt sich auch beim monatlichen Nettoeinkommen wider. Der Median liegt bei 1.000-1.500€ im Monat. Die meisten (Modus)⁴² haben 750-1.000€ zur Verfügung (n=199).⁴³
- Betrachtet man die unterschiedlichen Gruppen cis Frauen, cis Männer, trans* / inter / nicht-binäre Menschen fällt auf, dass es hier deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen gibt: bei cis Männern liegt der Modus bei 2.000-3.000€ im Monat, bei cis Frauen bei 1.500-2.000€ im Monat und bei trans* / inter* / nicht-binären Menschen bei 750-1.000€ im Monat. Knapp die Hälfte (49,5%) aller trans* / inter* / nicht-binären Menschen geben an, weniger als 1.000€ monatliches Netto-Einkommen zu haben. Auch wenn das monatliche Netto-Einkommen kein alleiniger Garant dafür ist, ließe sich vermuten, dass Armut als Risikofaktor insbesondere für trans* / inter* / nicht-binäre Menschen eine Rolle spielt. Dies wird auch durch weitere bereits vorhandene Studien bestätigt. So gibt ein Drittel aller trans* / nicht-binären Befragten an, dass sie aufgrund von ökonomischen Barrieren Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch genommen haben (n=102).
- Gut die Hälfte (52%) der TN bezeichnet sich als ledig, 29,1% leben in einem nicht staatlich anerkannten Beziehungsmodell und 16,2% leben in einer Ehe oder eingetragenen Lebenspartner_innenschaft (n=179).
- Eine große Mehrheit der TN gibt an, keine eigenen Kinder zu haben (86,7%) (n=195). Die Mehrheit der TN, die Kinder haben, erziehen diese in nicht-heteronormativen Paarkonstellationen (58,3%). Andere Formen von Elternschaft verteilen sich zu ähnlichen geringen Teilen (n=24).
- Die überwiegende Mehrheit besitzt eine deutsche Staatsbürgerschaft (88,9%) (n=199). Unter den restlichen 11,1% verteilt sich die Staatsbürgerschaft folgendermaßen: 45,5% haben eine Staatsbürgerschaft eines EU-Landes, 18,2% eine des globalen Nordens. 36,3% eine des globalen Südens und / oder leben hier mit einem temporären/dauerhaften Aufenthaltsstatus bzw. haben einen anerkannten Status als Asylbewerber_in (n=22).
- Es wurde sich gegen eine Abfrage des Wohnortes entschieden, da der Fokus der Studie auf Diskriminierungserfahrungen in Berlin lag. Personen, die aus anderen Orten anreisen, um Gesundheitsleistungen in Berlin in Anspruch zu nehmen, die es für sie nur in Berlin gibt, werden somit inkludiert. Gleichzeitig wäre es interessant zu erfahren, wie viele Menschen Zeit und Ressourcen in Anspruch nehmen, um für Gesundheitsleistungen zu pendeln, wenn sie woanders keinen Zugang zu solchen haben.
- Zusammenfassend lässt sich die Stichprobe als mehrheitlich *weiß*, akademisch gebildet und prekär lebend beschreiben.

Allgemeine Ergebnisse

Gesundheitszustand:

- Ein Ergebnis bezogen auf den Gesundheitszustand ist, dass es den Teilnehmenden (TN) der Umfrage in der Mehrheit (60,7%) bezogen auf die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes „sehr gut“ (11,2%) bis „gut“ (49,5%) geht (n=206). Allerdings gibt es hier eine Diskrepanz zwischen dem körperlichen (64,1%) (n=206) und psychischen Gesundheitszustand (51,2%)

⁴¹ Zu diesen zählen wir die Items: Bezug von ALG II, ALG I, gelegentlich / unregelmäßig beschäftigt, geringfügig beschäftigt, irregulär beschäftigt, Bezug von Sozialhilfe, Praktikum / Freiwilligendienste, Ein-Euro-Job, Leih-/Zeitarbeit.

⁴² Modus bezeichnet in der Statistik den Wert in einer Befragung bspw., der am häufigsten vorkommt.

⁴³ Je nach eigener Bewertung des Einkommens (Netto/Brutto) haben hier Teilnehmende ein höheres Einkommen (Netto) angegeben, als ihnen tatsächlich zur Verfügung steht. Was auf zusätzliche und regelmäßige Kosten aufgrund von physischen, wie psychischen Erkrankungen zurückzuführen ist, die zwar ins Nettoeinkommen teilweise gezählt werden, aber dennoch eine regelmäßige Belastung für die Personen darstellen.

(n=205)⁴⁴. Bezogen auf die Fokusgruppen (trans* / nicht-binäre, lesbische Teilnehmende) fallen die Ergebnisse noch einmal anders aus.

- Trotz der Mehrheitlich positiven Rückmeldung ist es dennoch knapp ein Drittel, dem es nicht gut geht. Und mehr als jeder zehnten Person geht es bezogen auf den Gesundheitszustand insgesamt schlecht / sehr schlecht (11,6%).

Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem

- Von allen bisher gültigen Fällen geben insgesamt 95,5% (n=422) an, Gesundheitsleistungen überhaupt in Berlin in Anspruch genommen haben.⁴⁵
- Von allen weiteren verbliebenen TN, die gültige Antworten bis zu der Frage gegeben haben (n=383), geben insgesamt 70,5% (n=270) an, dass sie keine Diskriminierungserfahrungen in Berlin im Gesundheitswesen gemacht haben.⁴⁶
- Über ein Drittel der TN haben also insgesamt angegeben, Diskriminierung im Gesundheitssystem in Berlin erlebt zu haben. Im Folgenden wird nun auf die TN des bereinigten Datensatzes (n=207) eingegangen.
- Die meisten TN nehmen weniger als zehn Mal in einem Jahr irgendeine Gesundheitsleistung in Anspruch (55,8%). 30,8% nehmen zwischen zehn und 20 Mal in einem Jahr eine in Anspruch. Ein geringer Anteil von 7,2% nimmt 20 bis 30 Mal Leistungen in Anspruch und 6,2% nehmen sogar über 30 Mal Leistungen in Anspruch (Bei n=207).⁴⁷
- Gründe dafür, dass TN abgehalten werden, überhaupt Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, sind insbesondere: „Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung“ (48,1%) oder „Pathologisierung“ (30,8%), „Ökonomische Barrieren“ (29,3%), „Mangelnde Informationen“ (25,5%) und „negative bzw. diskriminierende Erfahrungen von Dritten“ (15,4%). Eine große Gruppe an TN hat weitere Gründe (27,4%) angegeben, was auf einen größeren Forschungsbedarf hinweist. Andere Gründe (< 10%) sind „physische bzw. sprachliche Barrieren“, „kein Interesse“, „keine Krankenversicherung“ (n=207). Dabei ist zu beachten, dass diese Gründe diejenigen betreffen, die Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem in Berlin gemacht haben.
- Dies zeigt unter anderem, dass die Diskriminierung bereits beim Zugang zur Gesundheitsversorgung anfängt.⁴⁸
- Die meisten TN geben an, dass sie auf subtile Weisen Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren, indem sie „nicht ernstgenommen / belächelt“ werden (55,8%), oder dass ihre Lebenssituation nicht berücksichtigt wird (47,1%). Ca. ein Drittel gibt an, dass es kaum Wissen zur ihrer Geschlechtsidentität / sexuellen Orientierung gibt (33,7%) und sie aufgrund ihrer Identität(en) nicht kompetent behandelt werden (31,7%) (n=207).
- Mehr als jede vierte Person gibt an, psychische Gewalt erfahren zu haben (27,4%) (n=207). 16,8% TN wurden Leistungen verweigert (ca. ein Sechstel) (n=207).
- Einige Personen geben an, Erfahrungen von Zwangsbehandlung, physischer und sexualisierter Gewalt gemacht zu haben (insgesamt 8,2%) (n=207).
- Es wurde nach einer Anzahl an erlebten Diskriminierungen (im Gesundheitswesen in den letzten 12 Monaten in Berlin) gefragt: Hierbei ergab sich eine Spanne von 0 bzw. 1 bis zu 37 Malen, wobei

⁴⁴ Die Prozentangaben beziehen sich wieder auf die Angaben sehr gut und gut.

⁴⁵ Gültige Antworten beziehen sich noch nicht auf die bereinigten Daten am Ende der Auswertung, sondern zum Zeitpunkt der Filterung bei dieser Frage. Die Antwortoption „Nein“ hat 19 Personen aus dem Datensatz herausgefiltert, da diese für die Fragestellung nicht weiter beachtet werden konnten.

⁴⁶ Auch hier wurden mit der Antwortoption „Nein“ 113 Fragebögen aus dem Datensatz herausgefiltert, da diese für die Fragestellung nicht weiter beachtet werden konnten.

⁴⁷ Aufgrund eines technischen Fehlers ist eine Antwortkategorie „30-40 Mal“ herausgefallen. Um dennoch das Item mitzuzählen, wurden die Antwortmöglichkeiten ab 30 Malen (40-50 / 50+) als 30+ zusammengefasst.

⁴⁸ Insbesondere marginalisierte Gruppen, wie Geflüchtete (legalisiert wie illegalisiert), nicht-binäre Menschen oder Sexarbeiter_innen haben schon beim Zugang extreme Hürden zu überwinden, was auch in den qualitativen Interviews deutlich wurde (siehe Kapitel 4.1.2).

der Mittelwert bei 2,6 Malen liegt (n= 161 von 207). Die erlebten Diskriminierungen sind in ein Verhältnis mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu setzen. So lässt sich sagen, je häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden, umso häufiger wird auch von Diskriminierungserfahrungen berichtet.⁴⁹

- Die meisten TN beziehen ihre Diskriminierungserfahrung nur auf die sexuelle Orientierung (37,4%) und weniger nur auf ihre Geschlechtsidentität (30,1%). 14,6% gaben an, dass beides eine Rolle gespielt hat. 18% erleben, dass weitere Faktoren eine Rolle gespielt haben und sie mehrfachdiskriminiert wurden (n=206).
- Die Verteilung, worauf (sexuelle Orientierung / Geschlechtsidentität / Mehrfachdiskriminierung) die TN ihre Diskriminierungserfahrungen beziehen, ist nach Fokusgruppen (siehe unten) sehr unterschiedlich.

Diskriminierungserfahrungen nach Gesundheitsbereichen:

Bei der Abfrage, in welchen Gesundheitsbereichen Diskriminierungen erlebt wurden, sind folgende Auffälligkeiten zu beobachten: Alle (angegebenen) Gesundheitsbereiche – mit Ausnahme von Onkologie, spezifischen (Reha-)Kliniken für Suchterkrankungen, Suchtberatungsstellen, Pflegeeinrichtungen / Betreutes Einzelwohnen – wurden mindestens von einem Fünftel aller TN besucht.⁵⁰

- Zur Häufigkeit, wie oft die Gesundheitsbereiche in Anspruch genommen wurden, [siehe Tabellen 8-13](#).
- Die Onkologie als ein lebensrelevanter Bereich ist mit 18% dennoch erwähnenswert, da hier knapp die Hälfte aller TN, die diesen Gesundheitsbereich in Anspruch nehmen, Diskriminierung erfahren (47%) (n=158).
- Gesundheitsbereiche, die über 75% aller TN in Anspruch genommen haben und bei denen von mindestens einem Fünftel (>20%) gesagt wird, dass sie dort häufig Diskriminierung erfahren, sind Allgemeinmedizin (n=167) und (Psycho-)Therapie (n=172).
- Gesundheitsbereiche, die von über 25% aller TN in Anspruch genommen wurden und bei denen mindestens 20% aller Teilnehmenden häufig bzw. sehr häufig von Diskriminierung berichtet haben, sind Allgemeinmedizin, Proktologie, Orthopädie, Dermatologie, Präventionsversorgung von STI / HIV, (Unfall-)Chirurgie, Physiotherapie, (Psycho-)Therapie, Gynäkologie, Andrologie, Endokrinologie, Krankenhäuser / Rehakliniken, Institutionen wie Gesundheitsämter, Krankenkassen sowie der medizinische Dienst der Krankenkassen sowie trans*/inter*-spezifische Gesundheitsversorgung.
- Es stellt sich hierbei die Frage, ab welcher Prozentzahl Bereiche Erwähnung finden sollten, und ab wieviel Prozent die Diskriminierung ein „hohes Ausmaß“ annimmt. Unsere obige Einteilung liegt dabei an eher selbstgewählten Werten, um die Bereiche hervorzuheben, die besonders hervorstechen. Jedoch ist auch zu beachten, dass in allen Bereichen von Diskriminierung berichtet wurde und jeder einzelne Fall einer zu viel ist.
- All das sind Bereiche, in denen Menschen sich auf zweifach sehr verletzbar machen. Auf emotionaler Ebene müssen sie gegenüber meist unbekanntem Menschen viel von sich preisgeben, wodurch sie sich wesentlich verletzbarer machen (Allgemeinmedizin/Psychotherapie). Zudem haben z. T. diese Gesundheitsbereiche wesentlichen Einfluss und Macht auf das weitere Wohlbefinden der Menschen, wenn es zum Beispiel um die Übernahme von Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen geht (Krankenkassen / MDK). Auf körperlicher Ebene sind es Gesundheitsbereiche, die mit der Entblößung von Körpern im Zusammenhang stehen können, aber nicht immer müssen (Proktologie, Gynäkologie, Andrologie). Gerade hier sind Menschen mit nicht stereotypen

⁴⁹ So liegt der Mittelwert von erlebten Diskriminierungen bei 11 bei denjenigen, die mehr als 30 Mal Gesundheitsleistungen in Berlin im vergangenen Jahr in Anspruch genommen haben. Der Mittelwert der erlebten Diskriminierungen pro Jahr bei den Angaben von 20-30 und 10-20 Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen pro Jahr liegt fast gleichauf bei 2,7 bzw. 2,8. Deutlich niedriger ist der Mittelwert bei denjenigen unter 10. Auch wenn die Skala des Items nicht gut operationalisiert wurde, wollten wir die Daten nicht ganz unberücksichtigt lassen.

⁵⁰ U. a. Radiologie, Kindermedizin sowie Heilpraktik wurden in der Erhebung nicht berücksichtigt.

/ normativen Vorstellungen entsprechenden Körpern besonders verletzlich. Mit anderen Worten: Diskriminierungen geschehen vor allem dort, wo Menschen sich aufgrund von Behandlungen entblößen müssen und sich damit einer höheren Verletzbarkeit aussetzen.

Bedenklich ist, dass viele Menschen angeben, aufgrund ihrer Geschlechtsidentität keine Behandlungen zu erhalten und / oder zwangsbehandelt zu werden.⁵¹ Im Vergleich zur sexuellen Orientierung sind die Angaben etwas geringer.

	Geschlechtsidentität	Sexuelle Orientierung
Verweigerung von Leistungen	15,3% (n=190)	10,8% (n=195)
Zwangsbearbeitung	21,2% (n=193)	6,7% (n=194)

Gleichzeitig erleben mehr als drei Viertel der TN (78,8%) Druck, binären (zweigeschlechtlichen), heteronormativen Standards zu entsprechen und gut die Hälfte (52,1%) gibt an, dass ihre Körper pathologisiert werden (n=198/188).

Gesundheitsvorsorge / Prävention

- Auffallend viele Menschen (über drei Viertel) nehmen Vorsorgeuntersuchungen bzw. Gesundheits-Checks in Anspruch (76,7%) (n=206), wovon wiederum mehr als die Hälfte diese regelmäßig nutzt (58,2%) (n=158).
- Gründe dafür, dass diese nicht in Anspruch genommen werden, entsprechen etwa denen, warum die TN generell keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. So sind die am häufigsten genannten Gründe Angst vor Diskriminierung und / oder Pathologisierung, sowie ökonomische Gründe ([siehe Tabelle 14](#)).

Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

- Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in Hinblick auf die sexuelle Orientierung teilt sich zu recht ähnlich großen Teilen in (sehr) unzufriedene (25,1%) bzw. (sehr) zufriedene (31,4%) TN ein (n=191).
- In Bezug auf die Geschlechtsidentität der TN fällt das Ergebnis schon etwas anders aus: so sind 35% (sehr) unzufrieden und 28,5% (sehr) zufrieden (n=186).
- Noch deutlicher wird diese Verschiebung bezogen auf die Mehrfachzugehörigkeit. Hier geben 43,4% an, (sehr) unzufrieden zu sein und nur noch 20,6%, dass sie (sehr) zufrieden sind.⁵²
- Die Auswahlmöglichkeit teils / teils bleibt hier recht ähnlich groß (n=136).
- Im Vergleich mit den Fokusgruppen werde die Unterschiede nochmal deutlicher (siehe Fokusgruppen): Trans* und Personen mit mehr als zwei Angaben zu Mehrfachzugehörigkeit (ohne Substanzgebrauch) tendieren dazu, das Gesundheitssystem in Hinblick auf alle drei Items negativer zu bewerten als bspw. cis Personen oder die Gesamtstichprobe.

⁵¹ Aufgrund der Gesetzeslage ist es so, dass viele trans* und inter* Menschen gezwungen sind, sich medizinischen Begutachtungen zu unterziehen und / oder „Behandlungen“ erhalten, die verpflichtend sind.

⁵² Es ließe sich bei der Frage nach Mehrfachzugehörigkeit vermuten, dass hier insbesondere nur diejenigen die Frage beantwortet haben, die Mehrfachzugehörigkeiten haben.

Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz ⁵³

In der Umfrage wurde abgefragt, wie die TN ihre eigene Gesundheitskompetenz einschätzen. Positiv ist, dass hierbei ein Viertel aller TN angibt, sich selbst „immer“ kompetent um die eigene Gesundheit kümmern zu können. Über die Hälfte (55,9%) gibt an, dass dies „meistens“ der Fall ist. Allerdings geben auch 17,2% auch an, dass sie nur manchmal sich die Gesundheitskompetenz zuschreiben, und 2% nie (n=204).

Wahrnehmung von Beratungsangeboten (Umgang mit Diskriminierung)

- 35,7% aller TN haben Beratungsangebote nach einer erlebten Diskriminierung in Anspruch genommen (n=207). Dabei ist die Verteilung zwischen den unterschiedlichen Beratungsangeboten sehr verschieden.
- 40% geben an, dass sie Beratungsstellen von / für LSBTIQ* aufgesucht haben. Diese haben bei 90,6% geholfen (bezogen auf die Antwortmöglichkeiten: sehr geholfen, hat geholfen, hat ein wenig geholfen).
- Auffällig ist, dass 27% sich an die Krankenkassen gewendet haben, von diesen allerdings 59,4% angeben, dass die Krankenkassen nicht unterstützend waren.
- Zudem wird eine eindeutige Differenz zwischen institutionellen und privaten Unterstützungsangeboten deutlich: 67,7% (bei n=207) geben an, sich Unterstützung im sozialen Umfeld (Partner_innen, Familie, Freund_innen) geholt zu haben. Ein sehr geringer Anteil von 3,6% gibt an, dass die nicht geholfen hat. Dies zeigt, dass eigene soziale Netzwerke eine der größten (Unterstützungs-) Ressourcen darstellen. Weitere Unterstützungsangebote, wie staatliche (Landes- / Bundes-) Antidiskriminierungsstellen, Patient_innenbeauftragte, Beschwerdestellen werden selten in Anspruch genommen, wobei gleichzeitig relational häufig gesagt wird, dass diese auch nicht geholfen haben ([siehe Tabelle 15](#)).

Kinderwunsch / Elternschaft

- Eine Mehrheit von 67% gibt an, bzgl. des Kinderwunschs nicht diskriminiert worden zu sein. Was sich nicht durch die Befragung sagen lässt: ob alle Befragten überhaupt einen Kinderwunsch haben.
- Es sagen nur 10,6% der Personen, die angeben, noch nie bzgl. des Kinderwunschs diskriminiert worden zu sein, dass sie Kinder haben.
- Gleichzeitig geben ca. ein Drittel der TN an, dass sie entweder aufgrund ihrer Geschlechtsidentität (10,7%) oder ihrer sexuellen Orientierung (22,3%) bzgl. ihres Kinderwunschs diskriminiert wurden (n=112).
- Betrachtet man die rechtliche und gesellschaftliche Situation und auch die offenen Antworten der Befragten, fällt auf, dass diejenigen LSBTIQ*, die sich Kinder wünschen, sehr häufig auf Diskriminierungen und Barrieren stoßen. Eine Häufigkeit ist hier aber nicht möglich anzugeben.

⁵³ Unter Gesundheitskompetenz wird hier verstanden, dass sich Personen selbständig um die eigene Gesundheit kümmern können. Dies schließt die Wahrnehmung des eigenen Körpers mit ein sowie selbständig zu Ärzt_innen zu gehen, wenn der Gesundheitszustand dies notwendig macht.

Krankenhaus / Stationäre Einrichtungen

Bezüglich der Frage nach der Diskriminierung im Gesundheitsbereich des Krankenhauses / stationären Einrichtungen fällt eine Verschiebung der Angaben von Diskriminierung aufgrund der Geschlechtsidentität / sexuelle Orientierung hin zu Beziehungs- / Familienmodellen auf. Auffällig ist auch, dass ca. die Hälfte (50,2%) aufgrund einer der Antwortmöglichkeiten angibt, diskriminiert worden zu sein. Weiterhin sind die unterschiedlichen Antworten zu Diskriminierung relational sehr ähnlich verteilt (maximale Differenz zwischen den % aller Antworten ist 12,5%) (n=207) ([siehe Tabelle 16](#)).

Quantitative Fokusgruppen

Lesbische Menschen

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.⁵⁴

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 teilweise eine weitere (wie trans* Frau).

- Insgesamt ist aus den Angaben zum Gesundheitszustand zu entnehmen, dass es der Gruppe der lesbischen Teilnehmenden etwas „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, die insgesamt angeben, dass es ihnen schlechter geht.
- 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.
- 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,

⁵⁴ Im Folgenden wird von lesbischen^o Teilnehmenden (TN) geschrieben.

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. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse nicht die Realität der unterschiedlichen lesbischen Lebensweisen widerspiegeln.

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 Gesundheitsbereiche 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.
- Im Vergleich zur sexuellen Orientierung geben jedoch ähnlich viele lesbische Teilnehmende an, dass ihnen Leistungen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität verweigert wurden (7,7%) oder eine Zwangsbehandlungen stattfand (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.⁵⁵
- 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%). Die GST gibt hier im Vergleich häufiger an Gesundheitsleistungen aus „Angst vor Diskriminierung“ oder aus „Angst vor Pathologisierung“ nicht in Anspruch zu nehmen.
- 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 1.000€ netto) sowie „Gutverdienende“ (über 3.000€ netto).

⁵⁵ Der geringste Normierungsdruck wird von der Gruppe der Teilnehmenden wahrgenommen, die für sich schwul (38,1%) bzw. cis-männlich (47,8%) angegeben haben.

- Keine der lesbischen Teilnehmenden hat HIV als Grund für Mehrfachdiskriminierung angegeben.

Trans* / Nicht-Binarität

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 gleichzeitig 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 / Gender-queer / genderfluid“ (29,8%) (n=207). Insgesamt gab es 102 Personen, die eine der trans*-spezifischen Antwortkategorien ankreuzten.

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%

Tabelle 2 - "Frage 2: Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität bzw. Ihr Geschlecht?"

Die überwiegende Mehrheit der trans* / nicht-binären Teilnehmenden bezeichnet sich als queer (61,8%) (n=102). Häufiger kamen noch die Antwortmöglichkeiten pansexuell, lesbisch, schwul, bisexuell und nicht heterosexuell vor (siehe Tabelle 3).

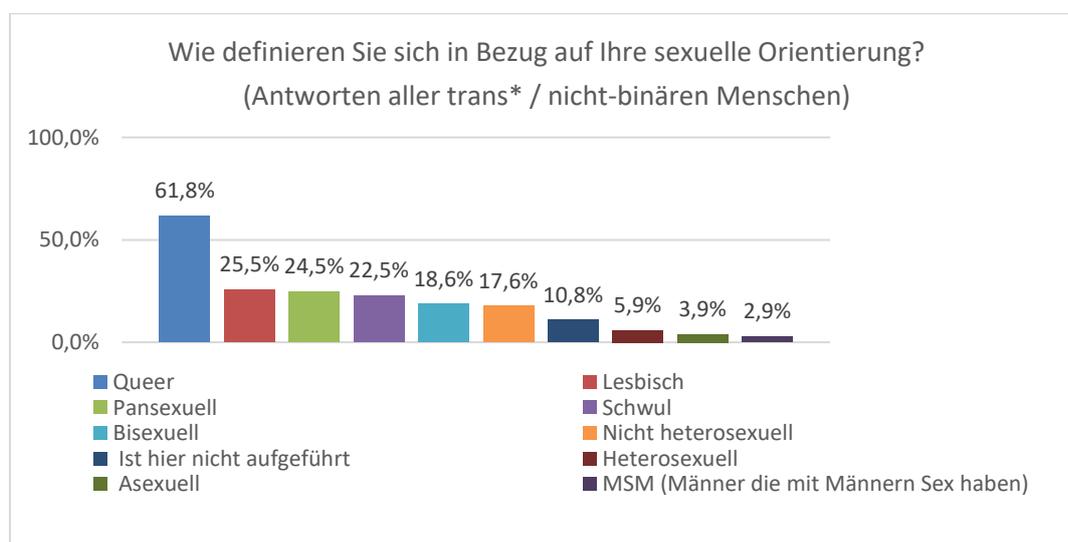


Tabelle 3 - "Frage 1. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre sexuelle Orientierung? (Antworten aller trans* / nicht-binären Menschen)"

Vier von fünf trans* / nicht-binären Personen geben an, bereits Diskriminierungen im Gesundheitsbereich in Berlin erlebt zu haben.

Auch auffällig ist, dass die Häufigkeit der erlebten Diskriminierung 1,2 Mal höher ist, als bei der GST. Was bestätigt, dass trans* / nicht-binäre Teilnehmende an der Studie im Mittel mehr Diskriminierung erfahren. Im Vergleich zu LSB, zu denen sich ebenfalls die meisten trans* / nicht-binären Menschen zählen, spielt die Geschlechtsidentität die größte Rolle bezogen auf Diskriminierung (52%) (n=102). Bei 22,5% (+7,9% im Vergleich zur GST) der trans* / nicht-binären Teilnehmenden wird sowohl die Geschlechtsidentität als auch sexuelle Orientierung mit Diskriminierungserfahrungen in einen Zusammenhang gebracht. Lediglich 10,8% der trans* / nicht-binären Teilnehmenden geben an, dass die sexuelle Orientierung ausschlaggebend für Diskriminierungserfahrungen ist.

Gesundheitszustand

- 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%) oder aufgezwungen (27,5% / im Vgl. +15,3%) werden.
- 38,2% geben an, eine Form der psychischen, körperlichen oder sexualisierten Übergriffigkeit erlebt zu haben.



Tabelle 4 - Frage 3-5 "Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen physischen (körperlichen) / psychischen (geistig, mentalen) Gesundheitszustand / Ihren Gesundheitszustand insgesamt?"

- 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 Diskriminierungen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität 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 nicht-christlichen Religion angehören. 29,4% geben ihre Beziehungsweise als Diskriminierungsgrund an. Immer noch 9,8% geben an, dass sie von weiteren Formen und Diskriminierungen betroffen sind, die nicht mit aufgeführt wurden.

Diskriminierung nach Gesundheitsbereichen

- Trans* / Nicht-binäre Menschen erleben häufiger Diskriminierungen im Gesundheitsbereich als 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 dem gewünschtem Namen / Pronomen angesprochen worden zu sein (38,3%), die Geschlechtsidentität wurde vom Personal mit Erkrankungen in kausale Zusammenhänge gebracht (26,5%), in Gegenwart unbeteiligter Dritter wurde über die Geschlechtsidentität gesprochen (24,5%) oder diese wurde nicht bei der Unterbringung berücksichtigt (23,5%).
- Für viele trans* / nicht-binäre Menschen ist die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für transitionsspezifische Maßnahmen unabdingbar. Jedoch sagen nur etwas mehr als ein Drittel (35,7%), dass die Kosten für geschlechtsangleichende OPs von den Krankenkassen übernommen

werden. Bei 19% ist dies meistens der Fall, bei 9,5% nur manchmal, und bei ebenfalls mehr als einem Drittel (35,7%) wurden / werden sie nicht übernommen.

- Bezogen auf Diskriminierung im Bereich des Krankenhauses beziehen sich die meisten Diskriminierungserfahrungen auf die Geschlechtsidentität, indem die TN nicht mit gewünschten Namen / Pronomen angesprochen wurden (38,3%), Geschlechtsidentität mit Erkrankungen in kausale Zusammenhänge gebracht wurde (26,5%), in Gegenwart Dritter über die GI gesprochen wurde (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 Stelle 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. Im Vergleich zu GST haben sich kaum Unterschiede in Bezug auf Mehrfachdiskriminierung gezeigt. Auch hier wird deutlich, dass die Gruppe der Befragten weniger intersektionale Bezüge zulässt. Die Gruppe lässt sich als tendenziell akademisch gebildet und weiß beschreiben. Nur das Einkommen fällt insgesamt niedriger aus, als bei der GST.

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) spielt 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 oder Körpern entsprechen, kaum Raum haben können. Dadurch verstärken sich Wirkungen, z. B. bei Zwangsbehandlungen, Fehlbehandlungen und Diskriminierung.

Mehrfachdiskriminierung und –Zugehörigkeit

- Insgesamt 56% aller Teilnehmenden geben an, mindestens zwei Mehrfachdiskriminierungen oder Mehrfachzugehörigkeiten im Gesundheitsbereich zu erleben (n=116).⁵⁶ Dies spiegelt eine sehr hohe Rate an LSBTIQ*-Teilnehmenden wider, die nicht nur aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität diskriminiert werden, sondern auch aufgrund weiterer Merkmale.
- Es geben 8,3% aller Teilnehmenden an, Mehrfachdiskriminierung aufgrund von Rassismuserfahrungen zu machen (bezogen auf Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich sind es 7,2%). Damit lässt sich die Stichprobe als mehrheitlich *weiß* beschreiben.
- Nicht-Religiosität: Obwohl 29% aller Teilnehmenden sich als nicht-christlich oder keiner Glaubensrichtung zuordnen, geben 10,6% aller TN an, dass Religion / Nicht-Religiosität ein Faktor bei ihren Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich war.
- 22,3% aller TN geben an, eine chronische psychische Erkrankung zu haben, 16,5% geben an, behindert zu werden oder eine chronische Erkrankung zu haben. 7,7% haben beides angegeben, was einem Viertel der TN entspricht (n=16), die eine der beiden Auswahlmöglichkeiten angekreuzt haben. Insgesamt haben 30,1% aller TN angegeben, dass sie eine chronische Erkrankung haben bzw. behindert werden. Davon geben 24,6% an, dass dies eine Rolle bei ihren Diskriminierungserfahrungen gespielt hat.
- HIV ist für 7,7% aller TN ein weiterer Diskriminierungsfaktor, neben ihrer schwulen Identität.⁵⁷

4.1.1. Auswertung der offenen Antworten

Neben den erhobenen Daten aus den Antworten des Fragebogens gab es die Möglichkeit, am Ende des Fragebogens Anmerkungen, Kritik, Feedback und Kommentare zu hinterlassen. Diese Möglichkeit hat eine Vielzahl an Teilnehmenden (31%) genutzt. Wir möchten hier die Kommentare auswerten, die sich auf Erfahrungsberichte von Diskriminierung beziehen. Kritische Anmerkungen zum Fragebogen selbst sind an der jeweiligen Stelle bereits mit eingeflossen. Die Auswertung der offenen Antworten richtet sich nach dem in Kapitel 3.3. beschriebenen Verfahren.

Die beschriebenen Diskriminierungserfahrungen umfassen wiederum viele Bereiche des Gesundheitswesens: Von den Teilnehmenden werden die nicht im Fragebogen erwähnte Bereiche der Radiologie und Reproduktionsmedizin als Orte benannt, wo Diskriminierung geschieht. Doch ebenfalls die Bereiche, bei denen bereits sehr häufig von Diskriminierungserfahrungen berichtet wurde, tauchen hier wieder auf: Gynäkologie, Krankenhäuser, Proktologie, Kindermedizin, MDK, Begutachtungsverfahren, Zahnmedizin.

Außerhalb des Gesundheitswesens wird die eigene „Community“ als ein Ort benannt, wo ebenfalls diskriminiert wird - was sehr einleuchtend ist, da kein Ort per se diskriminierungsfrei sein kann. Gerade in Bezug auf Mehrfachdiskriminierung und gerade bezogen auf die Verschränkung von Rassismus und LSTBIQ*-Sein ist es schwierig, LSBTIQ*-Orte als „Schutzräume vor Diskriminierung“ zu begreifen. Dies gilt auch für Ärzt_innen, d. h. auch Ärzt_innen, die sich selbst als LSBTIQ* identifizieren, sind im Stande, zu diskriminieren.

Auch die in den offenen Antworten genannten Diskriminierungsformen sind denen sehr ähnlich, die auch in der Befragung abgefragt wurden. Spezifisch ist, dass gerade in Notfallsituationen häufiger angegeben wurde, dass Behandlungen aufgrund der Geschlechtsidentität oder bspw. eines HIV-Status zunächst unterlassen wurden. Erst nach Protest bzw. aufgrund der Notsituation wurde hier den Personen geholfen.

⁵⁶ Dabei wurden Auswahlmöglichkeiten zu (schädlichem) Substanzgebrauch (Alkohol, Tabak, härtere Drogen) ausgenommen.

⁵⁷ Es gab keine Rückmeldungen von lesbischen Menschen, HIV-positiv zu sein, dies spiegelt u. E. n. nicht die Realität wider, sondern zeigt, dass das Thema HIV in der lesbischen Communities weniger sichtbar ist.

Weiterhin wurde auch die Verweigerung der Kostenübernahme für Kinderwunsch als Diskriminierungsform benannt, welche aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen nicht für nicht-heteronormative Beziehungskonstellationen möglich ist.

Insgesamt haben wir aus den Kommentaren folgende Diskriminierungsformen abgeleitet: Verweigerung von Leistungen, Fehlendes Wissen / Kenntnisse (zu trans*-spezifischer medizinischer Versorgung), Entblößung, Erniedrigung, sexualisierte Übergriffe, Kommentare, unterlassene Behandlung, Verweigerung der Übernahme von Kosten (bspw. bei Kinderwunsch), nicht ernst genommen werden, falsche Anrede / falsche Verwendung von Pronomen.

Die in den offenen Antworten genannten „Gründe“ für Diskriminierung spiegeln ebenfalls die quantitativen Ergebnisse wider. Benannt bzw. von uns abgeleitet wurden: Geschlechtsidentität (Frau sein / Trans*-Identität); psychische Verfassung von Menschen / psychisches „behindert werden“; nicht-heteronormative Beziehungs- und Familienmodelle; trans* / nicht-binär sein; sexuelle Orientierung(en); bisexuell sein; lesbisch sein; ChemSex; HIV; Rassismus / „Hautfarbe“; Sprachbarrieren; Aufenthaltsstatus / Staatsbürger_innenschaft; Klasse; „Migrationshintergrund“; Körper (dick sein). Lediglich „körperliche Behinderung / chronische Krankheit“ (mit Ausnahme von HIV), Religion und Sexarbeit wurden hier nicht benannt.

Zusätzlich ließen sich auch neue Erkenntnisse aus der Auswertung der Anmerkungen ziehen. So haben Personen angegeben, dass sie Diskriminierungserfahrungen im mittleren Bereich angeben haben bzw. die Auswirkung dieser auf ihre Gesundheit in mittleren Bereichen sehen. Dies mag teilweise daran liegen, dass einige Personen sowohl sehr negative als auch sehr positive Erfahrungen im Gesundheitswesen machen.

Als eine Konsequenz von „Angst vor Diskriminierung“ wird häufiger erwähnt, dass Personen nicht zu Ärzt_innen gehen oder sich nicht vor ihnen „outen“ (sowohl bezogen auf ihre Geschlechtsidentität wie auch auf die sexuelle Orientierung). Gerade trans* / nicht-binäre Personen beschreiben hier, dass es sehr darauf ankommt, wie ihr eigenes „passing“ aussieht. So erleben Menschen, die eindeutig binär (als „Mann“ / „Frau“) erscheinen, weniger trans*-bezogene Diskriminierung.

Was ebenfalls in der Literatur bzw. in der Frage nach der Erhebung von Diskriminierungserfahrungen problematisiert wird, ist, dass viele Teilnehmende Probleme damit haben, ihre Diskriminierungserfahrungen anzugeben. Dies lässt sich teilweise auf die Operationalisierung des Fragebogens zurückführen und teilweise darauf, dass viele Diskriminierungserfahrungen sehr subtil auftreten, nicht immer für die Betroffenen erkennbar sind bzw. erst nach ihrem wiederholten Auftreten. Darüber hinaus können wir aus den Antworten feststellen, dass selbst die „Peer-Komponente“ nicht unbedingt vor Diskriminierung schützen muss. So werden in unterschiedlichen Fachgebieten Diskriminierungserfahrungen berichtet, obwohl die Mediziner_in die gleiche sexuelle Orientierung hatten wie die Person selbst.

Neben den vielen LSBTIQ*-spezifischen Diskriminierungsgründen wurde auch das Gesundheitswesen als solches als „diskriminierend“ wahrgenommen, was mit langen Wartezeiten, fehlender struktureller Versorgung und mangelnder Zeit für eine individuelle Anamnese / Behandlung begründet wird.

4.2. Qualitativer Teil

Um möglichst viele weitere Diskriminierungserfahrungen von Gruppen zu erfassen, die in der Befragung weniger erwähnt wurden, teilnahmen oder befragt werden konnten, wurde eine Bandbreite unterschiedlicher Expert_innen und Personen interviewt. Diese haben aufgrund ihrer Tätigkeit Erfahrungswissen mit Schnittstellen des Gesundheitsbereichs gesammelt. Um die Anonymität der Personen und Organisationen zu gewährleisten, wird auf eine Benennung verzichtet. Es kamen in den Interviews folgende Gruppen zur Sprache: das gesamte LSBTIQ*-Spektrum, darunter junge und alte Menschen, Schwarze Menschen und People of Colour, Geflüchtete, Menschen mit Behin-

derungen und / oder chronischen Erkrankungen, Sexarbeiter_innen, Menschen in prekären Erwerbssituationen. In der Regel handelte es sich um Beratungsstellen, die von Ratsuchenden mit Anliegen u. a. zum Gesundheitsbereich aufgesucht werden. Gleichzeitig wurde auch auf Erfahrungswissen der interviewten Personen zurückgegriffen.

Eine Frage, die sich schon in der Literaturanalyse gestellt hat, ist: Was wird alles unter Diskriminierung verstanden? Auch diese Frage wurde mit den Interviewten diskutiert, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten festzustellen.

Diskriminierungsverständnis

In der Regel gab es ein Diskriminierungsverständnis, das auf drei Ebenen beruht: Strukturelle Diskriminierung durch Gesetze, Regelungen oder fehlende Zugänge aufgrund unterschiedlicher Barrieren, institutionelle und direkte Diskriminierung im interpersonellen Kontakt. Auch die „Niedrighaltung“ der Versorgungslandschaft kann als Diskriminierung verstanden werden, also wie viele Kassensitze es für Psychotherapeut_innen gibt, obwohl der Bedarf wesentlich größer ist.

Unter institutioneller Diskriminierung wird verstanden, dass Organisationen und Einrichtungen Menschen unberechtigt unterschiedlich behandeln, z. B. durch unterschiedliche und willkürliche Verfahrensweisen. Dazu zählt auch, dass Hürden bei eigentlichen Standardverfahren aufgestellt werden und Ablehnungen folgen, was zu aufwändigen und energiezehrenden Widerspruchsverfahren für die Betroffenen führt. Ein weiteres Problem entsteht, wenn Leistungen nicht erstattet werden. Auch eine „absichtliche“ Verzögerung von Abläufen und langsame Umsetzung aktueller Leitlinien wird hierunter verstanden.

Eine Überschneidung der o.g. Ebenen findet beispielsweise bei Geflüchteten statt. Gesetzliche Regelungen hindern sie am gleichen Zugang zu Bereichen (wie dem Gesundheitsbereich), den Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit haben. Dabei spielt die Anerkennung im Asylverfahren eine große Rolle. Hierbei ist die Frage, wie Institutionen (Ausländerbehörden) über Fälle entscheidend. Dies kann sehr willkürlich sein, wenn bspw. zwei Menschen aus dem gleichen Land und dem gleichen Grund und ähnlichen Fluchtgeschichten unterschiedliche Bescheide bekommen.

Auf der individuellen oder interpersonellen Ebene (zwischenmenschliche Diskriminierung) verstehen die Interviewten als diskriminierend, dass eine oder mehrere Personen sich aufgrund bestimmter Merkmale einer Person diskriminierend ihr gegenüber verhalten. Dies kann z. B. in Form von Sprüchen, Kommentaren, abwertenden Blicken oder körperlich übergriffigem Verhalten sein. Viele Diskriminierungserfahrungen sind subtil und nicht immer von der betroffenen Person als solche wahrnehmbar.

Diskriminierung wird als Benachteiligung, gewaltvoll und ausschließend verstanden. Die diskriminierenden Personen befinden sich im Gesundheitswesen i. d. R. in einer höheren Machtposition als die Person, die die Diskriminierung erfährt. Als Ärzt_innen / Personal wird ihnen wegen ihres Wissens und ihrer Rolle in Entscheidungsprozessen insgesamt mehr Kompetenz zugeschrieben. Gleichzeitig sind sie es, die Gesundheitsleistungen bieten oder verschreiben. Diese Machtposition kann auch auf verschiedenen Abhängigkeitsverhältnissen, wie dem zwischen Eltern und Kindern oder Ärzt_in und Patient_in beruhen.

Diskriminierungsmerkmale

Merkmale wurden entweder konkret benannt oder im weiteren Verlauf der Gespräche deutlich. Dabei wurden vor allem die Kategorien Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung, „Ethnizität“ (race), Alter, Aufenthaltsstatus, Behinderung / chronische Erkrankungen und sozioökonomischer

Status erwähnt. Weniger häufig, aber ebenfalls Erwähnung fanden Religionszugehörigkeit, Aussehen und HIV.

Mehrfachdiskriminierung (Intersektionalität)

Einig waren sich die Befragten in puncto Mehrfachdiskriminierung, der in allen Gesprächen vorkam. So können Menschen aufgrund verschiedener Merkmale mehrfachdiskriminiert werden, wie aufgrund des Trans*- / Inter*-Seins, als BPoC und behindert zu werden. Dabei addieren sich diese Kategorien nicht im Sinne von „dreifach diskriminiert“, sondern äußern sich in einer spezifischen Weise. Es ist dadurch auch nicht immer möglich zu sagen, aufgrund welcher (oder aller) Merkmale diskriminiert wird.

Zudem wurden auch rechtliche Fragen wie der (nicht vorhandene) Schutz vor Diskriminierung durch Menschenrechte angesprochen, sowie Menschenrechtsverletzungen. Gleichzeitig kam das Thema der rechtlichen Verankerung des Rechts der Selbstbestimmung über den eigenen Körper als zentrales Merkmal auf.

Im Folgenden werden die Ergebnisse nach Fokusgruppen ausgewertet. Dabei sind die Kategorien natürlich nicht trennscharf und es wird viele Überschneidungen mit weiteren Kategorien und spezifische Erfahrungen von Diskriminierung geben.⁵⁸

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.

⁵⁸ Wir benutzen keine direkten Zitate aus den Interviews. Wenn Beispiele in „“ erwähnt werden, sind diese so sehr paraphrasiert, dass die Anonymität der Ratsuchenden und der Expert_innen gewährleistet ist und die Beispiele verständlich sind.

- Nicht-binäre sowie trans* Menschen berichten 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 falschem 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 erläuterte z. B. dem Personal, dass sie ohne Pronomen und mit dem selbstgewählten Vornamen und Nachnamen aufgerufen werden möchte, jedoch rief das Personal die Person trotzdem mit den Namen auf, die auf der Versichertenkarte falsch angegeben war.
- 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, die in der Regel herabwürdigend, grenzüberschreitend und unpassend sind. Eine trans* Person geht z. B. aufgrund einer Halsentzündung zur HNO-Praxis und wird im Anamnesegespräch gefragt, welches Geschlecht und 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 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, anstatt als Ressource oder persönlicher Lebensumstand akzeptiert zu werden.
- 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 führen. 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 Therapeut_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 ein beschriebener Leidensdruck häufig nicht anerkannt, so dass dringend 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 i. d. R., dass eine Person ihre Transition^o beginnen kann, wenn diese Personen nicht bei affirmativen Therapeut_innen untergekommen sind.
- 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 gibt es dafür nicht.**
- Folgende Beispiele von Diskriminierungserfahrungen sind zwar insbesondere im psychotherapeutischen Kontext vorgekommen, betreffen jedoch womöglich auch weitere Gesundheitsbereiche: Akten 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.
- Insgesamt ist der Bereich der Psychotherapie bzw. psychischen Krankheiten mit vielen Stigmas 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 „männlich“ / „weiblich“ von diesen Praxen mehrheitlich aufsuchenden Patient_innen entsprechen, 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 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 F.64 Diagnose und eine 12- bzw. 18-monatige Psychotherapie vorausgesetzt wird, um körperliche Angleichungen von den Krankenkassen übernehmen zu lassen.
- **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 einem Beinbruch die Kosten mit viel geringeren bürokratischen Hürden übernommen. Als Begründung hierfür 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*-Sein wird nach wie vor – trotz des 2022 in Kraft tretenden neuen ICD-11 Diagnoseschlüssels⁵⁹ – 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.
- **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 bspw. in einem Kosmetikstudio durchzuführen. Diese haben meistens eine jahrelange fachliche Erfahrung darin. Auch hier werden von Krankenkassen unnötige oder häufig psychologische 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 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-Leitlinie⁶⁰ 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 Anwalt_innen oder ggf. Verfahrenskosten aufzubringen.
- Neben diesen Hürden im Zusammenhang mit transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung gibt es weitere Hürden. So wird bspw. mit Unterlagen nicht sorgfältig umgegangen, Unterlagen gehen verloren oder kommen gar nicht erst an, und sensible personenbezogene Daten werden ohne Kenntnis und Einverständnis der Patient_innen weitergegeben.

⁵⁹ Es bleibt abzuwarten, ob im neuen ICD-11 durch die Umbenennung von „Transsexualismus“ in „Geschlechtsinkongruenz bei Heranwachsenden und Erwachsenen“ bzw. „im Kindesalter“ sowie durch die Einordnung in die neue Kategorie „Zustände der sexuellen Gesundheit“ Stigmatisierung vermindert werden kann.

⁶⁰ Zur S3-Leitlinie: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

- 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.
- 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, was gut für den eigenen Körper ist, um diese Kenntnislücken innerhalb des Gesundheitssystems aufzufangen. Schwer wird es hier für diejenigen, die diese zusätzliche Arbeit – aus welchen Gründen auch immer – nicht ausreichend leisten können.
- Auch der Bereich der Pharmaindustrie ist ein Feld, dem kaum Beachtung geschenkt wird. Hier besteht für Patient_innen eine starke Abhängigkeit vom Gesundheitswesen, z. B. in Bezug auf Hormone: Lieferengpässe oder die Einstellung der 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 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 1.000€ 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 in (psychiatrischen) Kliniken häufig diskriminierend, sowohl aufgrund der Geschlechtsidentität als auch der Klasse. **Eine standardmäßige Unterbringung in Bezug auf Geschlecht für trans* / nicht-binären Menschen gemäß den Wünschen der jeweiligen Person wäre unabdingbar.** Vielfach bleibt dies verwehrt und die Menschen werden in „gemischten“ oder nicht ihrer Geschlechtsidentität entsprechenden Zimmer untergebracht. Zum Teil werden sie gar nicht erst aufgenommen oder müssen in Gängen campieren. 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 voyeuristisch betrachtet werden, und eher die Trans*-Körper „Interesse“ erhalten als die eigentliche notwendige Behandlung.
- Ein ebenfalls wichtiger Aspekt bei Kliniken in Verbindung mit geschlechtsangleichenden OPs ist die Erfahrung der Einrichtungen im Umgang und in der Ausübung von Leistungen; so sind i. d. R. die Erfahrungsberichte aus jenen Einrichtungen positiver, die mehr Erfahrungen mit trans* / nicht-binären Patient_innen haben.
- 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, wenn (noch) keine geschlechtsangleichenden Operationen durchgeführt wurden. 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.

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 nicht eingewilligte 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-binären Lebenswelten), in den Praxen, die für inter* Menschen wichtig sind.
- Nach Einschätzung der Expert_innen ist eine 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 den Communities heraus empfohlen werden. **Gleichzeitig ist die Anbindung an Peer-Beratung und Inter*-Communities wichtig, um empowert zu werden, damit eine selbstbestimmte und diskriminierungsfreie Behandlung als selbstverständlich betrachtet wird.** Die Inter*-Communities bieten 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 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 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, wenn sie gleichzeitig bezogen auf die LSBTIQ* Lebenswelten sensibel sind.
- 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 Regelungen über das TSG (Transsexuellengesetz) wird man dazu verpflichtet, eine Psychotherapie durchzuführen, um weitere körperliche Maßnahmen zu beantragen, z. B. Hormonbehandlung oder geschlechtsangleichende OPs. 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. 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.
- 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 über Sprachmittlungen diese zu ermöglichen. 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 (bspw. Sprechstunden in psychiatrischen Institutsambulanzen) 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 zu dieser Einrichtung ohne Begleitung zurückzulegen. Dies kann zur Folge haben, dass Personen nicht zu Terminen erscheinen. Sind diese von (Beratungs-)Einrichtungen vermittelt worden, ist es schon vorgekommen, dass für die Einrichtungen keine weiteren Termine aufgrund des vorherigen Ausfalls zur Verfügung gestellt wurden. Personen, die sich an die Beratungsstelle zur Vermittlung wenden, erhalten dann keine Hilfe.
- 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 berücksichtigt. Ohne Notwendigkeit und Aufklärung musste er sich dennoch einer umfassenden gynäkologischen Untersuchung unterziehen, die er als **extrem übergreifig 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 (BMJV 2017) 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 ist 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 puncto 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 fehlen, 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* ausgesetzt sind, ist dieser bei geflüchteten LSBTIQ* noch einmal erhöht.⁶¹ 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 Suizid begehen.**
- 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.

⁶¹ 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>) (zuletzt geprüft 04.11.2019).

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 „verkündlicht“ und nicht ernst genommen.**
- 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 von sexualisierten 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 bzw. nicht sensibel damit umgegangen wird. 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 unangekündigten Anfassen und anderen sexualisierten 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 Speku-

lum 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.

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 **schwieriger, Ärzt_innen und Praxismitarbeiter_innen zu finden, die nicht „nur“ LSBTIQ*-sensibel sind, sondern sich auch über die Lebensrealitäten von BPoC 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.
- Von migrantisierten BPoC wird in den Expert_innen-Interviews berichtet, dass sich nicht selten mehrheitlich *weiße* Praxismitarbeitende gegenüber der Person selbst, aber auch anderen *weißen* 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.⁶²
- 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.

⁶² Der Link zur LesMigraS-Studie „...Nicht so greifbar und doch real“ (2012): https://lesmigras.de/tl_files/lesmigras/kampagne/Dokumentation%20Studie%20web.pdf (zuletzt geprüft 04.11.2019).

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).
- 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 wahrscheinlicher 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 (lassen). Es wird dabei immer wieder berichtet, dass Trans*- / Inter*-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 unbekannt Menschen erzählen. Für lesbische Menschen können insbesondere entblößende Behandlungen durch cis Männer unangenehm sein und Übergriffigkeiten befördern. Gleichzeitig werden lesbische Menschen oft entblößende Fragen zu ihrer Sexualität gestellt, wenn diese offengelegt ist. Sexualisierte Gewalt trifft sie, wie auch trans* / nicht-binäre Personen, wesentlich häufiger. Menschen mit Behinderung werden entweder aufgrund ihrer Körper gar nicht 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 Entscheidungsbeziehung 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 Ärzt_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 Gesundheitsleistungen erschwert die Existenz / den Existenzaufbau. Gleichzeitig geraten Menschen dadurch unter Umständen 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 und inter* Personen (aber auch bei anderen LSBQ*), da viele der bestehenden Angebote zu hochschwellig sind, um überhaupt 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.⁶³ 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

⁶³ Eine von wenigen Gruppen, die sich im deutschsprachigen Raum mit dem Thema Trans* und Haft auseinandersetzt: <http://transundhaft.blogspot.de/> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

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.
- 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 steti-gen 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. Fett⁶⁴ 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.⁶⁵ Gerade im Gesundheitswesen wird Fett-Sein 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.

LSBTIQ mit HIV*

- 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 u. U. nicht oder nur mit erhöhtem Diskriminierungsrisiko behandelt.

⁶⁴ Wir benutzen „fett“ in dem empowernden Verständnis, den fetter queerer Aktivismus dazu hat, siehe z. B. hier: <https://maedchenmannschaft.net/fetter-queerer-aktivismus/> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

⁶⁵ Empowernde und kritische Beiträge gibt es z. B. von SchwarzRund: <https://schwarzrund.de> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

- HIV und trans* ist weiterhin ein sehr marginalisiertes Thema.⁶⁶ Auch in den qualitativen Interviews wird festgestellt, dass es für trans* / nicht-binäre / lesbische 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; dies führt zu diskriminierenden Regelungen, was z. B. Verbote beim Blutspenden angeht.

⁶⁶ 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 den Communities 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 Stelle 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. Dies gilt auch für alle LSBTIQ* Kinder, dass eine affirmative Haltung der Eltern sie in ihren Prozessen unterstützen kann.
- 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.

5. Zusammenfassung

Bereits durch die vorherigen Kapitel sollte deutlich geworden sein, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen existiert und LSBTIQ* im besonderen Maße davon betroffen sind. In Medien und Politik wird bereits viel die Versorgungslage im Gesundheitswesen kritisiert: dass es wenig Zeit für individuelle Bedürfnisse von Patient_innen gibt, wenig Sensibilität, eine schwache strukturelle Versorgungslage gerade auf dem Land sowie lange Wartezeiten. Eben diese Versorgungslage ist ebenfalls mitzudenken, wenn sich der Fokus dann auf marginalisierte Gruppen richtet, wie eben LSBTIQ*.

Im Folgenden möchten wir die wichtigsten Erkenntnisse zusammenfassen und die Fragen beantworten, die wir uns zu Beginn der Studie gestellt haben. Zudem möchten wir die quantitativen und qualitativen Ergebnisse näher zusammenbringen.

Wer erlebt Diskriminierung, durch wen, auf welche Weise und mit welchen Folgen? Wie sind diese Diskriminierungserfahrungen verteilt?

- Betrachtet man alle LSBTIQ*, die den Fragebogen begonnen haben und bis zur Frage, ob sie schon einmal Diskriminierung im Gesundheitswesen erlebt haben, dann fällt auf, dass über 70% angeben, bereits Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen gemacht zu haben (n=381).
- Im Vergleich zwischen den Gruppen der LSBTIQ* wird deutlich, dass insbesondere schwule cis Männer weniger Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben (48,2%). Wobei es gleichzeitig auch mit 51,8 % immer noch jeder zweite ist, der Diskriminierung erlebt bzw. davon berichtet. Lesbische, bisexuelle oder queere cis Frauen (27,7%) stehen hier an zweiter Stelle. Wenig überraschend ist, dass tendenziell weniger trans* / nicht-binäre Menschen angeben, keine Diskriminierung erlebt zu haben (21,5%).
- Der Umkehrschluss lässt sich sowohl anhand der quantitativen als auch qualitativen Daten einfach ziehen, dass trans* / nicht-binäre Menschen noch häufiger Diskriminierung erleben als cisgeschlechtliche Menschen. Auch wenn es anhand der Daten aus der Umfrage teils sehr wenige Daten zu inter*, Geflüchteten, BPoC und anderen marginalisierten Gruppen innerhalb der LSBTIQ* gibt, zeigen die qualitativen Interviews eindeutig auf, dass diese Gruppe wesentlich häufiger spezifischere und kontinuierliche Diskriminierungen erleben.
- Dennoch wird auch in den quantitativen Daten deutlich, dass LSBTIQ*, die Mehrfachdiskriminierungen erleben, auch einen schlechteren Gesundheitszustand haben und Gesundheitsleistungen weniger häufig in Anspruch nehmen.
- Es lässt sich sagen, dass auf allen Ebenen des Gesundheitswesens Diskriminierungen geschehen. Dabei ist es aber unterschiedlich, wer durch wen Diskriminierung erlebt. Während inter* Menschen durchweg durch das Gesundheitssystem auf allen Ebenen von Diskriminierungserfahrungen und schweren Menschenrechtsverletzungen berichteten, erleben Lesben und Schwule häufiger Diskriminierung durch Praxispersonal oder Ärzt_innen und insgesamt weniger auf struktureller Ebene. Trans* / Nicht-Binäre Menschen erleben neben viel Diskriminierung auf der interpersonellen Ebene (Praxispersonal / Ärzt_innen) Diskriminierung durch Institutionen des Gesundheitswesens, wie dem MDK oder Krankenkassen. Gleichzeitig gibt es strukturelle Diskriminierungsfaktoren, wie Begutachtungsverfahren oder bürokratische Prozesse, wenn es um die Übernahme von Kosten von geschlechtsangleichenden Maßnahmen geht.
- LSBTIQ* mit Erfahrungen von Mehrfachdiskriminierung machen diese ebenfalls auf allen Ebenen. Sei es durch physische Barrieren für Menschen mit Behinderung, Verweigerungen von Behandlungen (oder extreme und unnötige Vorsichtsmaßnahmen) aufgrund des HIV-Status, erschwerte (bzw. keine) Zugänge zum Gesundheitswesen für Geflüchtete oder rassistische Kommentare und Verhaltensweisen gegenüber BPoC.

- Bezogen auf die Gesundheitsbereiche fällt eindeutig auf, dass gerade aus jenen Gesundheitsbereichen, bei denen sich LSBTIQ* entweder emotional oder körperlich entblößen und sich dadurch verletzbarer machen, auch die meisten Diskriminierungserfahrungen geschildert werden. Zusätzlich sind hier trans*spezifische Gesundheitsbereiche zu nennen. Bezogen auf inter* Menschen ist sind auch chirurgische oder endokrinologische Bereiche zu nennen, wo es häufig zu Menschenrechtsverletzungen aufgrund von kosmetischen Eingriffen kommt, da meistens Kinder ohne deren Einwilligung zwangsbehandelt und dadurch verstümmelt wurden.

Welche Diskriminierungserfahrungen machen LSBTIQ im Gesundheitssystem in Berlin?*

- Die Diskriminierungsformen, von denen berichtet wurde, sind sehr vielfältig. Die meisten LSBTIQ* berichteten von meistens weniger wahrnehmbaren (subtileren) Formen von Diskriminierungen: Zu diesen zählen abwertende Blicke, lange Wartezeiten in Praxen, nicht ernst genommen zu werden, keine Berücksichtigung der Lebenssituation, Verweigerung von bestimmten Leistungen (ohne direkte Angabe von Gründen aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität), Pathologisierung, Formen von psychischer Gewalt. Diese subtilen Diskriminierungsformen lassen sich als alltägliche Stressfaktoren (in Bezug auf das Minderheitenstressmodell) bezeichnen.
- Weniger häufiger, aber dennoch oft, wird von expliziten Diskriminierungserfahrungen berichtet, bei denen ersichtlich ist, dass die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität bzw. Identität aufgrund von Mehrfachzugehörigkeit gemeint ist. Hierzu zählen Sprüche, Kommentare, falsche Anrede bzw. Pronomen, Beleidigungen oder Erniedrigungen (Formen der psychischen Gewalt), Verweigerung von Gesundheitsleistungen, Unterbringung nicht nach den Wünschen der Person bezogen auf die geschlechtliche Identität, Pathologisierung, körperliche Gewalt (Übergriffe / Eingriffe ohne Einwilligung), Zwangsbehandlung, sexualisierte Gewalt.
- Auf allen Ebenen (strukturell/ institutionell / zwischenmenschlich) machen LSBTIQ* Diskriminierungserfahrungen aufgrund von fehlendem Wissen und Kompetenzen in Bezug auf ihre Lebensrealitäten. So werden Menschen nicht oder falsch behandelt oder lassen sich (trotz Notwendigkeit) nicht behandeln, weil die Erfahrung bei Mediziner_innen fehlt.
- Strukturelle Formen der Diskriminierung sind dagegen wieder unterschiedlich auf die Realitäten von LSBTIQ* verteilt (siehe dazu auch die Punkte oben): physische Barrieren, fehlende Zugänge aufgrund von gesetzlichen Regelungen (bspw. in der Asylgesetzgebung) oder Diskriminierungen aufgrund von gesetzlichen Regelungen oder Leitlinien (bei Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen), binäres Gesellschaftssystem, fehlender rechtlicher Schutz gegenüber Zwangsbehandlungen.
- Die Frage danach, wie genau sich eine Diskriminierungserfahrung auf die Gesundheit auswirkt, lässt sich meistens nur individuell beantworten. Was sich hingegen feststellen lässt: in der Regel wirken sich Diskriminierungserfahrungen negativ auf die Gesundheit der Menschen aus, die sie machen. Dabei hängt die Auswirkung sehr von den individuellen Coping-Strategien (Umgangsweisen), dem Unterstützungsumfeld, der Art und Weise der Diskriminierung und weiteren Faktoren (siehe Minderheitenstressmodell) ab. Was bei diesem Modell jedoch nicht direkt berücksichtigt wird, ist die Tragweite des Feldes Gesundheitswesen, in dem Diskriminierung geschieht. Anhand der Schilderungen und der quantitativen Daten lässt sich sagen, dass Diskriminierungen gerade im Gesundheitsbereich dazu führen, dass sich Menschen aus diesem Feld zurückhalten und dementsprechend auch keine oder eine geringe Gesundheitsversorgung haben. Vereinfacht ausgedrückt: eine Diskriminierungserfahrung bei einer Hausärzt_in kann dazu führen, dass eine LSBTIQ* Person sich z. B. bei einer Bronchitis nicht erneut an eine Ärzt_in wendet. Diese kann sich unbehandelt chronifizieren. Geht die Person aufgrund stärker werdender Beschwerden jedoch zu einer Ärzt_in / Notaufnahme, besteht wiederum eine höhere Gefahr, dass die Person nun wegen der chronischen Krankheit und ihrem Umgang damit diskriminiert wird, was sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkt – ein Teufelskreis. Gleichzeitig wird der Teufelskreis dadurch verstärkt,

dass durch einen höheren Krankheitsstand Ausbildung oder Beruf gefährdet werden, was wiederum mehr Stress auslöst.

Wie steht es um den Zugang zur Gesundheitsversorgung und präventiven Angeboten für Menschen in Berlin, die sich als LSBTIQ identifizieren?*

- Der Zugang zum Gesundheitswesen gestaltet sich sehr unterschiedlich für LSBTIQ*. So erleben insbesondere geflüchtete LSBTIQ* Probleme dabei, überhaupt eine „reguläre“ Gesundheitsversorgung zu erhalten, die über eine Notfallversorgung hinausgeht. Zugänge können für Menschen mit Behinderung erschwert werden, wenn physische oder andere Barrieren ihnen den Zugang erschweren oder verunmöglichen. Gleichzeitig bedeutet Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht, dass diese dann diskriminierungsfrei oder menschenrechtskonform aussieht. Inter* Kinder werden z. B. sehr früh durch nicht eingewilligte unnötige medizinische Eingriffe misshandelt. Hier besteht „unfreiwilliger Zugang“. Insgesamt wirken sich Diskriminierungserfahrungen negativ auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung aus. So besteht die Tendenz, dass Menschen, die einmal diskriminiert wurden, sich weniger häufig in dem Feld bewegen, wo dies geschehen ist. Das gilt auch für das Gesundheitswesen.
- Es findet seitens der Medizin und der übergeordneten Institutionen ein Gatekeeping statt, so dass es für LSBTIQ* schwierig bis unmöglich wird, an gewünschte medizinische Unterstützung zu kommen. So ist es schwierig für Menschen, die körperliche Veränderungen wünschen, Hormone oder andere medizinische Maßnahmen zu erhalten.
- Obwohl dies bereits sehr früh aus (trans* & inter*) Perspektiven kritisiert worden ist, findet weiterhin ein Gatekeeping statt, welches sich nachweisbar negativ auf die Beziehung zwischen „Behandlungssuchenden“ und „Gesundheitssystem“ auswirkt (Stryker 1999, Hamm / Sauer 2014).
- Umso wichtiger sind Präventions- und / oder Beratungsangebote aus den Communities. Diese können Diskriminierungserfahrungen auffangen, können Menschen im Vorhinein auf Schwierigkeiten vorbereiten oder sie unterstützen, wenn Diskriminierungen geschehen sind.
- Es zeigt sich eindeutig, dass Beratungsangebote aus den lsbtqi* Communities positiver und hilfreicher bewertet wurden, als staatliche (z. B. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Patient_innenbeauftragte der Bundesregierung / der Länder) oder institutionelle (Beschwerdestellen von Krankenhäuser o. ä.). Ebenfalls wird das eigene soziale Umfeld positiver bewertet und sich häufiger an dieses gewandt.
- Sichere Daten im Sinne von Repräsentativität zur Häufigkeit von Diskriminierung lässt auch diese Studie nicht zu. Jedoch wird bestätigt, was andere Studien teilweise vermutet oder ebenfalls bestätigt haben. Zudem sind die Daten aus der Umfrage und den Interviews soweit kongruent, dass Tendenzen zur Häufigkeit durchaus benannt werden können. So erleben marginalisierte Gruppen wesentlich häufiger Diskriminierung. Mindestens 4/5 alle trans* / nicht-binären Menschen erlebten mindestens einmal Diskriminierung im Gesundheitswesen. Inter* Menschen werden sich sehr wahrscheinlich nie diskriminierungsfrei im Gesundheitssystem bewegen können.

Welche Gruppen innerhalb der LSBTIQ erleben Mehrfachdiskriminierung / haben hier einen besonderen Bedarf?*

- Die Bedarfe unter den LSBTIQ* sind sehr unterschiedlich, intersektional betrachtet werden sie noch unterschiedlicher. Zunächst möchten wir dennoch versuchen, gemeinsame Bedarfe zu identifizieren:
- Insgesamt fehlt es an einem diversitysensiblen Umgang mit Menschen in der Gesellschaft sowie im Gesundheitssystem. Dies lässt sich nicht nur an den Kategorien sexuelle Orientierung und

Geschlechtsidentität identifizieren, sondern auch an Überschneidungen mit race, Klasse, Behinderung, chronischen Erkrankungen, Aufenthaltsstatus oder Religion. Neben der Haltung fehlt es auch an (intersektionalem) Wissen bezüglich diverser Lebenswelten. So ist es zwar begrüßenswert, wenn Mediziner_innen sich mit schwul-lesbischen Lebenswelten auskennen oder sich sogar selbst in diesen bewegen. Jedoch bedeutet dies nicht automatisch, dass sich BPoC, trans* / nicht-binäre Menschen oder inter* Menschen von ihnen respektvoll behandelt fühlen. Darüber hinaus gibt es viele prekär lebende Menschen, die ebenfalls mehr und spezifischere Diskriminierung erfahren, wie etwa Sexarbeiter_innen oder wohnungslose Menschen.

- Die Maßnahmen und Bedarfe, die sich aus den Ergebnissen ergeben und ableiten lassen, müssen ebenfalls diese Verschränkungen berücksichtigen und mitdenken. So muss eine Trans*-Schulung von Praxispersonal nicht zwingend ergeben, dass sich inter* oder nicht-binäre Menschen dort willkommen fühlen.
- Für die meisten LSBTIQ* stellt sich vielmehr die Frage: **Wer diskriminiert mich eigentlich nicht?**

6. Maßnahmen / Empfehlungen

Ein Vorgehen gegen Diskriminierung (bspw. aufgrund von Geschlecht) ist nach Plett (2014) aus menschenrechtlicher Perspektive notwendig – gerade für Länder, die sich diesen Prinzipien verpflichten. Gleichzeitig gibt es dabei das Problem, dass dann entlang dieser Diskriminierungskategorie argumentiert werden muss und sie somit aufrechterhalten werden. Plett plädiert deshalb dafür, dass diese Kategorie (in dem Fall Geschlecht) eigentlich als „Strukturmerkmal“ nicht aufrechterhalten werden sollte. Weiterhin kritisiert u. a. Plett 2014, um eine Diskriminierung festzustellen, müsse genau an dieser Kategorie (bspw. Geschlecht) geschaut werden, was verboten (also diskriminierend) ist und was nicht. In Bezug auf die Kategorie Geschlecht ist hierbei die Frage nach der Gleichstellung zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen „vorrangig“ relevant. Gleichzeitig werden somit Machtstrukturen, die eine solche binäre Zweigeschlechtlichkeit erzeugen, im Schutze der Antidiskriminierungspolitik bestätigt. „Alle, die nicht in das Frau-Mann-Schema passen, [bleiben] in dieser Debatte unberücksichtigt“ (ebd. 45).

Strategien und Maßnahmen müssen dementsprechend unterschiedlichste Perspektiven abdecken. Ein großer Faktor ist dabei die Aufklärungs- und Bildungsarbeit. Weitere Felder, in denen Antidiskriminierungsarbeit bereits Wirkung gezeigt hat, sind Recht, Pädagogik und Politik. Dabei gehen viele hart erkämpfte Erfolge auf die Arbeit von sozialen und aktivistischen Gruppen zurück, die meist den Anfang von transformativen Prozessen anschieben, diese begleiten und weiterhin für Gerechtigkeit kämpfen.

Um diese Prozesse zu unterstützen, möchten wir nun einige Empfehlungen und Forderungen vorstellen, die sich aus der Analyse ergeben haben. Sie beziehen sich auf die verschiedenen oben genannten Bereiche der Antidiskriminierungsarbeit.

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.

- Alles unter Einbezug von intersektionalem Wissen / Methoden und Mehrfachdiskriminierung.
- Vermittlung einer positiven und wertschätzenden Haltung gegenüber LSBTIQ*-Lebensweisen.

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 (sowohl bei stationären Krankenhausaufenthalten als auch in Gefängnissen). Ggf. auch nach Wunsch Einzelzimmer / -zellen.
- 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).
- Vollumfassende (finanzielle) Unterstützung beim Kinderwunsch für alle und insbesondere LSBTIQ* sowie diskriminierungsarme und kompetente Kinderwunschberatung bzw. medizinische Behandlung.

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 negative gesundheitliche Folgen abzumildern.

RECHTLICHE UND GESELLSCHAFTLICHE FORDERUNGEN:

- Anwendung der S3-Richtlinien.
- S. a. die „Malta-Deklaration“⁶⁷ (Entpathologisierung der Variationen der Geschlechtsmerkmale innerhalb medizinischer Leitlinien, Protokolle und Klassifikationen), Forderungen von Oll Germany (u. a. kein Geschlechtseintrag bei Geburt oder Geschlechtsregistrierung gänzlich abschaffen, nur durch 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.
- Transparente Inverantwortungnahme von übergriffigen Ärzt_innen durch (Zahn-) Ärztekammern, ggf. Entzug von Approbationen prüfen.
- 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 verfügbar zu haben.

⁶⁷ Forderungen der Malta-Deklaration finden sich hier: <https://oiiurope.org/malta-declaration/> (zuletzt geprüft 04.11.2019).

Wir möchten an dieser Stelle außerdem auf die Forderungen folgender Organisationen verweisen: ⁶⁸

Oll Germany: <https://oiigermany.org/forderungen/>

Intersexuelle Menschen e.V. Bundesverband: <http://www.im-ev.de/forderungen/>

Trans Inter Queer: <https://www.transinterqueer.org/ueber-triq/unsere-ziele/>

Bundesverband Trans*: <https://www.bundesverband-trans.de/uber-uns/leitbild/>

LesMigras: <https://lesmigras.de/selbstverstaendnis.html>

Rad und Tat: <https://rut-berlin.de/ueber-uns/der-verein/> ⁶⁹

⁶⁸ Zur Frage nach der Förderung von Menschenrechten von LSBTIQ* gibt es eine detaillierte Studie und Aufzählung von Chebout et al. (2011).

⁶⁹ Alle zuletzt geprüft 04.11.2019.

7. Anhang

7.1. Glossar / Begriffserklärungen

Ein Glossar soll eine Sammlung von Wörtern und Begriffen sein, die erläutert oder übersetzt werden. Wir machen hiermit deutlich, dass unsere Erläuterungen keinen absoluten Wahrheitsanspruch oder einen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Das Glossar stellt unser Verständnis bzw. das anderer Autor_innen dar.

Begriff	Erläuterung
Alter / Lebensalter	<p>Diskriminierung aufgrund des Alters ist (bezogen auf statistische Angaben und Erfassung) eine der „einfacheren“ Diskriminierungskategorien, die sich einfach erfassen lässt. Gleichzeitig stellt sie eine individuell unbeständige Diskriminierungskategorie dar. Alle Menschen altern und durchleben (im besten Fall) verschiedene Lebensspannen, die verschiedene diskriminierungssteigende und -sinkende Phasen umfasst. Somit ist Diskriminierung aufgrund des Alters immer sehr eng mit anderen Diskriminierungskategorien (siehe „Intersektionalität“ verknüpft). Ältere Menschen erleben häufig Diskriminierung aufgrund einer eingeschränkteren Mobilität und gesellschaftlichen Barrieren. Dies gilt aber nicht nur für alte Menschen, sondern generell für Menschen, die in dieser Gesellschaft behindert werden. Junge Menschen erleben häufig Paternalisierung und das Verweigern von Rechten auf Selbstbestimmung. Gerade für junge (trans* / inter* und nicht-binäre Menschen) kann dies drastische Konsequenzen haben.</p> <p>Der demographische Wandel in Deutschland (aber auch in anderen Teilen des globalen Nordens) zeigt, dass der Anteil der Menschen ab 65 Jahren stetig steigt und mittlerweile mehr als jede fünfte Person älter als 65 Jahre ist.⁷⁰ Obwohl die Anzahl älterer Menschen immer weiter ansteigt, sind gerade LSBTIQ* „Ü65“ gesellschaftlich wenig sichtbar. Dies schlägt sich auch auf den Gesundheitsbereich nieder, der für ältere Menschen jedoch wesentlich ist. So steigt die Anzahl der Menschen ab 65 mit chronischen Krankheiten stetig an.⁷¹</p> <p>In Deutschland leben schätzungsweise 1,8 Millionen (ca. 2,2%) Menschen über 60 Jahren, die sich als LSBTIQ* identifizieren (Pulver 2015: 304). Jedoch sind die wenigsten Einrichtungen (ambulante wie stationäre) auf ältere LSBTIQ* eingestellt (ebd.). Dies zeigt sich besonders gut anhand des Beispiels, dass 94% der Pflegeeinrichtungen die Belange von LSBTIQ* in der Versorgung nicht berücksichtigen. Außerdem haben 98% von ihnen keine Qualitätsstandards in Bezug auf ältere LSBTIQ*.</p> <p>Betrachtet man zudem die sehr hohe Suizidalitätsrate unter trans* Menschen (v. a. Jugendlichen, siehe unten) und die Frage nach Gesundheitsrisiken und der allgemeinen Gesundheitsversorgung, stellt sich die Frage, wie über die gesamte Lebensspanne eine an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Gesundheitsversorgung aussehen kann.</p>

⁷⁰ https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_370_12411.html;jsessionid=1FF50A605CF9640F84BE33DE0BAA3BD5.InternetLive1 (zuletzt geprüft 04.11.2019).

⁷¹ Zum Vergleich: in den USA leiden über 85% der Menschen über 65 Jahren an mindestens einer chronischen Krankheit, und über 50% an mindestens zwei chronischen Krankheiten (Hillman 2012: 115).

Begriff	Erläuterung
	<p>Englischsprachige Studien zu Trans* und Alter zeigen vielfältige Herausforderungen aufgrund von Mehrfachdiskriminierung an dieser Schnittstelle. So spielen neben den oben genannten Faktoren gerade für ältere trans* Menschen transitionsbezogene und / oder allgemein trans*-bezogene Lebensweisen eine wichtige Rolle. So wird eine Transition im Alter als schwieriger beschrieben. Im Kontext von Beziehungen haben es gerade vermeintlich „heterosexuelle“ MTF (male-to-female) trans* Menschen es schwieriger, Beziehungspartner_innen zu finden, da sie häufig nicht in ihrer Identität als lesbische Frauen in lesbischen Communities anerkannt werden. Weitere Faktoren sind die schlechtere legale Anerkennung und Jobchancen.⁷²</p> <p>Gerade ältere trans* Menschen müssen (bezogen auf transitionsspezifische Versorgung) häufig wenig informierte Ärzt_innen aufklären und Recherche betreiben. Gleichzeitig meiden sie eine allgemeine Grundversorgung aufgrund der Befürchtung, aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität diskriminiert zu werden. Gleichzeitig zeigen viele trans* Menschen eine „Animosität“, sich psychosoziale und therapeutische Unterstützung zu suchen, da sie aufgrund der pathologisierenden medizinischen und juristischen Situation eine Therapie und Begutachtung aufgezwungen bekommen.</p> <p>Gerade in Bereichen wie der Pflege, wo es notwendig ist, bei Behandlungen den eigenen Körper zu entblößen, sind sie etwaiger Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt, wenn ihre Körper nicht mit heteronormativen „Normvorstellungen“ kongruent sind.</p> <p>In Bezug auf Kinder und Jugendlichen wurde bereits festgestellt, dass homo- und bisexuelle Jugendliche sowie trans* (und inter*) eine signifikant höhere Suizidalitätsrate haben, mit psychosozialen Problemen (wie Depressionen oder Angstzuständen) und Substanzgebrauch zu kämpfen haben.</p>
Aromantisch / Asexuell	<p>Aromantische Menschen fühlen sich nicht auf einer romantischen Ebene zu Menschen hingezogen und werden eher keinen Wunsch nach romantischen Beziehungen verspüren. Emotionale Bedürfnisse werden in „platonischen Freund_innenschaften“ erfüllt. Asexuelle Menschen fühlen analog zu Aromantik kein Bedürfnis / Verlangen nach sexuellen Beziehungen bzw. Interaktionen. Im Gegensatz zu Keuchheitsgelübten steht hier das nicht vorhandene sexuelle Verlangen im Vordergrund. Gleichzeitig können asexuelle Menschen durchaus ein Bedürfnis nach Nähe und Zärtlichkeit haben und mit sich oder anderen Menschen sexuelle Erfahrungen machen.</p>
Asterisk	<p>Der Asterisk (*) ist ein typographisches Zeichen und besitzt viele verschiedene Anwendungsformen. Neben der genealogischen Verwendung für „geboren“, wird er als Auslassung für Wörter benutzt, die aus verschiedensten Gründen nicht ausgeschrieben werden sollen, oder als Markierung für Pflichtangaben in Online-Formularen. Seit einiger Zeit hat sich der „gender star“ als Versuch verbreitet, um mehrere geschlechtliche Identitäten außerhalb der Binarität „Mann / Frau“ mitzudenken. Analog dazu gibt es den „gender gap“, gekennzeichnet durch den Unterstrich _. Entgegen einer weit verbreiteten Ansicht geht es dabei nicht um eine „korrekte“ Form des Genderns,</p>

⁷² Anerkennung von Rente und Erbschaft etc. / Kostenfaktoren der Transition sowie Jobverlust ermöglichen keine dauerhaften Beschäftigungsverhältnisse und damit sinken die Ansprüche auch auf eine gute Rente.

Begriff	Erläuterung
	sondern um den Versuch, geschlechtliche Vielfalt möglichst breit widerzuspiegeln und damit den „alltäglichen“ Sprachgebrauch zu irritieren.
<p>Behinderung / Chronische Krankheiten Dis_Ability / Behinderung</p> <p>Psychische / physische Behinderung</p>	<p>Behinderung und zusätzlich die Einteilung zwischen körperlichen und psychischen Behinderungen sowie chronischen Krankheiten beruht auf einer binären Norm: „normal“ – nicht „normal“. Diese Einteilung bezieht sich sowohl auf das Erscheinungsbild, also Körper, aber auch Sozialverhalten und letztendlich die Produktivität in der Gesellschaft. Historisch gewachsen ist die Einteilung im 17./18. Jahrhundert und war stets mit einer medizinischen sowie rechtlichen Fremdbestimmung verbunden. Dabei gibt es historische Unterschiede, ob und wie Menschen mit Behinderung der „produktiven Gesellschaft nutzbar“ gemacht werden konnte. Unter rassistischen und menschenverachtenden Lehren der Eugenik wurden Millionen von Menschen bis heute noch zwangssterilisiert, weggesperrt und umgebracht (Zinsmeister 2017: 593-598).</p> <p>Zinsmeister beschreibt weiterhin, dass es eine Zunahme von „Schwerbehinderten“ gibt, die unter problematische staatlich anerkannte Definitionen von Behinderungen fallen. Gleichzeitig beschreibt Kardoff (2017), dass es ebenfalls eine Zunahme von „seelischen“ bzw. psychischen Erkrankungen gibt. Ein Großteil dieser „Erkrankungen“ wird dabei als chronisch beschrieben. Beide beschreiben, dass es nicht die Menschen sind, die behindert sind, sondern die gesellschaftlichen Strukturen, die Menschen Hürden, Barrieren und Stigmatisierungen in den Weg stellen.</p> <p>Vorurteile und Stigmatisierungen führen häufig zu einem Teufelskreis aus negativen gesundheitlichen Folgen, sozialer Isolation (im Arbeitsleben und im Privaten), geringer sozialer Teilhabe und daraus wiederum negativen gesundheitlichen Folgen. Besonders widersprüchlich ist das Verhältnis zum Gesundheitssystem. Einerseits wurden Menschen, die behindert werden, durch die lange medizinische Pathologisierung und die historisch gewachsene Ausgrenzung durch das Gesundheitswesen und die Medizin diskriminiert, gleichzeitig sind viele auf das Gesundheitswesen angewiesen (Perone 2018).</p> <p>Für LSBTIQ* mit Behinderung / chronischer Erkrankung gibt es zudem noch weitere Diskriminierungsdimensionen. Sie wurden alle durch das Gesundheitssystem als „krank“ eingeordnet und werden dies zum Teil (trans* / inter*) noch immer. Somit fallen auch LSBTIQ* unter die Norm von „krank“ und „nicht krank“.</p> <p>Pathologisierung und Stigmatisierung durch das Gesundheitssystem machen es für die Betroffenen schwer, dieses System in Anspruch zu nehmen, sie sind jedoch häufig dennoch in einem Abhängigkeitsverhältnis zu diesem gefangen.</p> <p>Das Wesentliche ist, dass „Behinderung“ bzw. im englischen „disability“ darauf verweist, dass Menschen behindert werden und es keine essentielle Eigenschaft ist, die die Person ausmacht (wie etwa die Bezeichnung „Behinderte“ suggeriert). So wird die Bezeichnung „Menschen mit Behinderung / Menschen, die behindert werden“ bevorzugt, da so deutlich wird, dass es sich um einen Teil der Person handelt, der durch äußere Einflüsse mitbestimmt wird. So wird eine Person im Rollstuhl durch (Treppen-)Stufen behindert, welche nicht abgesenkt werden.</p>

Begriff	Erläuterung
Bisexuell (kurz Bi)	Bisexuell bezeichnet i. d. R. Frauen* oder Männer*, die sich sowohl zu Männern* als auch Frauen* körperlich (sexuell), emotional, romantisch hingezogen fühlen. Der Begriff wird aber auch verwendet, um sich darauf zu beziehen, dass Menschen sich zu mehr als einem Geschlecht hingezogen fühlen (s. a. pansexuell). Das Begehren ist dabei veränderlich und muss nicht notwendigerweise gleichbleiben; es kann sich über die Zeit ändern und muss sich nicht konstant auf die gleiche Art und Weise oder im gleichen Maß äußern.
BPoC / People of Colour / Schwarze Menschen PoC	Ähnlich wie Schwarz ist People Of Color (PoC) ein Bündnisbegriff. In „Was Tun?“ wird People Of Color wie folgt definiert: „Der Begriff ‚People Of Color‘ ist ein Bündnisbegriff, der Verbindungslinien zwischen Menschen herstellt, die Rassismuserfahrungen machen“ (AG Feministisch Sprachhandeln 2015, S. 51–61).
Cis / cisgender / cisgeschlechtlich	<p>„Cis“ kommt auch aus dem lateinischen und meint so viel wie „diesseits“; im Gegensatz dazu meint „trans“ etwa „jenseits“ oder „über etwas hinaus“. Cis ist eine Abkürzung (von cisgender bzw. cigeschlechtlich) und ein Adjektiv (cis Mann / cis Frau), und wird für Menschen verwendet, die sich mit dem bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Dabei muss der Prozess nicht bewusst geschehen, weil die meisten cis Menschen selten an den Punkt kommen, dass ihr Geschlechtsempfinden grundsätzlich in Frage gestellt wird.</p> <p>Auch wenn cisgeschlechtliche Menschen Rollenbildern und Erwartungen an ihr Geschlecht kritisch gegenüberstehen oder diesen nicht entsprechen, empfinden sie keine Unstimmigkeit mit ihrem Geschlecht. Der Begriff wurde aus Trans*-Communities entwickelt, um sich als trans* Person von nicht-trans* Personen abzugrenzen und auf die spezifischen Lebensrealitäten hinzuweisen, die cis Menschen machen.</p>
Diskriminierung	<p>Definitionen von Diskriminierung (Kapitel 2) sind sehr unterschiedlich und weichen z. T. stark voneinander ab. Das Wort kommt aus dem lateinischen Begriff „discriminare“, der „trennen, absondern, abgrenzen, unterscheiden“ bedeutet.</p> <p>Der Begriff wird erst seit Mitte des 20. Jahrhunderts dafür verwendet, die Benachteiligung oder Herabwürdigung von Menschengruppen zu beschreiben. Dabei hat sich der Bedeutungsrahmen stets erweitert und ist mittlerweile eng an das Konzept von Intersektionalität geknüpft, um die spezifische Benachteiligung von unterschiedlichen „Gruppenmerkmalen“ zu beschreiben. Zu solchen Merkmalen können zählen: Klasse, race, Gender, Sexualität, Alter, Behinderung, Religion, Aussehen usw. Die Liste ließe sich noch weiter fortsetzen und wirft die Frage auf, ob sie überhaupt abgeschlossen sein kann. Indessen hat sich eine eigene wissenschaftliche Disziplin der Diskriminierungsforschung etabliert, in der mit unterschiedlichen Ansätzen und Perspektiven die Wahrnehmung, Ursachen, historischen Entstehungsweisen von Diskriminierung erfasst werden, wie auch diskriminierendes Verhalten, diskriminierende Sprache und (pädagogische) Maßnahmen. Hierfür sei auf den Sammelband „Handbuch Diskriminierung“ von Scherr et al. (2017) verwiesen.</p>

Begriff	Erläuterung
Dyadisch	Als dyadisch werden Menschen bezeichnet, die nicht inter* sind, also deren Körper (bei der Geburt) in eine eindeutige medizinische Norm von „männlich“ bzw. „weiblich“ passen.
Essentialismus / Essentialisierung	Essentialismus beschreibt den (philosophischen) Standpunkt, dass bestimmte Identitäten, Individuen und auch Subjekte eine „Essenz“ haben. Damit ist gemeint, dass ihnen eine bestimmte Eigenschaft oder ein bestimmtes Wesen eigen ist und sie nur dazu zu dem gemacht werden, „was sie sind“. Der Prozess bzw. das Handeln dazu nennt man „Essentialisierung“. Ein Beispiel für eine Essentialisierung ist das Statement, „Trans* Personen möchten geschlechtsangleichende OPs“.
Fett / Dick	<p>Körper werden in der Gesellschaft auf unterschiedlichste Weisen bewertet, normiert und kategorisiert. Dies gilt nicht nur bezogen auf Geschlecht (gender/sex), race oder „Behinderung“, sondern auch bezogen auf dicke bzw. dünne Körper.</p> <p>„Zu“ dicke (und auch „zu“ dünne) Körper werden täglich in der Mode, im Gesundheitssystem und generell im öffentlichen Raum abgewertet und als „ungesund“, „krank“ oder „nicht schön“ bestimmt. Gerade in der Medizin und Psychologie werden Körper sehr stark pathologisiert, wenn sie nicht der gängigen „Norm“ entsprechen. Dabei richtet sich die Norm meistens nach dem sogenannten BMI (Body Mass Index). Dabei spielt das Körpergefühl und generell das Wohlbefinden der betroffenen Personen keine Rolle. Im Gegenteil: über die stetigen Abwertungen von „zu“ dicken (dünnen) Körpern werden die Menschen auf ihren „problematischen“ Körper reduziert und individualisiert. Diese diskriminierenden Prozesse führen dazu, dass sich die Personen psychisch nicht wohlfühlen und sich ausschließlich mit einer defizitären Perspektive beschäftigen müssen. Eine positive und akzeptierende Auseinandersetzung findet nicht statt.</p> <p>„Auf dicken Körpern werden also regelmäßig gesellschaftliche Machtverhältnisse verhandelt – und gleichsam zum Problem des Individuums erklärt. Eine leider recht wirksame Strategie, um sich nicht mit der Bekämpfung von Diskriminierung und sozialen Ungleichheiten zu beschäftigen. Ein Grund mehr, die politischen Diskurse um Fettsein in emanzipatorische, linke und queer-feministische Kämpfe stärker einzubeziehen“ (https://maedchenmannschaft.net/die-politische-dimension-von-fett/ Zuletzt geprüft: 04.11.19).</p>
FSF	FSF steht für „Frauen*, die Sex mit Frauen**“ haben und bezeichnet neben „lesbisch“, schwul“, „homosexuell“ ein größeres Spektrum von femininen Identitäten, die ihr Begehren auf feminine Identitäten richten und schließt trans*männliche Menschen genauso ein wie cis Frauen u. a.. Gleichzeitig gibt es die Bezeichnung „Frauen* liebende Frauen**“.
Fully informed consent Vollständig informierte Einwilligung / Zustimmung / Konsens	(Fully) informed consent (dt. (vollständig) informierte Einwilligung) ist ein Begriff, der sich u. a. aus der Bewegung gegen sexualisierte Gewalt von Kinder entwickelt hatte. Der Begriff bezieht sich hier und in anderen Debatten auf den medizinischen Bereich und besagt, dass bei medizinischen / psychotherapeutischen / psychiatrischen Behandlungen eine Einwilligung der Patient_innen eingeholt werden muss. Diese Einwilligung muss vollinformiert

Begriff	Erläuterung
	<p>sein, d. h. Patient_innen müssen über Tragweite, Risiken, Erfolgchancen, Alternativen, die Maßnahme an sich usw. aufgeklärt werden. Eine Missachtung der Einwilligung der Betroffenen kann juristische Konsequenzen nach sich ziehen. Leider lässt die momentane Gesetzgebung in Deutschland dies in Bezug auf kosmetische Operationen an inter* Kindern nicht zu.</p> <p>Das Konzept sieht zudem vor, dass die Person, die in eine Maßnahme einwilligen soll, einwilligungsfähig ist. Über die Grenzen, ab wann dies der Fall ist, wird sehr viel diskutiert, gerade wenn es um Kinder und Menschen mit „Geschäftsunfähigkeit“ geht. Hier werden Eltern oder gesetzliche Vertreter_innen herangezogen, die dieses Konzept jedoch unterlaufen können.</p> <p>Über das Modell der informierten Zustimmung und deren Anwendung im Bereich der Trans*-Gesundheitsversorgung gibt es eine Studie von Radix et al. (2014).</p>
Gender Gap	<p>„Der statische Unterstrich wird auch Gender_Gap genannt, also Gender_Leerstelle. Die Lücke soll vielfältige Möglichkeiten und Gestaltungsspielräume symbolisieren. Die *-Variante kann letzteres stärker herausstellen, da das Sternchen viele unterschiedliche Strahlen hat und damit noch mal stärker symbolisch ganz Unterschiedliches meinen kann. In einigen akademischen Kontexten werden beide Varianten bereits regelmäßig angewendet. Die neuen Formen irritieren und befördern somit ein Anhalten und Nachdenken über die Wörter und Sprachhandlungen. Das wird mehrheitlich als eine positive Herausforderung erlebt“ (AG Feministisch Sprachhandeln 2015).</p>
Geschlecht(sidentität) / Gender / sex	<p>Geschlecht(sidentität) beschreibt die geschlechtliche Identität einer Person. Diese kann sich nach dem eigenen Erleben aufgrund des Geschlechtsausdrucks (wie sich eine Person kleidet oder verhält) richten, aufgrund der eigenen Identität (trans* / nicht-binär / „Mann“ / „Frau“ / ...) und nach dem „anatomischen Geschlecht“ (Körperbehaarung, Hüften, Brüste, Genitalien, Chromosomen, Hormonen etc.). Gleichzeitig gibt es die Zuweisung des Geschlechts bei der Geburt, welche sich i. d. R. nach den äußeren Genitalen richtet („männlich“, „weiblich“, intergeschlechtlich). Wir gehen davon aus, dass all diese Kategorien sozial und gesellschaftlich konstruiert werden und unter bestimmten historisch gewachsenen Machtverhältnissen (Patriarchat, Kapitalismus, Rassismus usw.) entstanden sind. Inwieweit sich eine Person mit dem eigenen Körper vollständig oder teilweise wohlfühlt, kann nur von der Person selbst entschieden werden.</p> <p>Unter gender verstehen wir die Konstruktion von Geschlechterverhältnissen, welche auf unterschiedlichste Weisen betrachtet werden kann (kulturell, sozial, hegemonial). Gender bezieht sich insbesondere auf die Geschlechtsidentität einer Person und wird im Englischen vom Begriff „sex“ (körperliches Geschlecht) unterschieden. „Die Unterscheidung von Geschlecht [sex]/ Geschlechtsidentität [gender] erlaubt vielmehr, die Geschlechtsidentität als vielfältige Interpretation des Geschlechts zu denken“ (Butler 1991, S. 22) Geschlechtsidentität (gender) ist ein Prozess, in dem es möglich ist, das sogenannte „biologische Geschlecht“ (sex) immer wieder neu zu interpretieren. Butler u. a. nimmt an, dass körperliche Erscheinung, Identität, sexuelle Orientierung sowie materielle Objekte vergeschlechtlicht werden.</p>

Begriff	Erläuterung
Homo- / Inter*- / Trans*phobie Homo-/Inter*- /Trans*feindlichkeit	<p>Homo- / Trans*- / Inter*phobie bedeutet, dass ein Mensch eine abwertende Haltung gegenüber der jeweiligen Person bzw. Personengruppe hat. Phobie weist hier auf eine Angst(störung) hin. Der Begriff -phobie wird von uns abgelehnt, da er vermuten lässt, dass Menschen „nur“ Angst vor trans* / inter* oder homosexuellen Menschen haben, wie vor Spinnen oder Flugzeugen. Jedoch zeigt sich in Studien, dass Vorurteile wenig mit einer konkreten Angst, sondern mit Stigmatisierungen und Anfeindungen (ggf. Unwissen) zu tun haben. Daher sprechen wir von Feindlichkeit statt Phobie, wodurch deutlich wird, dass es auch um eine diskriminierende und bedrohende Haltung der Person (bzw. Gruppe) gegenüber geht. Nicht zuletzt verkehrt ein Begriff wie „Homophobie“ die „Täter-Opfer“-Dichotomie um. Eigentlich sind es die Betroffenen, die häufig Angst vor diskriminierendem Verhalten haben.</p>
Inter* / Intergeschlechtlich	<p>Analog zu dem * bei trans* haben wir uns dafür entschieden, inter* zu schreiben. „Der Begriff ‚Inter*‘ verweist vor allem auf die Vielfalt der körperlichen Variationen und des körperlichen Erlebens intergeschlechtlicher Menschen. Das Sternchen steht dabei zugleich als Platzhalter für verschiedene Begriffe und Selbstbezeichnungen. Die gewollte Breite des Begriffs kann aber auch problematisch werden – dann nämlich, wenn er als Bezeichnung für eine Geschlechtsidentität statt als Begriff für eine körperliche Verfasstheit missverstanden wird. Diese Problematik teilt er mit dem Begriff ‚zwischen-geschlechtlich‘ – auch dieser wird manchmal entgegen seiner eigentlichen Bedeutung als Bezeichnung für eine nicht-binäre Geschlechtsidentität verwendet“ (Ghattas, Sabisch 2017: 158-159).</p> <p>Zum einen entsteht durch das * ein Raum für verschiedene Selbstzuschreibungen. Gleichzeitig ist es ein aus verschiedenen Inter*-Communities entwickelter selbstermächtigender und empowernder Begriff. Zur Definition von inter* haben TrIQ und OII Germany geschrieben: „Inter* ist ein Begriff, der sich aus der Community entwickelt hat. Ein Mensch mit einem intergeschlechtlichen Körper kann auch eine intergeschlechtliche Geschlechtsidentität haben. Grundsätzlich geht es bei dem Begriff aber um eine emanzipatorische und selbstermächtigte Positionierung als eine Gruppe von Menschen, die angeborene, nicht-konforme und nicht normgerechte Geschlechtsmerkmale haben und daher Pathologisierung erfahren. In vielen Fällen führt dies zu einer Verletzung ihrer Selbstbestimmung und körperlichen Autonomie. Inter* möchte offen sein für alle Selbstbeschreibungen von intergeschlechtlichen Menschen und mit dem Asterisk * die Vielfalt intergeschlechtlicher Realitäten und Körperlichkeiten abbilden“ (TrIQ / OII Germany 2015). Weitere Erklärungen zu inter*spezifischen Begriffen finden sich in der Broschüre „Inter* und Sprache“ (TrIQ / OII Germany 2015).</p> <p>Zur Frage, wo Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Trans* und Inter* liegen, möchten wir auf die kurze Erläuterung von OII-Germany hinweisen (2017):</p> <p>„Intergeschlechtlichkeit definiert sich über den Körper: ‚Intergeschlechtlich sein‘ bedeutet, mit Geschlechtsmerkmalen geboren zu werden, die nicht mit den medizinischen und sozialen Normen für die sogenannten männlichen</p>

Begriff	Erläuterung
	<p>und weiblichen Körper übereinstimmen. Trans* definiert sich über die Geschlechtsidentität: ‚Trans* sein‘ bedeutet, eine Geschlechtsidentität zu haben, die von dem zugewiesenen Geburtsgeschlecht abweicht. (...) Intergeschlechtliche Menschen werden irreversiblen Eingriffen und Behandlungen ausgesetzt, die ohne ihre Einwilligung vorgenommen werden. (...) Es kann vorkommen, dass intergeschlechtliche Menschen eine Geschlechtsidentität haben, die von dem Geschlecht abweicht, dass ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Deshalb können sie zu der Entscheidung gelangen, die in ihrem Land vorhandenen rechtlichen Möglichkeiten zu nutzen, um ihren Namen, ihren Geschlechtseintrag und/oder ihren Körper dem eigenen Wohlbereich anzugleichen. Sehr häufig sind diese verfügbaren Mittel und Wege ausschließlich für Trans*-Menschen zugänglich. In der Praxis bedeutet dies für intergeschlechtliche Menschen, dass ihnen der Zugang zu diesen Mechanismen verweigert werden kann, abhängig von den rechtlichen oder sonstigen Anforderungen der jeweiligen Länder.“ Als Gemeinsamkeiten werden genannt: „Beiden fehlt die Anerkennung ihres Grundrechtes auf Selbstbestimmung: Intergeschlechtlichen Menschen, weil sie invasiven medizinischen Behandlungen ohne ihre Einwilligung ausgesetzt werden; Trans*-Menschen, weil sie häufig massiven Hindernissen bei dem Zugang zur benötigten medizinischen Versorgung als auch bei der Anerkennung ihres Geschlechts gegenüberstehen. Beide werden anhand der medizinischen Richtlinien, Protokolle und Klassifikationen als ‚gestört‘ angesehen, wobei Trans*-Menschen eine ‚psychologische Störung‘ und Inter*-Menschen eine ‚körperliche Störung‘ zugeordnet wird. Beide leiden unter Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen in einer Gesellschaft, in der die Dichotomie von männlich und weiblich vorherrschend ist, z. B. in der Schule, am Arbeitsplatz oder beim Sport“ (OII Germany 2017).</p>
Intersektionalität / Mehrfachdiskriminierung	<p>Intersektionalität „beschäftigt sich mit der Verschränkung von sozialen Ungleichheiten, Macht- und Herrschaftsverhältnissen. Im Fokus liegt das Zusammenwirken unterschiedlicher Formen von Diskriminierung wie bspw. Geschlecht, Begehren, race, Alter, sozioökonomischer Status, Ability. Dieses Zusammenwirken verschiedener Diskriminierungsformen wird dabei nicht additiv oder konkurrierend verstanden, sondern als eine eigene Konstellation“.⁷³</p>
Klasse	<p>Die „soziale“ Klasse spielt heute genauso eine Rolle wie früher. Das ungleiche Verhältnis zwischen Besitzenden und Nicht-Besitzenden verstärkt sich stetig. Armut als ein Resultat dieses Verhältnisses hat für die betroffenen Menschen verschiedene Auswirkungen hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Teilhabe. So sind arme bzw. prekär lebende Menschen im Bildungssystem benachteiligt,⁷⁴ sie leben in schlechteren Arbeits- und Wohnverhältnissen und sind im politischen wie gesellschaftlichen Bereichen marginalisiert. Dazu gehört auch der Gesundheitsbereich. So haben als arm beschriebene Menschen aufgrund vieler Faktoren eine tendenziell schlechtere Gesundheit</p>

⁷³ https://www.queerulantin.de/?page_id=1007 ; zuletzt geprüft 04.11.2019)

⁷⁴ Im Gegensatz zu Meinungen, dazu das Bildungssystem dahingehend zu ändern, dass Armut keine Rolle mehr spielt und „Aufstiegschancen“ für alle möglich sind, halten wir die soziale Ungleichheit für das wesentliche Problem.

Begriff	Erläuterung
	<p>und einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung (Spannagel 2017: 97).⁷⁵</p> <p>Auch wenn LSBTIQ* in allen Klassen zu finden sind, hängt es stark von der klassenspezifischen Situation ab, ob sie sich politisch Gehör verschaffen können, gute Jobs haben, sich gegen Diskriminierungen zu Wehr setzen können⁷⁶ oder eben eine passende Behandlung erhalten.</p> <p>Es gibt noch weitere Faktoren, die mit Klasse im Zusammenhang stehen:</p> <p>Kapitalressourcen: bspw. kann es trans* Personen, die als Selbstzahler_innen eine operative Geschlechtsangleichung wünschen, leichter fallen, dies zu erreichen; wohingegen trans* Menschen, die auf den pathologisierenden und langfristigen Weg über das Krankenkassensystem angewiesen sind, nicht die Sicherheit haben, dass etwaige Behandlungskosten tatsächlich auch übernommen werden.</p> <p>Status von Geflüchteten: LSBTIQ* Geflüchtete zählen zu den vulnerabelsten Gruppen und haben unabhängig von ihren Kapitalressourcen i. d. R. die geringsten Möglichkeiten einer „sozialen Mobilität“ und einer entsprechenden Gesundheitsversorgung.</p>
Lesbisch / Lesben	<p>Lesbisch bezeichnet eine sexuelle Orientierung, bei der sich eine Frau* (oder guydike) bzw. mit Weiblichkeit identifizierende Person zu einer anderen Frau* (guydike) bzw. mit Weiblichkeit identifizierenden Person hingezogen fühlt. Das Begehren kann sich körperlich, emotional, romantisch usw. äußern.⁷⁷</p>
Lookismus	<p>Lookismus kommt vom englischen Begriff „look“ (Aussehen) und beschreibt eine Diskriminierungsform, die aufgrund des Aussehens stattfindet und die in Diskursen zu Diskriminierung noch sehr wenig beachtet wird. Sie bezeichnet die (Be)Wertung von Menschen aufgrund von Schönheitsidealen oder stereotypen Vorstellungen darüber, wie Körper „auszusehen haben“. Dabei zeigen bereits einige Studie (insb. aus den USA), dass bspw. als „größer“ oder „schöner“ bewertete Menschen eine bessere Bezahlung erhalten oder häufiger in Führungspositionen gelangen.⁷⁸</p>
LSBTIQ*	<p>LSBTIQ* ist ein Akronym, was bedeutet, dass verschiedene Wörter auf ihre Anfangsbuchstaben gekürzt und zusammen benannt werden. LSBTIQ* steht für: Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queers. Das * soll darauf hinweisen, dass es neben den genannten sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten viele weitere gibt. Zudem weist es bei trans* / inter* darauf hin, dass auch hier verschiedene Identitäten mitgedacht werden sollen. (s. a. trans* / inter*).</p> <p>Es gibt viele Diskussionen darüber, welche weiteren Buchstaben dem Akronym zugefügt werden sollen. So könnten Begriffe wie pansexuell, asexuell oder nicht-binär hinzugefügt werden (LSBTNIQPA*). Es gibt auch Schreibweisen mit einem „+“, um auf weitere Identitäten hinzuweisen. Da wir davon</p>

⁷⁵ Ein Faktor hierfür ist, dass viele prekär lebende Menschen sozial benachteiligten Gruppen angehören und somit „minority stress“ ein weiterer sich negativ auswirkender Faktor ist.

⁷⁶ Gerade auf juristischem Weg ist es für viele Menschen ohne ökonomische Mittel und das nötige Wissen schwierig, ihre Fälle vor Gericht zu bringen, da sie nicht die benötigten Ressourcen besitzen.

⁷⁷ Mehr zu girlfag / guydike findet sich hier: <https://girlfag-guydyke.forumieren.com/>

⁷⁸ (https://www.diw.de/de/diw_02.c.242689.de/pressemitteilungen.html?id=diw_01.c.10431.de) (Zuletzt geprüft 04.11.2019)

Begriff	Erläuterung
	<p>ausgehen, dass es noch weit mehr unterschiedliche geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen gibt ließen sich weitere (Selbst-)Bezeichnungen hinzufügen. Wir haben uns für diese Schreibweise aus pragmatischen Gründen der Lesbarkeit entschieden (wobei das „*“ je nach Programm für blinde Menschen nicht vorgelesen wird). Wir denken, dass das Akronym einerseits die häufigsten Identitäten widerspiegelt und gleichzeitig Raum für alle weiteren mitdenkt und lässt.</p> <p>Desweiteren gibt es Diskussionen um das „Doppel-t“, z. B. in „LSBTTIQ*“, um eine „Unterscheidung“ zwischen Transsexuellen und trans* Menschen zu machen. Wir lehnen diese Unterteilung ab, da hierbei implizit oder explizit gesagt wird, dass es „richtige“ bzw. „falsche“ Trans*-Identitäten gebe.</p>
Migrationshintergrund	<p>Wie bereits oben beschrieben ist die Kategorie „Migrationshintergrund“ ein problematischer Begriff, wenn es um die Erfassung von Diskriminierung geht. Sowohl die Herkunft des Begriffes als auch die Definitionen schaffen Unschärfen. Gleichzeitig ist er dennoch in wissenschaftlichen sowie gesellschaftlichen Diskussionen sehr verbreitet, daher möchten wir kurz darauf eingehen.</p> <p>Laut Statistischem Bundesamt beschreibt der Begriff „alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2015).</p> <p>Obwohl dabei keine Rückschlüsse zum Herkunftsland oder Aufenthaltsstatus möglich sind, wird der Begriff dennoch häufig in Zusammenhänge von rassistischer Diskriminierung gestellt (El-Mafaalani 2015). Warum das problematisch ist, zeigt das folgende Beispiel: mit dem Begriff kann ein <i>weißer</i> Österreicher gemeint sein, der seit kurzem in Deutschland lebt und die Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedslandes hat. Diskriminierung aufgrund des Migrationshintergrundes wird diese Person eher nicht erleben. Eine Schwarze Deutsche, deren Familie bereits seit der Weimarer Zeit in Deutschland lebt und den Nationalsozialismus überlebt hat, wird darunter nicht gezählt, wird jedoch aufgrund rassistischer Zuschreibungen fälschlich als Mensch „mit Migrationshintergrund“ (oder „Ausländer“) gelabelt. Eine <i>weiße</i> geflüchtete Person aus Russland und eine Schwarze geflüchtete Person aus dem Sudan haben jeweils einen „Migrationshintergrund“, aber im Gegensatz zu einer_m EU-Bürger_in einen prekäreren Aufenthaltstitel. Zudem erleben beide aufgrund rassistischer Zuschreibungen unterschiedliche Diskriminierungserfahrungen. Eine weitere Differenzierung ist zwischen Geflüchteten möglich, denn je nachdem, aus welchem Herkunftsland sie kommen, haben sie unterschiedliche Chancen auf eine Anerkennung ihres Asylverfahrens.</p> <p>Was ebenfalls nicht mit der Kategorie erfasst wird, sind Religion und / oder ethnische Zugehörigkeit. Jüdische oder muslimische Menschen erleben unterschiedliche Rassismen bzw. Antisemitismus, und fallen teilweise unter die</p>

Begriff	Erläuterung
	<p>Kategorie „Migrationshintergrund“ und teilweise nicht. Gleiches gilt für Romnja* und Sintezi*, die Rassismen alltäglich erleben und mit verschiedenen Stereotypen belegt werden.⁷⁹</p> <p>Allen diesen Menschen ist gemein, dass ihnen entweder ein „Migrationshintergrund“ aufgrund äußerlicher Merkmale (Sprache, Hautfarbe, religiöse Symbole etc.) zugeschrieben wird, oder dieser nicht wahrgenommen wird, weil sie aufgrund der gleichen Mechanismen der Zuschreibungen als „nicht-deutsch“ wahrgenommen werden.</p>
MSM	<p>MSM steht für „Männer*, die Sex mit Männern**“ haben und bezeichnet neben „schwul“, „gay“, „homosexuell“ ein größeres Spektrum von Männlichkeiten, die ihr Begehren auf Männlichkeiten richten; schließt (bestenfalls) trans*männliche Menschen genauso ein wie cis Männer.</p>
Nicht-Binär / Abinär	<p>Als nicht-binär / non-binär (englisch: non binary) bezeichnen sich Menschen, die sich weder als „männlich“ oder „weiblich“ identifizieren. Binär kommt von lateinisch „bina“ und bezeichnet etwas „Doppeltes“, „Paarweises“. Anlehnend an Programmiercodes (Binärcode) bezeichnet „binär“ etwas, das sich durch zwei Symbole ausdrücken lässt, wie 1 und 0. Das „nicht“ in „nicht-binär“ deutet darauf hin, dass diese Symbolik in Bezug auf Geschlecht teilweise oder vollständig abgelehnt wird.</p> <p>Analog zu trans* ist „nicht-binär“ ein Überbegriff, unter den viele unterschiedliche Identitäten fallen können. Es gibt Menschen, die sich als nicht-binär bezeichnen und sich innerhalb des Spektrums männlich/weiblich verorten, sich außerhalb dieses Spektrums bewegen oder generell Geschlechtsbezeichnungen für sich ablehnen (z. B. agender). Menschen, die sich sowohl als männlich und weiblich identifizieren, bezeichnen sich auch als bigender. Menschen, die dazwischen wechseln, bezeichnen sich z. B. als „genderfluid“. Genderqueer bezeichnet Menschen, die sich außerhalb des binären Geschlechterspektrums („Mann / Frau“) bewegen oder dieses komplett ablehnen.</p> <p>Eine neuere Bezeichnung ist der Begriff „abinär“, der mit der griechischen Vorsilbe a- das „nicht“ ersetzt und ebenfalls „nicht-binäre“ Identitäten bezeichnet.</p> <p>Abkürzungen für nicht-binär sind „nb“ oder ausgesprochen / geschrieben „enby“. „Enby“ wird außerdem oft von nicht-binären Menschen benutzt, um als Anrede (statt Herr / Frau) verwendet zu werden. Es gibt aus dem us-englischsprachigen Raum, dass „nb“ als Abkürzung für non-binary nicht verwendet wird, weil „nb“ gleichzeitig für non-black benutzt wird.</p> <p>Viele nicht-binäre Menschen bezeichnen sich auch als trans*, weil sie sich eben nicht mit dem bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Sowohl inter* Menschen als auch dyadische (d. h. nicht inter*) Menschen benutzen den Begriff für sich.</p>
Pansexuell	<p>Pansexuell ist eine sexuelle Orientierung für Menschen, die ihr sexuelles Begehren nicht auf ein spezifisches Geschlecht festlegen, sondern auf alle geschlechtlichen Identitäten bzw. ihr Begehren von der Person abhängig machen.</p>

⁷⁹ Mehr zu Rassismus und Empowerment von Romnja* und Sintezi*: <http://www.romnja-power.de/> (Zuletzt geprüft 04.11.2019)

Begriff	Erläuterung
Pathologisierung	<p>Pathologisierung ist der Prozess, über den menschliches Verhalten, Identitäten, Empfindungen, Gedanken, Wahrnehmungen, soziale Verhältnisse oder zwischenmenschliche Beziehungen (z. B. Trans*- / Inter*-Identitäten) über medizinische / psychologische „Normen“ als „krankhaft“ oder „abnormal“ hergestellt werden. Dabei tritt die Frage „Was ist ‚normal‘, was ist ‚abweichend‘?“ in den Vordergrund. Pathologisierung wird daher als diskriminierend verstanden, wenn Menschen fremdbestimmt als „anders“, „krankhaft“ oder „normabweichend“ bezeichnet werden. Diese Praxis wurde dazu benutzt, Menschen zu entmündigen, um über ihre Bedürfnisse hinweg zu entscheiden. Zudem wurden und werden dadurch Menschen ermordet, weggesperrt oder an Ihnen Zwangsmaßnahmen (Operationen / Fixierung etc.) vollzogen.</p>
Prekär / Prekäre Berufsgruppen	<p>Unter prekären Berufsgruppen verstehen wir Berufe, die gesellschaftlich wenig anerkannt sind bzw. unter schwierigeren Bedingungen ausgeführt werden müssen. Der Begriff dient auch als Ergänzung zum Klassenbegriff, um auch zwischen den Klassen differenzieren zu können. Zu prekär Beschäftigten zählen z. B. Reinigungskräfte, Pfleger_innen, Verkaufskräfte in Supermärkten und Sexarbeiter_innen. Prekär sind u. a. eine sehr niedrige Bezahlung, unregelmäßige und lange Arbeitszeiten bzw. Nachtarbeitszeiten, wenig „Aufstiegsmöglichkeiten“, wenig Möglichkeiten, sich gewerkschaftlich zu organisieren, gesellschaftliche Stigmatisierung oder wenig Anerkennung, miserable und menschenunwürdige Arbeitsbedingungen usw.</p> <p>Wir möchten auf Sexarbeit genauer eingehen (siehe auch den dazugehörigen Glossareintrag), in der auch jene LSBTIQ* eine Möglichkeit bekommen, sich einen Lebensunterhalt zu verdienen, die z. B. aufgrund einer trans*- und homofeindlichen Gesellschaft keine gesellschaftlich „anerkannteren“ Arbeitsmöglichkeiten haben. Allerdings wird dieser Form der Arbeit durch gesellschaftliches Stigma und repressive Gesetze (wie das „Prostitutionschutzgesetz“) erschwert bzw. verunmöglicht.</p> <p>Insbesondere von manchen aktivistischen Gruppen wird eine Gleichstellung der Sexarbeit mit andern Formen der Lohnarbeit gefordert, sowie Perspektiven für diejenigen, die einen Jobwechsel anstreben. (siehe auch Sexarbeit).</p>
Queer	<p>Ist ein englischsprachiger Begriff und hat Bedeutungen wie „schräg“, „komisch“ und „pervers“. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Begriff in den USA und UK hauptsächlich als Schimpfwort für alle, die nicht heterosexuell oder cis waren, benutzt. Im 20. Jahrhundert haben sich insbesondere auch Schwarze trans* Personen und trans* Persons of Color den Begriff angeeignet und für sich positiv verwendet. Diese Kämpfe von queeren BPoC's sind wenig sichtbar und häufig durch eine queere <i>weiße</i> Kultur verdrängt worden (Muñoz 1999: 9). Seitdem wird der Begriff von vielen LSBTI* für sich verwendet, um eine Vielfalt von sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten auszudrücken, die sich jenseits von Zweigeschlechtlichkeit und (monogamer) Heterosexualität bewegen. Gleichzeitig wird der Begriff häufig auch als Synonym für schwul oder lesbisch verwendet, wodurch die Entstehungsgeschichte und die damit im Zusammenhang stehende radikale Kritik an Machtverhältnissen in Vergessenheit geraten.</p>

Begriff	Erläuterung
race / Rassismus	<p>race ist wie gender ein aus dem englischen Sprachraum übernommener Begriff und dient in der kritischen Migrations- und Sozialforschung dazu, den Begriff „Rasse“ zu ersetzen. „Rasse“ und race sind Konstrukte, die auf Grund des Kolonialismus und des Nationalsozialismus eine negative, biologistische und menschenverachtende Konnotation erhalten haben (vgl. Hornscheidt / Nduka-Agwu 2013, S. 13–14).</p> <p>Der Ausgrenzungsmechanismus wird als Rassismus gefasst. Rassismus als Diskriminierungskategorie meint die über strukturelle, institutionelle und individuelle Systeme hergestellte Identität aufgrund zugeschriebener „Hautfarbe“, „Haar“, „Statur“. Rassifizierung beschreibt dabei den Prozess auf Grundlage dieser Zuschreibungen (ebd.).</p> <p>Rassismus ist „Teil der Struktur der deutschen Gesellschaft“ und hat sich seit Jahrhunderten im Denken und Handeln tief verankert (ebd., S. 15). Gleichzeitig ist Rassismus als Diskriminierungsstruktur verankert.</p> <p>Von Edward Said wurde der Begriff des „Othering“ mitgeprägt. Dieser beschreibt den Prozess der „Ver-anderung“. Menschen werden über bestimmte Zuschreibungen und Praktiken, wie Gesetze und gesellschaftliches Handeln, als „anders“ markiert und damit auf niedrigere Stufe gestellt. Dieser Prozess führt zur Feindseligkeit gegenüber und Ausschluss von den davon betroffenen Gruppen.</p> <p>Der in diesem Bericht verwendete Begriff „weiß“ beschreibt nicht die „Kennzeichnung des äußeren Erscheinungsbildes“, sondern dient als Beschreibung der Personengruppe, „die in einer rassistischen Gesellschaft [eine] privilegierte Positionierung“ hat“ (ebd., S. 19). Diese privilegierte Gruppe kann es nur im Gegensatz zu(r) Gruppe(n) geben, denen diese Privilegien verwehrt werden. „Weißsein“ ist damit keine Kategorie, die genuin „dem Menschsein zugeschrieben wird, sondern eine die über Rassismus dynamisch „immer wieder neu geschaffen“ wird (ebd.).</p> <p>So ist eine Gruppe, die in Bezug auf Rassismus diskriminiert wird, Schwarze Menschen, „die im weitesten Sinne mit der afrikanischen Diaspora [verbunden ist]“ (ebd., S. 32).</p>
Schwul	<p>Schwul bezeichnet eine sexuelle Orientierung, bei der sich ein Mann* (oder girlfag) bzw. eine Person, die sich mit Männlichkeit identifiziert, zu einem anderen Mann* (girlfag) bzw. einer Person, die sich mit Männlichkeit identifiziert, hingezogen fühlt. Das Begehren kann sich körperlich, emotional, romantisch usw. äußern.⁸⁰</p>
Sexarbeit / Sexarbeiter_innen	<p>Verstanden als eine Arbeit, bei der es um freiwillige und nach Absprache getroffene sexuelle Dienstleistungen geht, bietet - wie andere prekäre Berufe auch - Sexarbeit gerade für nicht-weiße Menschen und Menschen ohne / mit prekärem Aufenthaltsstatus ein höheres Risiko, ausgebeutet, missbraucht und ausgenutzt zu werden. Sexarbeit ist keine Arbeit, die allein Frauen* ausüben, sondern auch andere, z. B. queere Menschen, die keine weitere Möglichkeit finden, eine Arbeit auszuüben, in der sie selbstbestimmter handeln können. Unter Sexarbeit fallen verschiedene Dienstleistungen,</p>

⁸⁰ Mehr zu girlfag / guydike findet sich hier: <https://girlfag-guydyke.forumieren.com/>

Begriff	Erläuterung
	<p>von penetrativem Sex über die Arbeit vor Webcams, Escort-Service, pornographische Arbeit, BDSM-Dienstleistungen usw..</p> <p>Sexarbeit ist auch deshalb so prekär, weil sie gesellschaftlich stärker stigmatisiert wird als andere Formen der Arbeit. Dies geht mit verschärften Gesetzen, Regelungen bis hin zu Verboten einher.</p>
Sexuelle Orientierung	<p>Sexuelle Orientierung beschreibt das (nicht notwendigerweise sexuelle) Begehren einer Person zu einer oder mehreren Person(en). Eine sexuelle Orientierung ist nicht gleichzusetzen mit der geschlechtlichen Identität einer Person, auch wenn dies immer wieder durch Beschreibungen oder Begriffe, wie „transsexuell“ suggeriert wird. Da sich die meisten sexuellen Orientierungen nach der eigenen Geschlechtsidentität richtet, bzw. nach der Person, die begehrt wird, werden sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität häufig zusammengedacht. Dennoch lässt sich aus der einen nicht die andere ableiten, z. B. bedeutet schwul zu sein nicht notwendigerweise, männlich zu sein (siehe Girlfag).</p>
STI	<p>STI (sexuell transmitted infections) oder auch sexuell übertragbare Infektionen bezeichnet Erkrankungen, die hauptsächlich (aber nicht nur) über Sex (Geschlechtsverkehr) übertragen werden können. Dabei reicht das Spektrum von Geschlechtskrankheiten von Herpes über Hepatis bis zu HIV. Durch Safer-Sex-Praktiken kann das Risiko reduziert werden, sich mit Geschlechtskrankheiten anzustecken. Dabei spielt nicht nur das Kondom eine Rolle, sondern auch Lecktücher oder Sexpraktiken und Verhaltensweisen, die Risiken der Ansteckung minimieren. U. a. kann auch durch die Einnahme von Medikamenten der wie PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe), das Risiko sich mit HIV zu infizieren vermieden werden.</p>
Trans*	<p>Unter dem Begriff Trans* / trans* verstehen wir all diejenigen, die sich nicht mit dem bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Mit der Abkürzung bzw. offenen Endung und dem * möchten wir darauf hinweisen, dass es viele unterschiedliche geschlechtliche Identitäten gibt, die sich mit dem Begriff trans* bezeichnen. Dazu können Selbstbezeichnungen wie transident, transsexuell, transgender, trans nicht-binär und viele weitere Identitäten gehören. Es gibt trans* Personen, die eine körperliche Veränderung (durch Hormone / Operationen) und / oder eine rechtliche Anerkennung ihres Personenstandes anstreben. Dabei gibt es trans* Personen, die sich im binären Spektrum von weiblich / männlich wiederfinden und gleichzeitig gibt es trans* Personen, die dieses Spektrum für sich ablehnen, sich außerhalb von diesem oder teilweise in diesem wiederfinden.</p> <p>Es gibt auch Personen, die sich nach einer für sie „abgeschlossenen“ Transition nicht mehr als trans* verstehen oder bezeichnen, sondern als Mann oder Frau (mit Transitionsgeschichte bzw. -erfahrung). Gleichzeitig ist zu beachten, dass der Begriff trans* / transgender ein aus dem globalen Norden geprägter Begriff ist und längst nicht alle Geschlechtsidentitäten abbildet / abbilden kann, die sich nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. So gibt es kulturell / gesellschaftlich sehr unterschiedliche Selbstbezeichnungen von Menschen, z. B. Two Spirit, Hijra, Burrnesha,</p>

Begriff	Erläuterung
	<p>Sakalava, Muxe, X-gender, Xanith, Fa'afafine Whakawahine, Wakatane u. a..</p> <p>Zur Frage, wo Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Trans* und Inter* liegen, möchten wir auf Oll Germany hinweisen (2017) (siehe Inter* im Glossar). Dem kann hinzugefügt werden, dass es eine Vielzahl von Begriffen gibt, die trans* Menschen für sich benutzen. Nicht jede trans* Person verortet sich eindeutig „männlich“ oder „weiblich“.</p>
<p>Transgender ...</p>	<p>Transgender ist die englischsprachige Bezeichnung für trans* Personen und analog zu transgeschlechtlich soll die Endung –gender / -geschlechtlich darauf hinweisen, dass es sich um eine Geschlechtsidentität handelt. Anders als von der Psychologie und Medizin geprägte Begriffe, wie transsexual / transsexuell, soll einerseits die pathologisierende Geschichte des Begriffes hin zu einer Selbstbestimmung vorangetrieben werden und gleichzeitig eindeutig werden, dass Trans* nichts mit einer sexuellen Orientierung zu tun hat, anders als es die Endung –sexuell / -sexual impliziert.</p>
<p>Transition</p>	<p>Transition bezeichnet den Prozess einer Person, sich nicht mehr oder nur noch teilweise mit bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht zu identifizieren, sondern das eigene gelebte Geschlecht sichtbar zu machen. Dabei können körperliche Veränderungen, eine Änderung des Vornamens, eine Änderung, eine Änderung des Personenstandes, eine Änderung des Geschlechtsausdrucks z. B. durch Kleidung und Performance oder auch gar keine „äußerliche“ Veränderung angestrebt werden. Der Prozess ist stets individuell und kann in unterschiedlichen Lebensbereichen (Familie, soziales Umfeld, Arbeit, Freizeit u. a.) gelebt werden. Es gibt trans* Personen, die sich nur in ihrem sozialen Umfeld „outen“ und z. B. auf Arbeit ihre Transidentität verbergen.</p>
<p>Transsexuell / Transsexualismus / Transsexualität</p>	<p>Transsexuell ist ein aus der Medizin und Psychologie verwendeter Begriff, um Menschen von vermeintlich „gesunden“ cis Menschen zu differenzieren. Dabei wurde und wird die Identität als „krankhaft / gestört“ bezeichnet und in Diagnosemanuals wie dem ICD-10 als Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Viele trans* Menschen lehnen diesen Begriff aufgrund dieser Pathologisierung ab. Es gibt aber auch Menschen, die ihn für sich nutzen, weil sie sich mit ihm identifizieren. Als Selbstbezeichnung findet der Begriff also durchaus eine positive Verwendung, jedoch ist er von medizinischer / psychologischer Seite aus als problematisch und diskriminierend zu bewerten. Gleichzeitig wird durch die Endung -sexuell suggeriert, dass es sich um eine sexuelle Orientierung handelt, weswegen der Begriff als irreführend bewertet wird.</p>
<p>TSG</p>	<p>TSG steht für Transsexuellengesetz. Das Gesetz gilt bundesweit und regelt auf juristischer Ebene die Vornamens- und Personenstandsänderung (VÄ / PÄ). Es wurde im Jahr 1981 verabschiedet und trotz einiger Neuauflagen und Korrekturen durch das Bundesverfassungsgericht wird das Gesetz als veraltet, pathologisierend und bevormundend kritisiert.</p> <p>Das Gesetz schreibt vor, dass für die Änderung des Personenstandes (Geschlechtseintrages) zwei unabhängige psychologische (therapeutische) Gutachten vorgelegt werden müssen. Die Kosten für das Verfahren und die</p>

Begriff	Erläuterung
	Erstellung der Gutachten müssen Antragsstellende selbst tragen. Neben der Bevormundung und massiven Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts durch das Gutachtenverfahren stellt das Gesetz zudem eine finanzielle Belastung für die Betroffenen dar. Nach anhaltender Kritik aus Trans*-Aktivismus und z. T. der Politik ist eine Erneuerung des Gesetzes angestoßen worden. Ein Entwurf aus Bundesministeriern zur Reform des TSG wurde geschlossen von vielen NGOs abgelehnt. ⁸¹

⁸¹ (siehe hierzu z. B. die Pressemitteilung des BVT* 2019: <https://www.bundesverband-trans.de/tsg-reform-ist-alter-wein-in-neuen-schlaeuchen-justiz-und-innenministerium-halten-an-fremdbestimmung-fuer-trans-menschen-fest/>) Zuletzt geprüft am 04.11.2019).

7.2. Literaturverzeichnis

Verwendete Literatur

Adams, Noah; Hitomi, Maaya; Moody, Cherie (2017): Varied Reports of Adult Transgender Suicidality. Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. In: *Transgender health* 2 (1), S. 60–75. DOI: 10.1089/trgh.2016.0036.

AG Feministisch Sprachhandeln der Humboldt-Universität zu Berlin (2015): Was Tun? Sprachhandeln – Aber wie W_ortungen statt Tatenlosigkeit! Berlin: Hinkelsteindruck sozialistische GmbH. Online verfügbar unter www.feministisch-sprachhandeln.org/ag-feministisch-sprachhandeln/, zuletzt geprüft am 20.09.2015.

Agius, Silvan; Tobler, Christa (2011): Trans- und intersexuellen Menschen. Diskriminierung von trans- und intersexuellen Menschen aufgrund des Geschlechts, der Geschlechtsidentität und des Geschlechtsausdrucks. Als Ms. abgeschl. am 29. Juni 2011. Luxembourg: Amt für amtl. Veröffentl. der Europ. Union.

Ahmad, Aisha-Nusrat; Bardehle, Doris; Andresen, Sabine; Beier, Klaus M. (Hg.) (2017): Sexualität von Männern. Stiftung Männergesundheit; Psychosozial-Verlag. Originalausgabe. Gießen: Psychosozial-Verlag (Forschung Psychosozial, 3).

Ahyoud, Nasiha; Aikins, Joshua Kwesi; Bartsch, Samera; Bechert, Naomi; Gyamerah, Daniel; Wagner, Lucienne (2018): Wer nicht gezählt wird, zählt nicht. Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten in der Einwanderungsgesellschaft. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin.

Allex, Anne (2014): Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Positionen zur internationalen Kampagne. 3., wesentlich erw. Aufl. S.I.: Ed. trans*-action (Materialien der AG SPAK, M 295).

Althoff, Nina; Schabram, Greta; Follmar-Otto, Petra (2017): Gutachten: Geschlechtervielfalt im Recht. Status quo und Entwicklung von Regelungsmodellen zur Anerkennung und zum Schutz von Geschlechtervielfalt. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/114066/8a02a557eab695bf7179ff2e92d0ab28/imag-band-8-geschlechtervielfalt-im-recht-data.pdf>, zuletzt geprüft am 29.11.2018.

Amelung, Till; Günther, Marie; Hahne, Alexander; Hamm, Jonas; Katzer, Michaela; Kiel, Ants et al. (2019): Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen. Geschlechtliche Vielfalt (er)leben – Band II. Hg. v. Alexander Naß, Silvia Rentzsch, Johanna Rödenbeck, Monika Deinbeck, Melanie Hartmann, Ulrike Busch, et al. Gießen: Psychosozial-Verlag (Angewandte Sexualwissenschaft).

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017): Diskriminierung in Deutschland. Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/BT_Bericht/Gemeinsamer_Bericht_dritter_2017.pdf?__blob=publication-File&v=14, zuletzt geprüft am 28.11.2018.

Appenroth, Max Nicolai; Castro Varela, María do Mar (2019): Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. 1. Auflage (Gender Studies).

Bachmann, Anne; Lähnemann, Lela (Hg.) (2014): Lebenssituationen und Diskriminierungserfahrungen schwuler und bisexueller Männer. Eine Studie des Instituts für Psychologie der Christian-Albrechts-

Universität zu Kiel unter der Leitung von Dr. Anne Bachmann. Berlin. 1. Aufl. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit Integration und Frauen LADS (Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation, 32). Online verfügbar unter https://www.berlin.de/sen/lads/assets/schwerpunkte/lbhti/materialien/schriftenreihe/g-32-studie-sb-diskr-bachmann_bf.pdf, zuletzt geprüft am 28.11.2018.

Bauer, Greta R.; Hammond, Rebecca (2015): Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. In: The Canadian Journal of Human Sexuality 24 (1), S. 1–11. DOI: 10.3138/cjhs.24.1-CO1.

Becker, Ruth; Kortendiek, Beate; Budrich, Barbara (Hg.) (2010): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3., erw. und durchges. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Geschlecht & Gesellschaft, 35). Online verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/135676.

Beigang, Steffen; Fetz, Karolina; Kalkum, Dorina; Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung und einer Betroffenenbefragung. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Diskriminierungserfahrungen_in_Deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=4, zuletzt geprüft am 12.08.2019.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9>.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bora, Alfons; Bargheer, Julian (2012): Zur Situation intersexueller Menschen. Bericht über die Online-Umfrage des Deutschen Ethikrates. Berlin: Deutscher Ethikrat.

Bradford, Judith; Reisner, Sari L.; Honnold, Julie A.; Xavier, Jessica (2013): Experiences of transgender-related discrimination and implications for health. Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. In: American journal of public health 103 (10), S. 1820–1829. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300796.

Browne, Kath; Lim Jason (2008): Count Me In Too. LGBT Lives in Brighton & Hove - Trans People Additional Findings Report. University of Brighton. Brighton. Online verfügbar unter http://www.realad-min.co.uk/microdir/3700/File/CMIT_Trans_Report_Dec08.pdf, zuletzt geprüft am 29.07.2019.

Bry, Laura Jane; Mustanski, Brian; Garofalo, Robert; Burns, Michelle Nicole (2018): Resilience to Discrimination and Rejection Among Young Sexual Minority Males and Transgender Females. A Qualitative Study on Coping With Minority Stress. In: Journal of homosexuality 65 (11), S. 1435–1456. DOI: 10.1080/00918369.2017.1375367.

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (14.08.2006): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. AGG, vom 1. Fundstelle: BGBl. I S. 1897. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/agg/>.

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (2017): Patientenrechte im Klartext. Hg. v. Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz. Berlin (Infoblatt, 1/13). Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/Infoblatt_Patientenrechte.pdf.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2015): Gutachten: Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Unter Mitarbeit von Arn Sauer. 1. Aufl. 1 Band. Berlin.

- Bundesverband Trans* (BVT*) (2017): Trans*-Gesundheitsversorgung: Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik. Hg. v. Bundesverband Trans* (BVT*). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/120620/0c5e19af792f13569e13407bf0bbf825/trans-gesundheitsversorgung-bv-trans-data.pdf> , zuletzt geprüft am 22.11.2018.
- Bundesverband Trans* (BVT*) (2019): Policy Paper Recht Des Bundesverbandes Trans* Paradigmenwechsel Zum Reformbedarf Des Rechts In Bezug Auf Trans. Hg. v. Bundesverband Trans* (BVT*). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesverband-trans.de/download/5621/> , zuletzt geprüft am 29.10.2019.
- Bundesverband Trans* (BVT*) (2019): TSG-Reform ist alter Wein in neuen Schläuchen. Justiz- und Innenministerium halten an Fremdbestimmung für trans* Menschen fest. Bundesverband Trans* (BVT*). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2019/05/PE-zum-Entwurf-der-Neuregelung-der-%c3%84nderung-des-Geschlechtseintrags.pdf> , zuletzt geprüft am 20.10.2019.
- Bündnis 90 Die Grünen (2018): Zusammenfassung Kurzstudie Leistungsvergleich GKV-PKV. Hg. v. Bündnis 90 Die Grünen. Bundestag. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/gesundheit/181228_Zusammenfassung_Kurzstudie_Leistungsvergleich_PKV_GKV.pdf , zuletzt geprüft am 31.07.2019.
- Burzan, Nicole (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden (Studententexte zur Soziologie). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-93154-8> .
- Butler, Judith (2018): Das Unbehagen der Geschlechter. Unter Mitarbeit von Kathrina Menke. Deutsche Erstausgabe, 19. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Gender Studies, 1722 = Neue Folge, Band 722).
- Carroll-Beight, Debra; Larsson, Markus (2018): Exploring the Needs, Expectations, and Realities of Mental Healthcare for Transgender Adults. A Grounded Theory Study on Experiences in Sweden. In: Transgender health 3 (1), S. 88–104. DOI: 10.1089/trgh.2017.0033.
- Castro Varela, María do Mar; Dhawan, Nikita (2011): Soziale (Un)Gerechtigkeit. Kritische Perspektiven auf Diversity, Intersektionalität und Antidiskriminierung. Berlin: Lit-Verl. (Politikwissenschaft, 158).
- Chen, Diane; Hidalgo, Marco A.; Leibowitz, Scott; Leininger, Jennifer; Simons, Lisa; Finlayson, Courtney; Garofalo, Robert (2016): Multidisciplinary Care for Gender-Diverse Youth. A Narrative Review and Unique Model of Gender-Affirming Care. In: Transgender health 1 (1), S. 117–123. DOI: 10.1089/trgh.2016.0009.
- Clements-Nolle, Kristen; Marx, Rani; Katz, Mitchell (2006): Attempted suicide among transgender persons. The influence of gender-based discrimination and victimization. In: Journal of homosexuality 51 (3), S. 53–69. DOI: 10.1300/J082v51n03_04.
- Cook-Daniels, Loree (2006): Trans Aging. In: Douglas C. Kimmel, Steven David und Tara Rose (Hg.): Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging. Research and clinical perspectives. New York: Columbia University Press, S. 20–35.
- Crenshaw, Kimberlé (1989): Demarginalizing the Intersection of race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In: University of Chicago Legal Forum 1989 (8). Online verfügbar unter <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> , zuletzt geprüft am 26.06.2017.
- D'Augelli, Anthony R.; Grossman, Arnold H.; Starks, Michael T. (2006): Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. In: Journal of interpersonal violence 21 (11), S. 1462–1482. DOI: 10.1177/0886260506293482.

Dennert, G. (2018): Einzelbeitrag. Queergesund*: Eine partizipative Bedarfserhebung zur Gesundheitsförderung für lesbische, bisexuelle und queere Frauen in Deutschland. In: DGSMP (Hg.). Prävention in Lebenswelten – 54. Jahrestagung der DGSMP – Die DGSMP Jahrestagung in Dresden findet statt unter Beteiligung des MDK Sachsen. Dresden, 12.09.2018 - 14.09.2018: Georg Thieme Verlag KG (Das Gesundheitswesen).

Dennert, Gabriele (2006): Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 38 (5), S. 559–576.

Dennert, Gabriele (2009): Gesundheit und Gesundheitsversorgung lesbischer und schwuler MigrantInnen in Deutschland. Hg. v. Heinrich Böll Stiftung. Heinrich Böll Stiftung. Berlin. Online verfügbar unter <https://heimatkunde.boell.de/2009/04/18/gesundheit-und-gesundheitsversorgung-lesbischer-und-schwuler-migrantinnen-deutschland> .

Dennert, Gabriele (2012): „Männer müssen lernen, mehr aus dem Bauch raus zu machen, und Frauen, den Kopf mit zu gebrauchen“. Geschlechterkonstruktionen durch ÄrztInnen. In: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. 2012 (4) (2), S. 83–100.

Dennert, Gabriele (2016 [2005]): Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media (Frauen - Gesellschaft - Kritik, v.43). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=4793327> .

Dennert, Gabriele (2018): Gesundheit und Gesundheitsversorgung lesbischer und schwuler MigrantInnen in Deutschland. Hg. v. Heinrich Böll Stiftung. Berlin. Online verfügbar unter https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier_migration_und_gesundheit_2.pdf .

Dennert, Gabriele; Wolf, Gisela (2009): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: Femina Politica 28 (1) (1), S. 48–59, zuletzt geprüft am 29.11.2018.

DGSMP (Hg.) (2018). Prävention in Lebenswelten – 54. Jahrestagung der DGSMP – Die DGSMP Jahrestagung in Dresden findet statt unter Beteiligung des MDK Sachsen. Dresden, 12.09.2018 - 14.09.2018: Georg Thieme Verlag KG (Das Gesundheitswesen).

Diehl, Elke (Hg.) (2017): Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung (Schriftenreihe / Bundeszentrale für Politische Bildung, Band 10155).

Dovidio, John F.; Major, Brenda; et al. (2018): Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview. In: Brenda Major, John F. Dovidio und Bruce G. Link (Hg.): The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health. New York: Oxford University Press (Oxford library of psychology), S. 3–28.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2017 [2015]): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 7. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

El-Maffalani, Aladin; Waleciak, Julia; Weitzel, Gerrit (2017): Tatsächlich, messbare und subjektiv wahrgenommene Diskriminierung. In: Albert Scherr, Aladin El-Mafaalani und Emine Gökçen Yüksel (Hg.): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer VS (Springer Reference Sozialwissenschaften), S. 173–189.

Eyssel, Jana; Koehler, Andreas; Dekker, Arne; Sehner, Susanne; Nieder, Timo O. (2017): Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare. A non-clinical online survey. In: PLoS one 12 (8), e0183014. DOI: 10.1371/journal.pone.0183014.

Foucault, Michel (1977): Der Wille zum Wissen. Unter Mitarbeit von Ulrich Raulff und Walter Seitter. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 716).

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014): LGBT-Erhebung in der EU. Erhebung unter Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen in der Europäischen Union ; Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Publ. Off. of the Europ. Union (Gleichheit). Online verfügbar unter http://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-results-at-a-glance_de.pdf .

Franzen, Jannik; Sauer, Arn (2010): Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Benachteiligung_von_Trans_personen.html , zuletzt geprüft am 13.09.2018.

Frohn, Dominic (2007): Out im Office?! Sexuelle Identität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz. Hg. v. Schwules Netzwerk NRW e.V., LAG Lesben in NRW e.V. und Schwulen Forum Niedersachsen e.V. Köln, Düsseldorf, Hannover. Online verfügbar unter https://www.domicfrohn.de/downloads/Out-im-Office_SNW_2007.pdf , zuletzt geprüft am 28.11.2018.

Fuchs, Wiebke; Ghattas, Dan Christian; Reinert, Deborah; Widmann, Charlotte (2012): Studie zur Lebenssituation Transsexueller in NRW. Hg. v. Lesben- und Schwulenverband Landesverband NRW. Lesben- und Schwulenverband Landesverband NRW. NRW. Online verfügbar unter https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf .

Ghattas, Dan Christian (Hg.) (2013): Menschenrechte zwischen den Geschlechtern. Vorstudie zur Lebenssituation von Inter*Personen. Heinrich Böll Stiftung. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung (Schriften zur Demokratie, 34).

Glick, Jennifer L.; Theall, Katherine P.; Andrinopoulos, Katherine M.; Kendall, Carl (2018): The Role of Discrimination in Care Postponement Among Trans-Feminine Individuals in the U.S. National Transgender Discrimination Survey. In: LGBT health 5 (3), S. 171–179. DOI: 10.1089/lgbt.2017.0093.

GPJE (Hg.) (2008): Diversity Studies und politische Bildung. Schwalbach: Wochenschau Verlag (Schriftenreihe der Gesellschaft für Politikdidaktik und politische Jugend- und Erwachsenenbildung). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4688533> .

Grant, Jaime M.; Mottet, Lisa A.; et al. (2010): National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care. Findings of a Study by the National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force. Hg. v. National Center for Transgender Equality und National Lesbian and Gay Task Force. U.S. Online verfügbar unter https://cancer-network.org/wp-content/uploads/2017/02/National_Transgender_Discrimination_Survey_Report_on_health_and_health_care.pdf , zuletzt geprüft am 29.07.2019.

Güldenring, Annette (2015): A critical view of transgender health care in Germany. Psychopathologizing gender identity - Symptom of 'disordered' psychiatric/psychological diagnostics? In: International review of psychiatry (Abingdon, England) 27 (5), S. 427–434. DOI: 10.3109/09540261.2015.1083948.

Güldenring, Annette; Sauer, Arn (2017): Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten: Stand, Bedarfe, Empfehlungen. In: Aisha-Nusrat Ahmad, Doris Bardehle, Sabine Andresen und Klaus M. Beier (Hg.): Sexualität von Männern. Originalausgabe. Gießen: Psychosozial-Verlag (Forschung Psychosozial, 3), S. 239–252.

Günther, Mari (2015): Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* Menschen. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 47 (1), S. 113–124.

Günther, Mari; Teren, Kirsten; Wolf, Gisela: Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung. Online verfügbar unter <http://www.reinhardt-verlag.de/de/titel/54483/> .

Hamm, Jonas: Paradigmenwechsel. Zum Reformbedarf des Rechts in Bezug auf Trans* (Policy Paper Recht).

Hamm, Jonas; Sauer, Arn (2014): Perspektivenwechsel. Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. In: Z Sex-Forsch 27 (01), S. 4–30. DOI: 10.1055/s-0034-1366140.

Hanafi El Siofi, Mona; Wolf, Gisela (2012): Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen/bisexuellen Frauen und Trans*Menschen in der BRD und Europa – eine Studienübersicht. Hg. v. Verband von Lesben und Schwulen in der Psychologie. Berlin. Online verfügbar unter https://www.vlsp.de/files/pdf/gewaltdiskriminierung_von_lsb_ft.pdf .

Hechler, Andreas (2015): Intergeschlechtlichkeit in Bildung, Pädagogik und Sozialer Arbeit. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Gutachten: Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Unter Mitarbeit von Arn Sauer. 1. Aufl. 1 Band. Berlin, S. 63–76.

Heinemann, Alisha M.B. (2014): Teilnahme an Weiterbildung in der Migrationsgesellschaft. Perspektiven deutscher Frauen mit "Migrationshintergrund". 1. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag.

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4> .

Hillman, Jennifer (2012): Sexuality and Aging. Clinical Perspectives. Boston, MA: Springer US. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-3399-6> .

Hoenes, Josch; Koch, Michaela (Hg.) (2017): Transfer und Interaktion. Wissenschaft und Aktivismus an den Grenzen heteronormativer Zweigeschlechtlichkeit. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität (Oldenburger Beiträge zur Geschlechterforschung, Band 15). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:715-oops-31312> .

Hormel, U.; Scherr, A. (2011): Einleitung: Diskriminierung als gesellschaftliches Phänomen. In: A. Scherr und U. Hormel (Hg.): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Hydra Berlin (2017): Positionspapier zum "Prostituiertenschutzgesetz". Hg. v. Hydra Berlin. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.hydra-berlin.de/aktuelles/meldungen/detail/artikel/positionspapier-zum-prostituiertenschutzgesetz/> , zuletzt geprüft am 19.10.2019.

Intersex Human Rights Australia (2019): Shadow Report submission to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Australia. Hg. v. Intersex Human Rights Australia. Intersex Human Rights Australia. Newtown. Online verfügbar unter <https://ihra.org.au/35529/shadow-report-crpd-2019/> , zuletzt geprüft am 12.08.2019.

IVIM / OII Deutschland (2015): Inter* und Sprache. Hg. v. IVIM / OII Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter https://oiigermany.org/wp-content/uploads/InterUndSprache_A_Z.pdf), zuletzt geprüft am 20.10.2019.

IVIM / OII Deutschland (2017): Wie Menschenrechte Intergeschlechtlicher Menschen Schützen – Wie Können Sie Helfen? Hg. v. IVIM / OII Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter https://oiigermany.org/wp-content/uploads/2017/11/toolkit_deutsch.pdf , zuletzt geprüft am 20.10.2019.

Jahn, Ingeborg (2016): Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Petra Kolip und Klaus Hurrelmann (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe, S. 71–86.

James, S. E.; Herman, J. L.; Rankin, S., Keisling; M., Mottet, L.; Anafi, M. (2016): The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality. Washington, DC. Online

verfügbar unter <https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF> , zuletzt geprüft am 29.07.2019.

Johnson, Austin H. (2015): Normative Accountability. How the Medical Model Influences Transgender Identities and Experiences. In: *Sociology Compass* 9 (9), S. 803–813. DOI: 10.1111/soc4.12297.

Kardorff, Ernst von (2017): Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten. In: Albert Scherr, Aladin El-Mafaalani und Emine Gökçen Yüksel (Hg.): *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer VS (Springer Reference Sozialwissenschaften), S. 565–592.

Kattari, Shanna K.; Hasche, Leslie (2016): Differences Across Age Groups in Transgender and Gender Non-Conforming People's Experiences of Health Care Discrimination, Harassment, and Victimization. In: *Journal of aging and health* 28 (2), S. 285–306. DOI: 10.1177/0898264315590228.

Klöppel, Ulrike (2015): *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin ; eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript Verlag (GenderCodes - Transkriptionen zwischen Wissen und Geschlecht, 12). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.14361/9783839413432> .

Klöppel, Ulrike (2016): Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. In: *Bulletin – Texte* 42 (27), S. 1–89.

Klöppel, Ulrike (2019): Vortrag für Kongress „Armut und Gesundheit“, 15.3.19 in Berlin. Organisation Intersex International (OI Germany). Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 15.03.2019. Online verfügbar unter https://oiigermany.org/wp-content/uploads/2019/06/Kloeppel_Kongress-Armut-Gesundheit_15-03-2019.pdf .

Knapp, Gudrun-Axeli (2014): *Arbeiten am Unterschied. Eingriffe feministischer Theorie*. Innsbruck: Studien Verl. (transblick, 9).

Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2016): *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe. Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456954660> .

Krell, Claudia; Oldemeier, Kerstin (2015): *Coming-out - und dann ...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. München: DJI Deutsches Jugendinstitut. Online verfügbar unter https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Broschuere_ComingOut.pdf , zuletzt geprüft am 29.11.2018.

Kromrey, Helmut (2006): *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung*. 11., überarb. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius (UTB für Wissenschaft Uni-Taschenbücher Soziologie, 1040). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8252-1040-3> .

Lambda Legal (Hg.) (2010): *When Health Care Isn't Caring. Lambda Legal's Survey on Discrimination Against LGBT People and People Living with HIV*. Online verfügbar unter www.lambdalegal.org/health-care-report, zuletzt geprüft am 12.08.2019.

Les Migras (2012): „ ... nicht so greifbar und doch real “. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. Hg. v. Les Migras. Alice-Salomon Hochschule Berlin; Lesbenberatung. Berlin. Online verfügbar unter <http://lesmigras.de/ergebnisse.html> , zuletzt geprüft am 29.11.2018.

Mader, Esto; Schmechel, Cora; Steinweg, Alex (Hg.) (2019): *Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie*. 1. Auflage (Get well soon).

- Major, Brenda; Dovidio, John F.; Link, Bruce G. (Hg.) (2018): The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health. New York: Oxford University Press (Oxford library of psychology).
- Maneo (2019): Maneo Report 2018. Hg. v. Maneo. Berlin. Online verfügbar unter http://www.maneo.de/fileadmin/user_upload/dateien/MANEO-Report-2018-online_Teil_1.pdf , zuletzt aktualisiert am Mai 2019, zuletzt geprüft am 30.11.2019.
- Massing, Peter (2008): "Diversity-Studies" und Politikdidaktik. In: GPJE (Hg.): Diversity Studies und politische Bildung. Schwalbach: Wochenschau Verlag (Schriftenreihe der Gesellschaft für Politikdidaktik und politische Jugend- und Erwachsenenbildung), S. 67–75.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Studium Paedagogik). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407291424 .
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002): ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71–93.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz (Hg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35–60.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2010): ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In: Ruth Becker, Beate Kortendiek und Barbara Budrich (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3., erw. und durchges. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Geschlecht & Gesellschaft, 35), S. 376–379.
- Meyer, Ilan H. (1995): Minority Stress and Mental Health in Gay Men. In: Journal of Health and Social Behavior 1995 (36), S. 38–56.
- Minter, Shannon; Daley Christopher (2003): Trans Realities: A Legal Needs Assessment of San Francisco's Transgender Communities. Hg. v. National Center for Lesbian Rights und Transgender Law Center. National Center for Lesbian Rights; Transgender Law Center. San Francisco. Online verfügbar unter <http://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2013/07/transrealities0803.pdf> , zuletzt geprüft am 31.07.2019.
- Mizock, Lauren; Lewis, Thomas (2008): Trauma in Transgender Populations. Risk, Resilience, and Clinical Care. In: J. of Emotional Abuse 8 (3), S. 335–354. DOI: 10.1080/10926790802262523.
- More, Kate (Hg.) (1999): Reclaiming genders. Transsexual grammars at the Fin de Siècle. London: Cassell.
- Motmans, Joz (2010): Being transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people-. Brüssel.
- Muñoz, José Esteban (1999): Disidentifications. Queers of color and the performance of politics. Minneapolis, Minn.: Univ. of Minnesota Press (Cultural studies of the Americas, 2).
- Nduka-Agwu, Adibeli; Hornscheidt, Lann (Hg.) (2014): Rassismus auf gut Deutsch. Ein kritisches Nachschlagewerk zu rassistischen Sprachhandlungen. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Brandes & Appel (wissen & praxis, 155). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1781043> .

- Nieder, Timo O.; Strauss, Bernhard (2015): Transgender health care in Germany. Participatory approaches and the development of a guideline. In: International review of psychiatry (Abingdon, England) 27 (5), S. 416–426. DOI: 10.3109/09540261.2015.1074562.
- Özdemir, Kadir (2018): (K)ein Recht auf Anderssein: Rassismus, Rechtspopulismus und LSBTIQ*. Hg. v. Heinrich Böll Stiftung. Heinrich Böll Stiftung. Berlin. Online verfügbar unter <https://heimatkunde.boell.de/2018/04/16/kein-recht-auf-anderssein-rassismus-rechtspopulismus-und-lsbtiq-wechselbeziehungen> , zuletzt geprüft am 28.10.2019.
- Perko, Gudrun; Czollek, Leah Carola (2008): Gender und Diversity gerechte Didaktik: ein intersektionaler Ansatz. In: MAGAZIN erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs 2008 (3/2008), 07.01–07.25. Online verfügbar unter <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/08-3/meb08-3.pdf> , zuletzt geprüft am 02.09.2016.
- Perone, A.; Perone, K. E. (2018): LGBT Health Care, Estate, and Long-Term Care Plans for Older Adults. In: Chuck Stewart (Hg.): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Americans at Risk, 85-106. 3 Bände. Santa Barbara: ABC-CLIO LLC.
- Plett, Konstanze (2014): Über die Notwendigkeit, Geschlecht interdisziplinär zu betrachten. In: Katinka Schweizer, Franziska Brunner, Susanne Cerwenka, Timo O. Nieder und Peer Briken (Hg.): Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven ; eine Festschrift für Hertha Richter-Appelt. Unter Mitarbeit von Hertha Richter-Appelt. Gießen: Psychosozial-Verl. (Beiträge zur Sexualforschung, 99), S. 41–54.
- Plöderl M; Kralovec K; Fartacek C; Fartacek R (2009): Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. In: der Mann Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit 7 (4), S. 28–37.
- Pulver, Marco (2015): Anders Altern. Zur aktuellen Lebenslage von Schwulen und Lesben im Alter. In: Friederike Schmidt, Anne-Christin Schondelmayer und Ute B. Schröder (Hg.): Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine. Wiesbaden: Springer VS, S. 303–318.
- Quinn, Sheila; International Lesbian and Gay Association European Region (2006): Accessing health : the context and the challenges for LGBT people in Central and Eastern Europe (2006). Hg. v. International Lesbian and Gay Association European Region. ILGA-Europe. Brüssel.
- Radix, Anita; Einfeld, Justus (2014): Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung. In: Z Sex-Forsch 27 (01), S. 31–43. DOI: 10.1055/s-0034-1366129.
- Register Berlin (2019): Jahresbericht 2018 BerlinerRegister. zur Erfassung extrem rechter und diskriminierender Vorfälle in Berlin. Hg. v. Register Berlin. Berlin. Online verfügbar unter https://berliner-register.de/sites/default/files/2019-Registerbrosch%C3%BCre_fertig_web.pdf , zuletzt aktualisiert am Oktober 2019, zuletzt geprüft am 20.11.2019.
- Richter-Appelt, Hertha; Nieder, Timo O.; Briken, Peer (2014): Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of care der World Professional Association for Transgender Health. Dt. Erstausg. Gießen: Psychosozial-Verl. (Beiträge zur Sexualforschung, Bd. 98).
- Saalfeld, Robin K. (2019): Von "Zwischengeschlechtlichkeit", Störung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie. Beschreibung einer Genealogie der Transsexualität als Emanzipationsversuch. In: Esto Mader, Cora Schmechel und Alex Steinweg (Hg.): Gegendiagnose II. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie. 1. Auflage (Get well soon), S. 184–200.
- Sauer, Arn Thorben; Chebout, Lucy (2011): Menschenrechte fördern! Deutsche Unterstützung für lesbische, schwule, bisexuelle, trans* und inter* (LSBTI) Menschenrechtsarbeit im globalen Süden und Osten. Hamburg: Dreilinden gGmbH (Regenbogen-Philanthropie, 2). Online verfügbar unter

[http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/publikationen/detailansicht.html?tx_commerce_pi1\[showUid\]=342](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/publikationen/detailansicht.html?tx_commerce_pi1[showUid]=342) .

Scherr, A.; Hormel, U. (Hg.) (2011): Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Scherr, Albert; El-Mafaalani, Aladin; Yüksel, Emine Gökçen (Hg.) (2017): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer VS (Springer Reference Sozialwissenschaften). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9> .

Schmidt, Friederike; Schondelmayer, Anne-Christin; Schröder, Ute B. (Hg.) (2015): Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine. Wiesbaden: Springer VS.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2013): Basisbericht 2012/2013. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Hg. v. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Berlin.

Sérrano, Brianna C.; Wiswell, Adam S. (2018): Drug and Alcohol Abuse and Addiction in the LGBT Community: Factors Impacting Rates of Use and Abuse. In: Chuck Stewart (Hg.): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Americans at Risk. 3 Bände. Santa Barbara: ABC-CLIO LLC, S. 91–112.

Shires, Deirdre A.; Jaffee, Kim (2015): Factors associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. In: Health & social work 40 (2), S. 134–141. DOI: 10.1093/hsw/hlv025.

Silva, Adrian de; Quirling, Ilka (2005): Zur gegenwärtigen Situation asylsuchender Zur gegenwärtigen Situation asylsuchender transgeschlechtlicher Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Femina Politica 1 (1), S. 70–81. Online verfügbar unter <https://budrich-journals.de/index.php/feminapolitica/article/viewFile/20555/17931> , zuletzt geprüft am 29.11.2018.

Smith, Brian C.; Armelie, Aaron P.; Boarts, Jessica M.; Brazil, Miquel; Delahanty, Douglas L. (2016): PTSD, Depression, and Substance Use in Relation to Suicidality Risk among Traumatized Minority Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. In: Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 20 (1), S. 80–93. DOI: 10.1080/13811118.2015.1004484.

Sprung, Annette (2011): Zwischen Diskriminierung und Anerkennung. Weiterbildung in der Migrationsgesellschaft. Münster: Waxmann (Interkulturelle Bildungsforschung, 19). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8309-2496-8> .

Steffens, Melanie C.; Bergert, Michael; Heinecke, Stephanie (2010): Doppelt diskriminiert oder gut integriert? Lebenssituation von Lesben und Schwulen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Köln: LSVD. Online verfügbar unter http://www.migrationsfamilien.de/pdf/Studie_Jena.pdf .

Stewart, Chuck (Hg.) (2018): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Americans at Risk. 3 Bände. Santa Barbara: ABC-CLIO LLC. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5267458> .

Stryker, Susan (1999): Portrait of a Transfag as a Young Man: The Activist Career of Louis G. Sullivan. In: Kate More (Hg.): Reclaiming genders. Transsexual grammars at the Fin de Siècle. London: Cassell, S. 62–82.

Timmermanns, Stefan (2017): Straight and gay. Anforderungen und Schwierigkeiten in der männlichen Identitätsfindung. In: Aisha-Nusrat Ahmad, Doris Bardehle, Sabine Andresen und Klaus M. Beier (Hg.): Sexualität von Männern. Originalausgabe. Gießen: Psychosozial-Verlag (Forschung Psychosozial, 3), S. 143–154.

TransInterQueer-Projekt »Antidiskriminierungs-arbeit & Empowerment für Inter*«; IVIM / OII Deutschland (2016): Medizinische Eingriffe an Inter* und deren Folgen. Fakten & Erfahrungen. Hg. v. TransInterQueer-Projekt »Antidiskriminierungs-arbeit & Empowerment für Inter*« und IVIM / OII Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/eingriffe_broschuere_inter_2016_sm.pdf , zuletzt geprüft am 28.10.2019.

Whittle, Stephen; Turner, Lewis; Combs, Ryan; Rhodes, Stephenne (2008): Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. Brüssel, Berlin.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2015): Grundgesetzlicher Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. WD 3 -3000 -089/15. Hg. v. Deutscher Bundestag. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/405508/4dd5bf6452b5b3b824d8de6efdad39dd/WD-3-089-15-pdf-data.pdf> .

Wolf, Gisela (2014): Psychopathologisierungprozesse von LSBT*I-Lebensweisen in DSM-V und ICD 10, Kapitel F1. Hg. v. Verband von Lesben und Schwulen in der Psychologie. Berlin. Online verfügbar unter https://www.vlsp.de/files/pdf/diagnosemanuale_1404.pdf , zuletzt geprüft am 12.08.2019.

Wolf, Gisela (2015): Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 47 (1), S. 101–112.

Wolf, Gisela (2017): Substanzgebrauch bei Queers. Dauerthema und Tabu. Göttingen: Wallstein Verlag (Hirschfeld-Lectures, Band 12).

Zinsmeister, Julia (2017): Diskriminierung von körperlich und geistig Beeinträchtigten. In: Albert Scherr, Aladin El-Mafaalani und Emine Gökçen Yüksel (Hg.): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer VS (Springer Reference Sozialwissenschaften), S. 593–612.

Nicht verwendete Literatur, deren Wissen in die Studie mitaufgenommen wurden:

Füty, Tamás Jules (2017): Normalized violence. normative und intersektionale Gewalt gegen Trans*Menschen im Kontext von Biopolitik. In: Josch Hoenes und Michaela Koch (Hg.): Transfer und Interaktion. Wissenschaft und Aktivismus an den Grenzen heteronormativer Zweigeschlechtlichkeit. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität (Oldenburger Beiträge zur Geschlechterforschung, Band 15), S. 107–120.

Hatzenbuehler, Mark L. (2011): The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. In: *Pediatrics* 127 (5), S. 896–903. DOI: 10.1542/peds.2010-3020.

Hoenes, Josch; Januschke, Eugen; Klöppel, Ulrike; Sabisch, Katja (2019): Häufigkeit normangleichender Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. Follow Up-Studie.

Johnston, Carrie D.; Shearer, Lee S. (2017): Internal Medicine Resident Attitudes, Prior Education, Comfort, and Knowledge Regarding Delivering Comprehensive Primary Care to Transgender Patients. In: *Transgender health* 2 (1), S. 91–95. DOI: 10.1089/trgh.2017.0007.

Kalkum, Dorina; Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland anhand der sexuellen Identität. Ergebnisse einer quantitativen Betroffenenbefragung und qualitativer Interviews. Berlin.

Kimmel, Douglas C.; David, Steven; Rose, Tara (Hg.) (2006): Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging. Research and clinical perspectives. New York: Columbia University Press. Online verfügbar unter <http://www.jstor.org/stable/10.7312/kimm13618> .

Klocke, Ulrich: Akzeptanz sexueller Vielfalt an Berliner Schulen. Eine Befragung zu Verhalten, Einstellungen und Wissen zu LSBT und deren Einflussvariablen. Hg. v. Ulrich Klocke. Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft. Berlin. Online verfügbar unter https://www.psychologie.hu-berlin.de/de/prof/org/download/klocke2012_1 , zuletzt geprüft am 29.11.2018.

Kortendiek, Beate; Riegraf, Birgit; Sabisch, Katja (Hg.) (2019): Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung. Mit 12 Abbildungen und 6 Tabellen. Wiesbaden: Springer VS (Geschlecht und Gesellschaft, Band 65). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0> .

Küpper, Beate; Klocke, Ulrich; Hoffmann, Lena-Carlotta (2017): Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Umfragen/Umfrage_Einstellungen_geg_lesb_schwulen_und_bisex_Menschen_DE.pdf?__blob=publicationFile&v=2 , zuletzt geprüft am 29.11.2018.

Lähnemann, Lela (Hg.) (2011): Inklusive Leidenschaft. Lesben, Schwule, transgeschlechtliche Menschen mit Behinderung; Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. September 2010 im Konferenzentrum der Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin. Fachtagung Inklusive Leidenschaft; Berlin. Berlin (Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation, 25).

Lampalzer, Ute; Behrendt, Pia; Dekker, Arne; Briken, Peer; Nieder, Timo O. (2019): Was benötigen LSBTI-Menschen angesichts ihrer Sexual- und Geschlechtsbiografien für eine bessere Gesundheitsversorgung? In: *Z Sex-Forsch* 32 (01), S. 17–26. DOI: 10.1055/a-0835-9584.

Lottmann, Ralf; Lautmann, Rüdiger; Castro Varela, María do Mar (Hg.) (2016): Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Wiesbaden: Springer VS (Research). Online verfügbar unter <http://www.springer.com/> .

Lykke, Nina (2011): *Feminist studies. A guide to intersectional theory, methodology and writing*. New York, London: Routledge (Routledge advances in feminist studies and intersectionality, 1).

Martin, James I.; Meezan, William (Hg.) (2009): *Handbook of research with lesbian, gay, bisexual, and transgender populations*. ebrary, Inc. New York: Routledge. Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10330942> .

Meyer, Ilan H.; Northridge, Mary E. (2007): *The Health of Sexual Minorities*. Boston, MA: Springer US.

Neal, Jeffrey; Thrush, Carol R.; Gathright, Molly; Guise, Ben (2015): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Content Representation on the Psychiatry Resident In-Training Examination, 2009–2013. In: *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 19 (3), S. 320–327. DOI: 10.1080/19359705.2015.1039427.

Nieder, Timo; Strauß, Bernhard (2014): Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. In: *Z Sex-Forsch* 27 (01), S. 59–76. DOI: 10.1055/s-0034-1366127.

O'Brien, Kimberly H. McManama; Putney, Jennifer M.; Hebert, Nicholas W.; Falk, Amy M.; Aguinaldo, Laika D. (2016): Sexual and Gender Minority Youth Suicide. Understanding Subgroup Differences to Inform Interventions. In: *LGBT health* 3 (4), S. 248–251. DOI: 10.1089/lgbt.2016.0031.

Pyne, Jake; Bauer, Greta; Bradley, Kaitlin (2014): Transphobia and Other Stressors Impacting Trans Parents. In: *Journal of GLBT Family Studies* 11 (2), S. 107–126. DOI: 10.1080/1550428X.2014.941127.

Radvan, Heike; Schondelmayer Anne (2016): »Ich hab mich normal gefühlt, ich war ja verliebt, aber für die andern ist man anders« ». Homo- und Trans*feindlichkeit in Mecklenburg-Vorpommern. Hg. v. Lola für Demokratie in MV e. V. Mecklenburg Vorpommern. Online verfügbar unter http://un-sichtbar-mv.de/expertise_lola_fuer_lulu_trans_und_homophobie_in_mv.pdf .

Rauh, Christina Angela (2015): Queeres Deutschland 2015. Zwischen Wertschätzung Und Vorbehalten. Hg. v. Change Centre Foundation. Online verfügbar unter https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/Bildung/CCF_Queeres_Deutschland_31.12.2015.pdf .

Rommelspacher, Birgit; Kollak, Ingrid (Hg.) (2016): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-938304-99-0> .

Ruth, Richard; Santacruz, Erik (2017): LGBT Psychology and Mental Health. Santa Barbara: ABC-CLIO LLC. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5105882> .

Schweizer, Katinka; Brunner, Franziska; Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O.; Briken, Peer (Hg.) (2014): Sexualität und Geschlecht. Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven; eine Festschrift für Hertha Richter-Appelt. Unter Mitarbeit von

Hertha Richter-Appelt. Gießen: Psychosozial-Verl. (Beiträge zur Sexualforschung, 99). Online verfügbar unter <http://d-nb.info/1062739450/04> .

Sigusch, Volkmar; Arnold, Louisa S. (2015): Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. Originalausgabe. Hg. v. Wiebke Driemeyer, Benjamin Gedrose, Armin Hoyer und Lisa Rustige. Gießen: Psychosozial-Verlag (Beiträge zur Sexualforschung, Band 100).

Stewart, Chuck (2018): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Americans at Risk. 3 Bände. Santa Barbara: ABC-CLIO LLC. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5267458> .

Unger, Hella von (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?; Participatory Health Research: Who Participates in What?; Investigación participativa en salud: ¿Quién participa en qué? In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 2012.

Unger, Hella von; Gangarova, Tanja; Ouedraogo, Omer; Flohr, Catherine; Spennemann, Nozomi; T. Wright, Michael (2013): Stärkung von Gemeinschaften. Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen. In: *Präv Gesundheitsf* 8 (3), S. 171–180. DOI: 10.1007/s11553-013-0399-9.

Vehre, Helen; Schnabel, Christiane; Barsch, Simone; Engel, Uwe (2012): Wissenschaftliche Umfragen. Methoden und Fehlerquellen. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Campus Verlag (Sozialwissenschaften 2012). Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=832180> .

Wilson, Erin C.; Garofalo, Robert; Harris, D. Robert; Belzer, Marvin (2010): Sexual risk taking among transgender male-to-female youths with different partner types. In: *American journal of public health* 100 (8), S. 1500–1505. DOI: 10.2105/AJPH.2009.160051.

7.3. Tabellenverzeichnis

Abbildung 1- "Wichtige Akteur_innen im Gesundheitswesen (Übersicht: eigene Darstellung)	112
Tabelle 1 - "Frage 1. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre sexuelle Orientierung“	34
Tabelle 2 - "Frage 2: Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität bzw. Ihr Geschlecht?"	42
Tabelle 3 - "Frage 1. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre sexuelle Orientierung? (Antworten aller trans* / nicht-binären Menschen)"	42
Tabelle 4 - Frage 3-5 "Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen physischen (körperlichen) / psychischen (geistig, mentalen) Gesundheitszustand / Ihren Gesundheitszustand insgesamt?"	43
Tabelle 5 - "Frage 2. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität bzw. Ihr Geschlecht?	112
Tabelle 6 - "Frage 2. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität bzw. Ihr Geschlecht?	112
Tabelle 7- Teilnehmer_innenentwicklung	113
Tabelle 8 - "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?“	114
Tabelle 9- "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?“	115
Tabelle 10- "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?“	116
Tabelle 11 – "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?“ (Darstellung mit Kategorie "nicht in Anspruch genommen“ ...	117
Tabelle 12 – "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungser-bringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?“ (Darstellung mit Kategorie "nicht in Anspruch genommen“ ...	118
Tabelle 14 – Frage 23. Nehmen Sie Vorsorgeuntersuchungen und / oder Gesundheitschecks in Anspruch?	119
Tabelle 15- Frage 29. An wen haben Sie sich gewendet, wenn Sie Diskriminierungen im Gesundheitsbereich erfahren haben?	120
Tabelle 16- Frage 40. Wie haben Sie sich im Krankenhaus, einer stationären Einrichtung diskriminiert gefühlt?	121

7.4. Tabellen und Abbildungen

Überblick über wichtige Akteur_innen im Gesundheitswesen

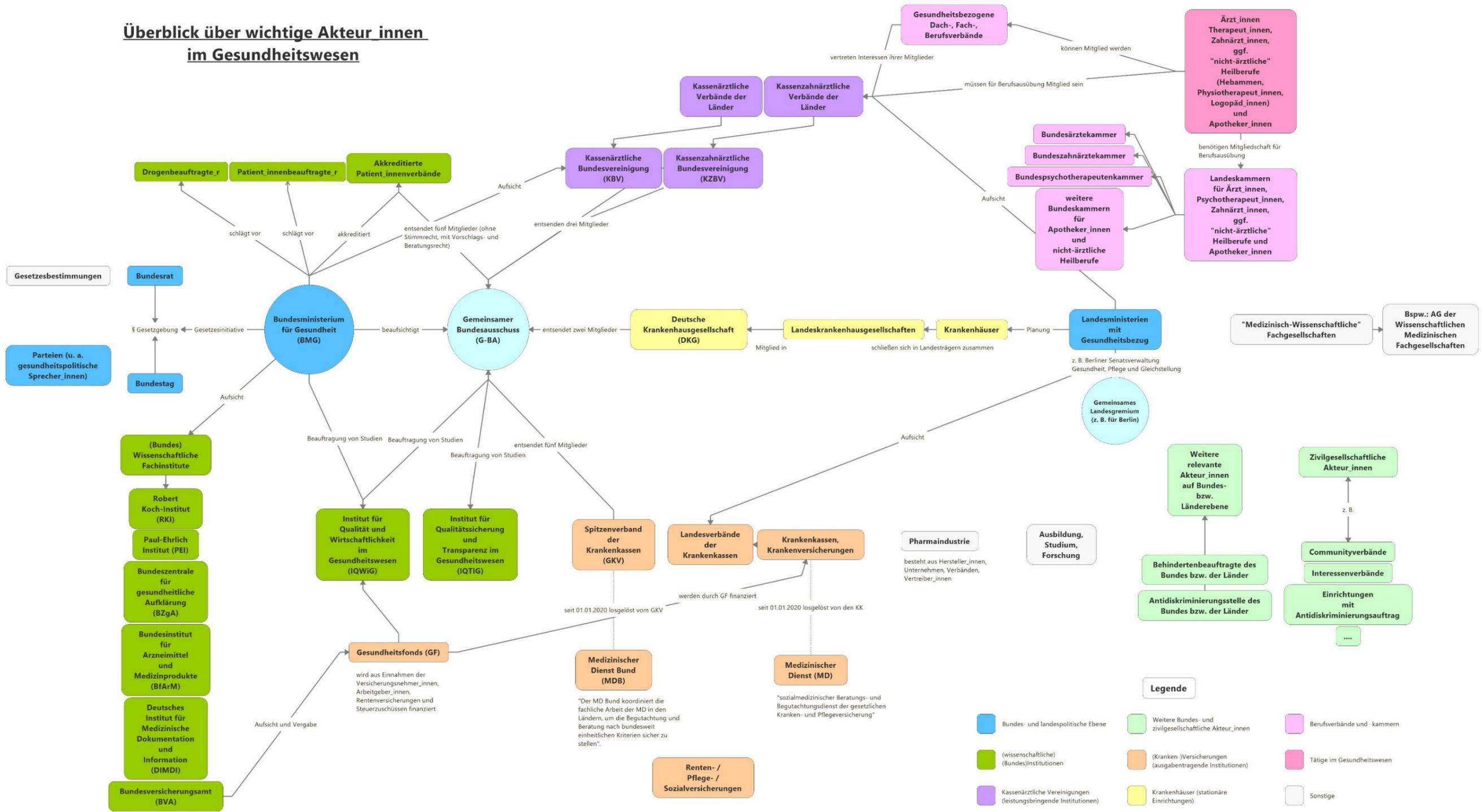


Abbildung 1- "Wichtige Akteur_innen im Gesundheitswesen (Übersicht: eigene Darstellung)

Tabelle 6 - "Frage 2. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität bzw. Ihr Geschlecht?"

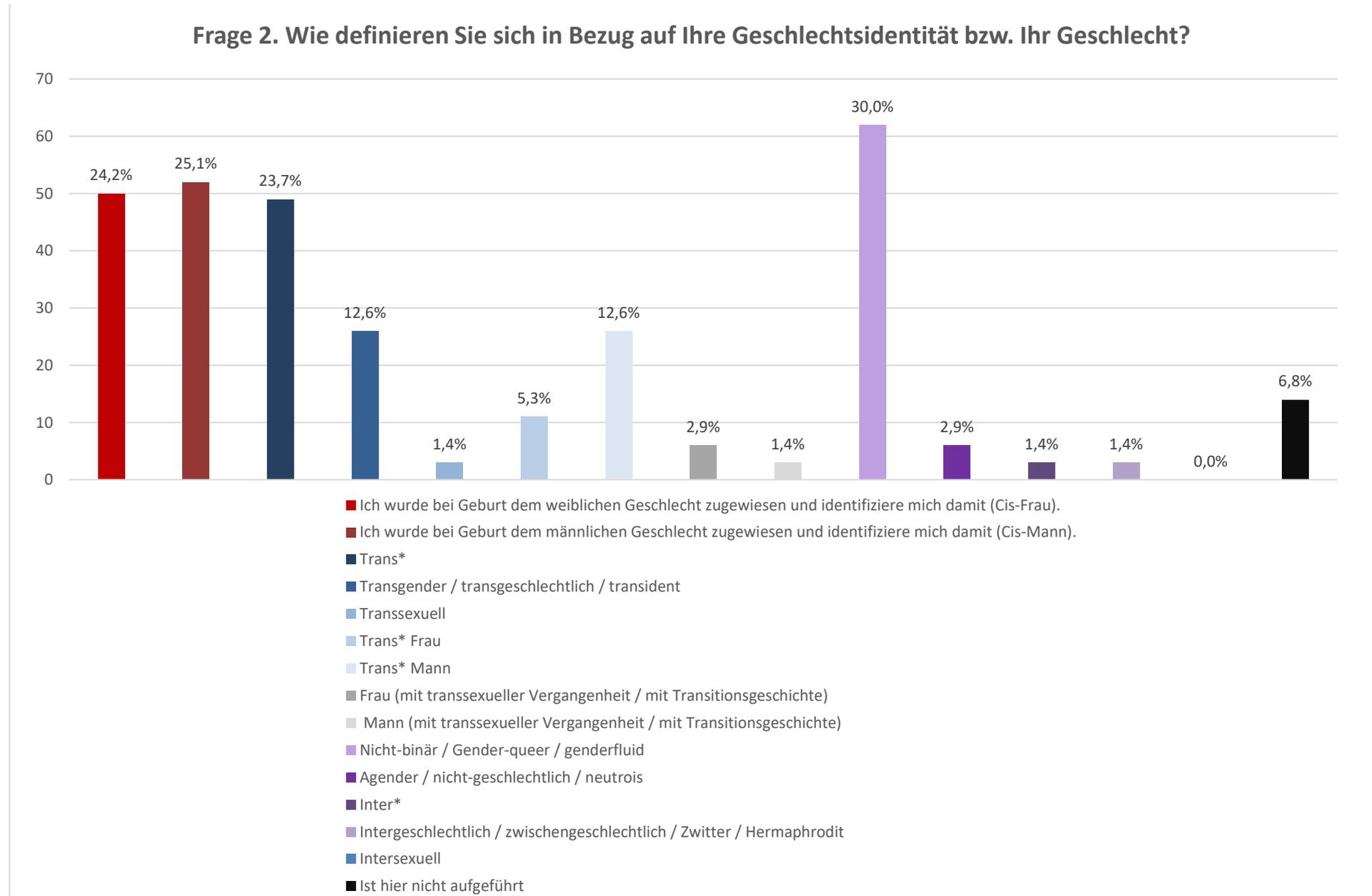


Tabelle 7- Teilnehmer_innenentwicklung

Zeitraum (Kalenderwoche)	Absolut (n)	Prozent
2018 – 46	266	51%
2018 – 47	80	15%
2018 – 48	21	4%
2018 – 49	99	19%
2018 – 50	40	8%
2018 – 51	13	2%
2018 – 52	4	1%
Gesamt	523	100%

Tabelle 8 - "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?"

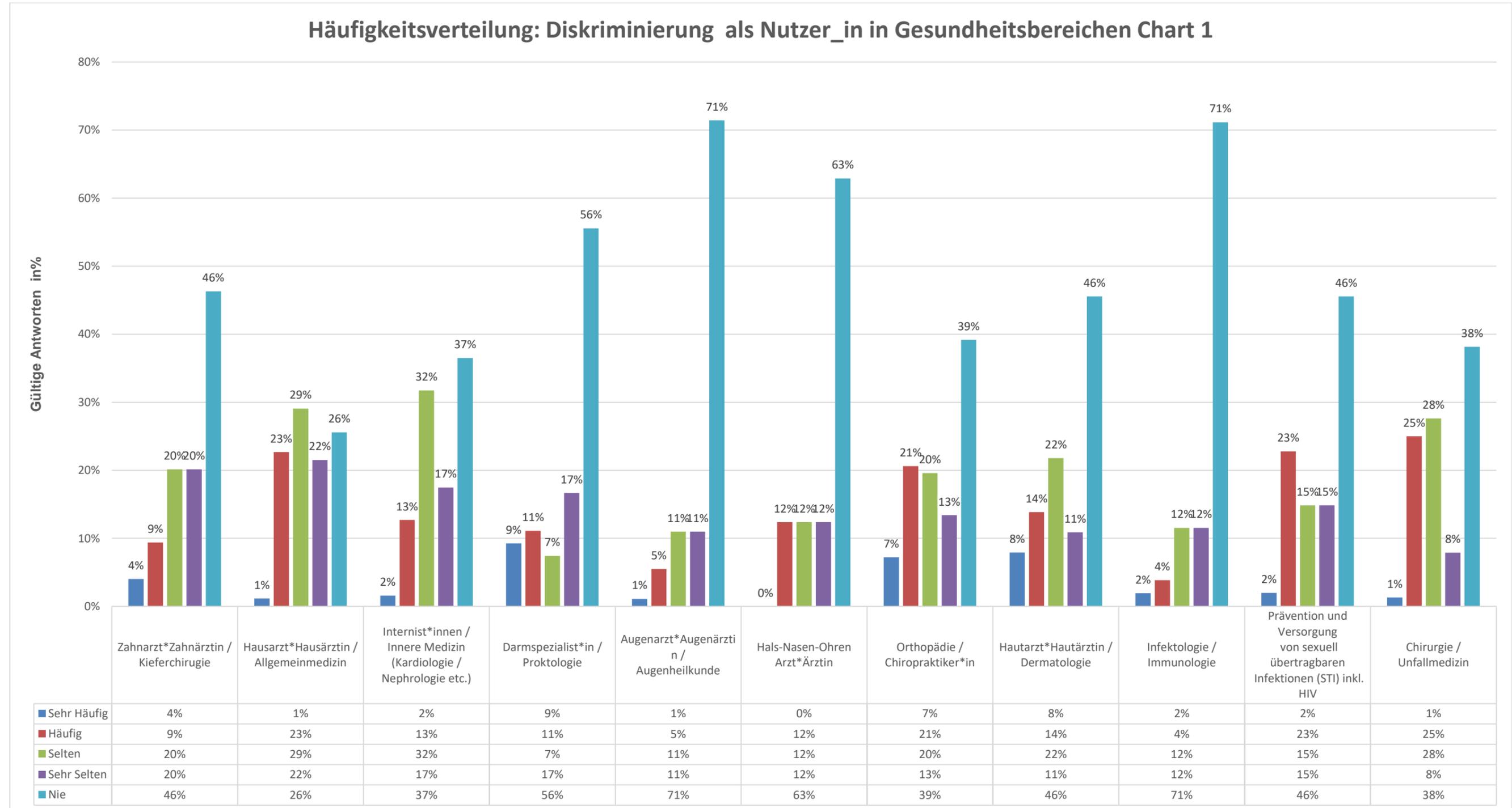


Tabelle 9- "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?"

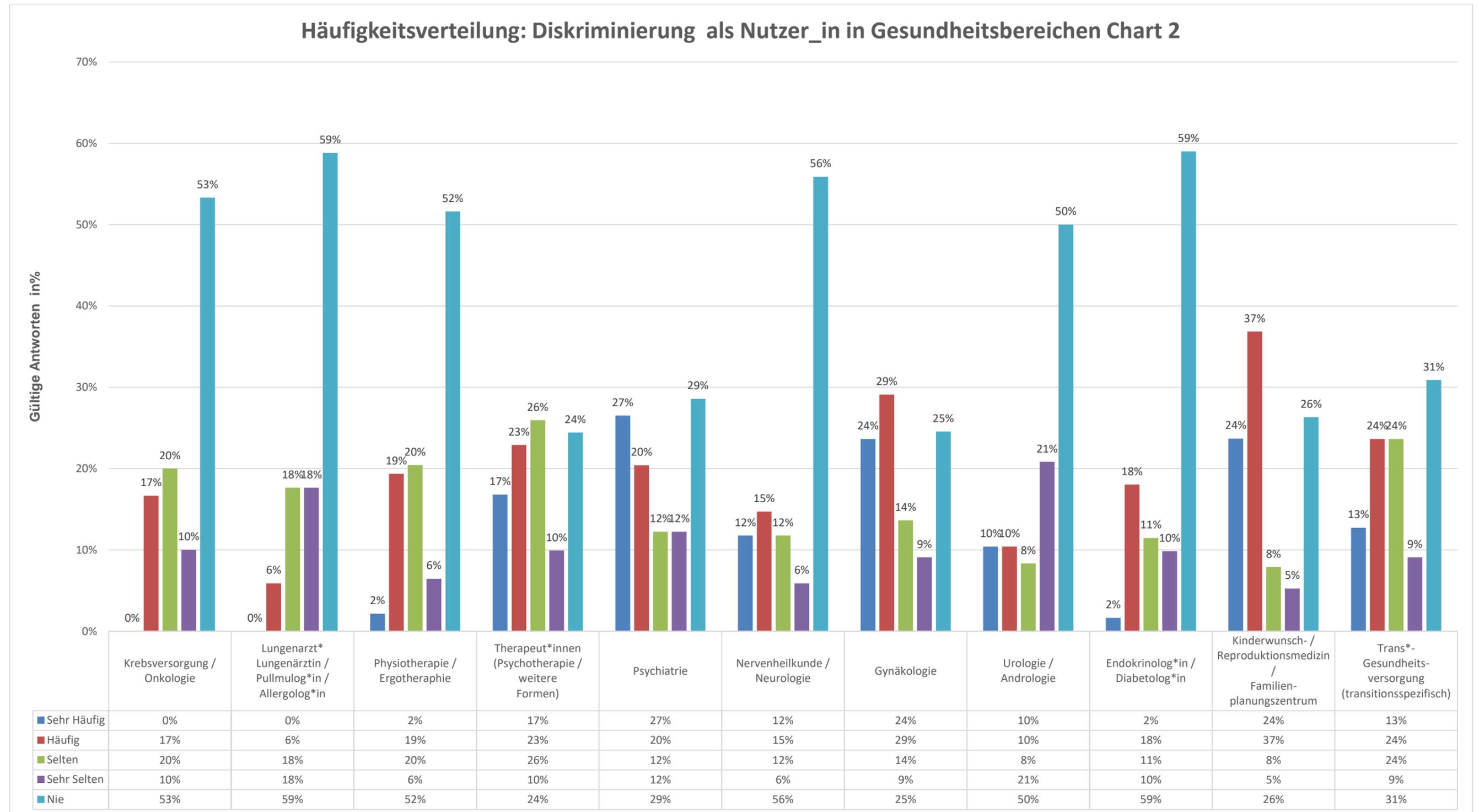


Tabelle 10- "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?"

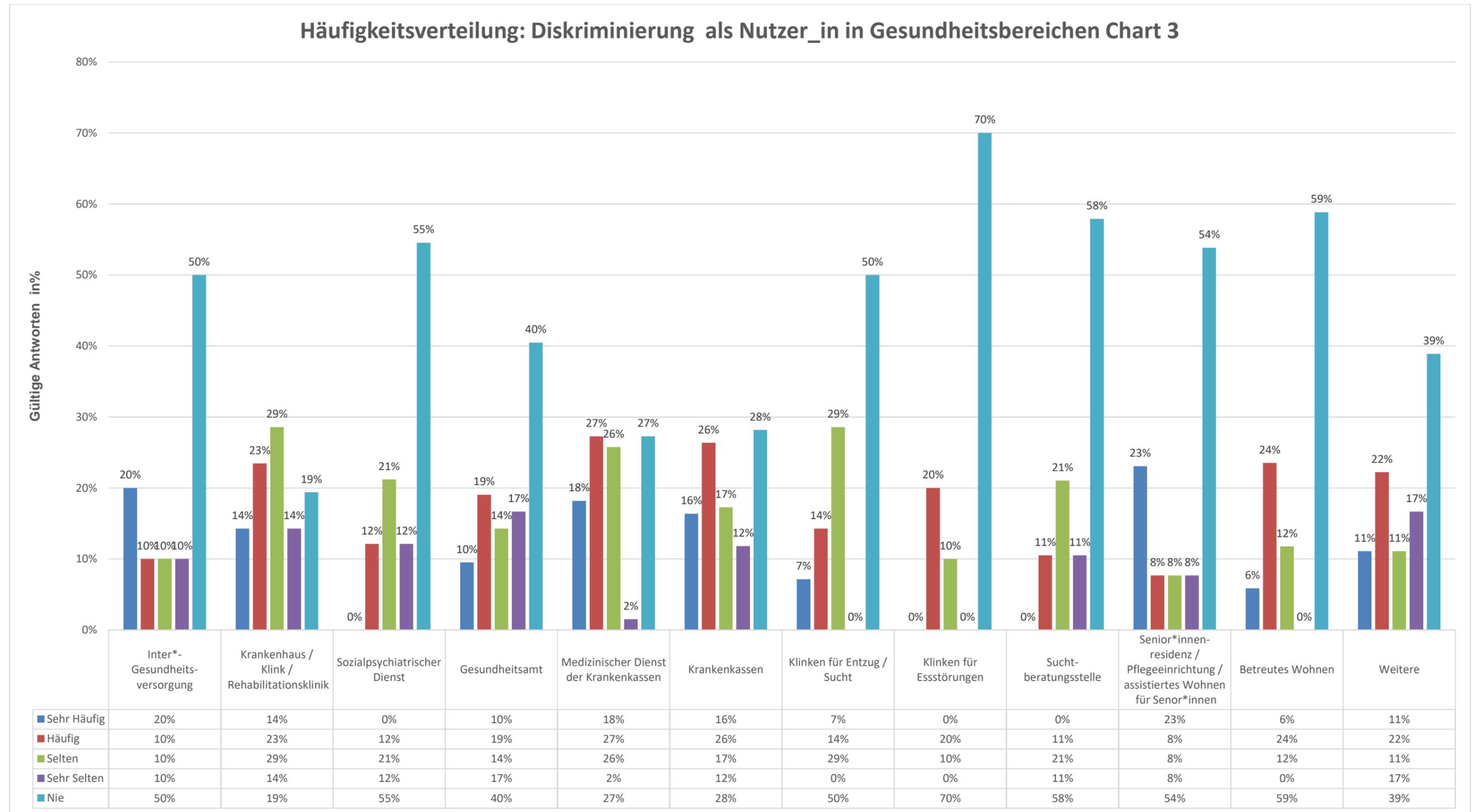


Tabelle 11 – "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?" (Darstellung mit Kategorie "nicht in Anspruch genommen")

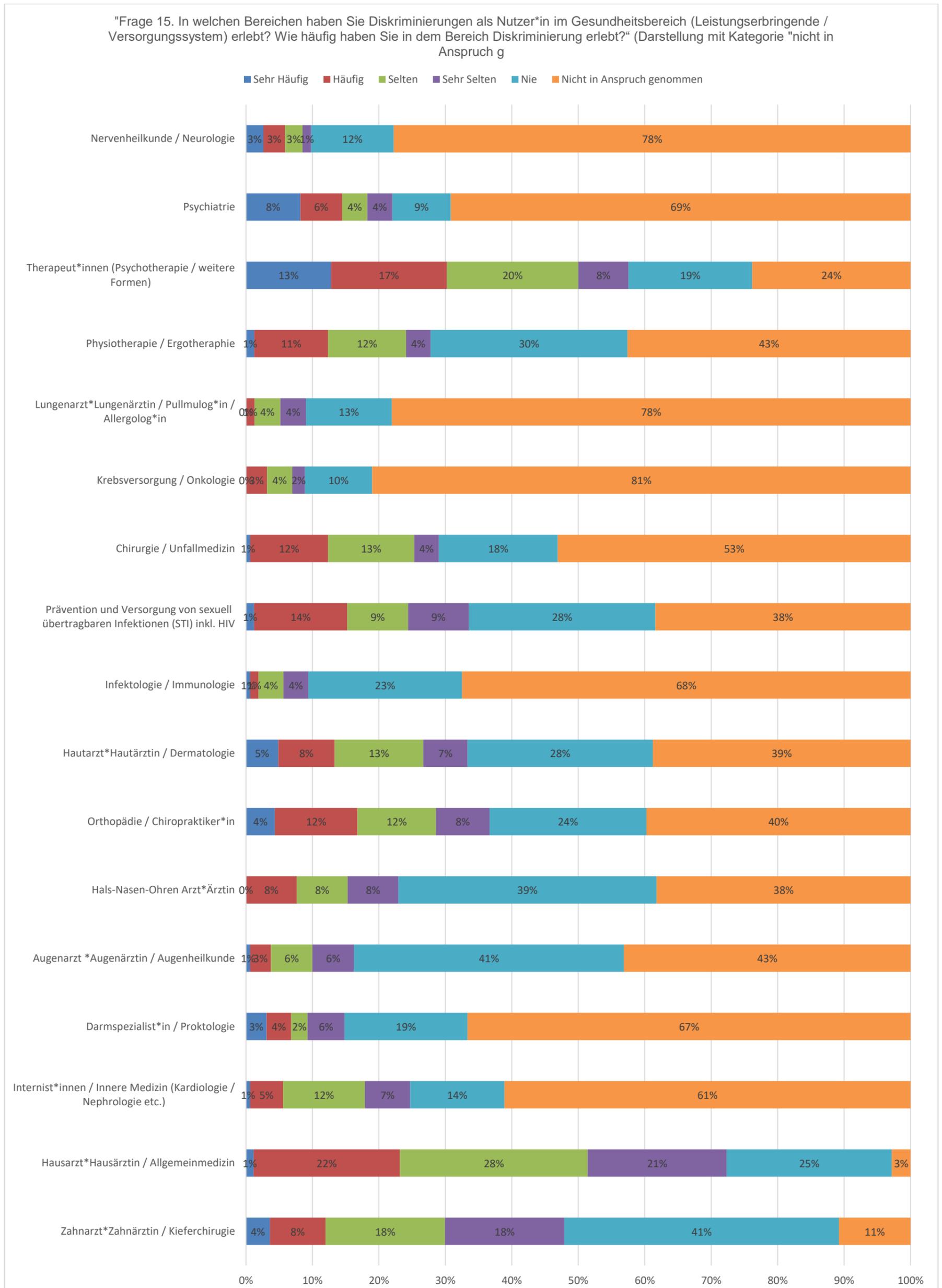


Tabelle 12 – "Frage 15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?" (Darstellung mit Kategorie "nicht in Anspruch genommen")

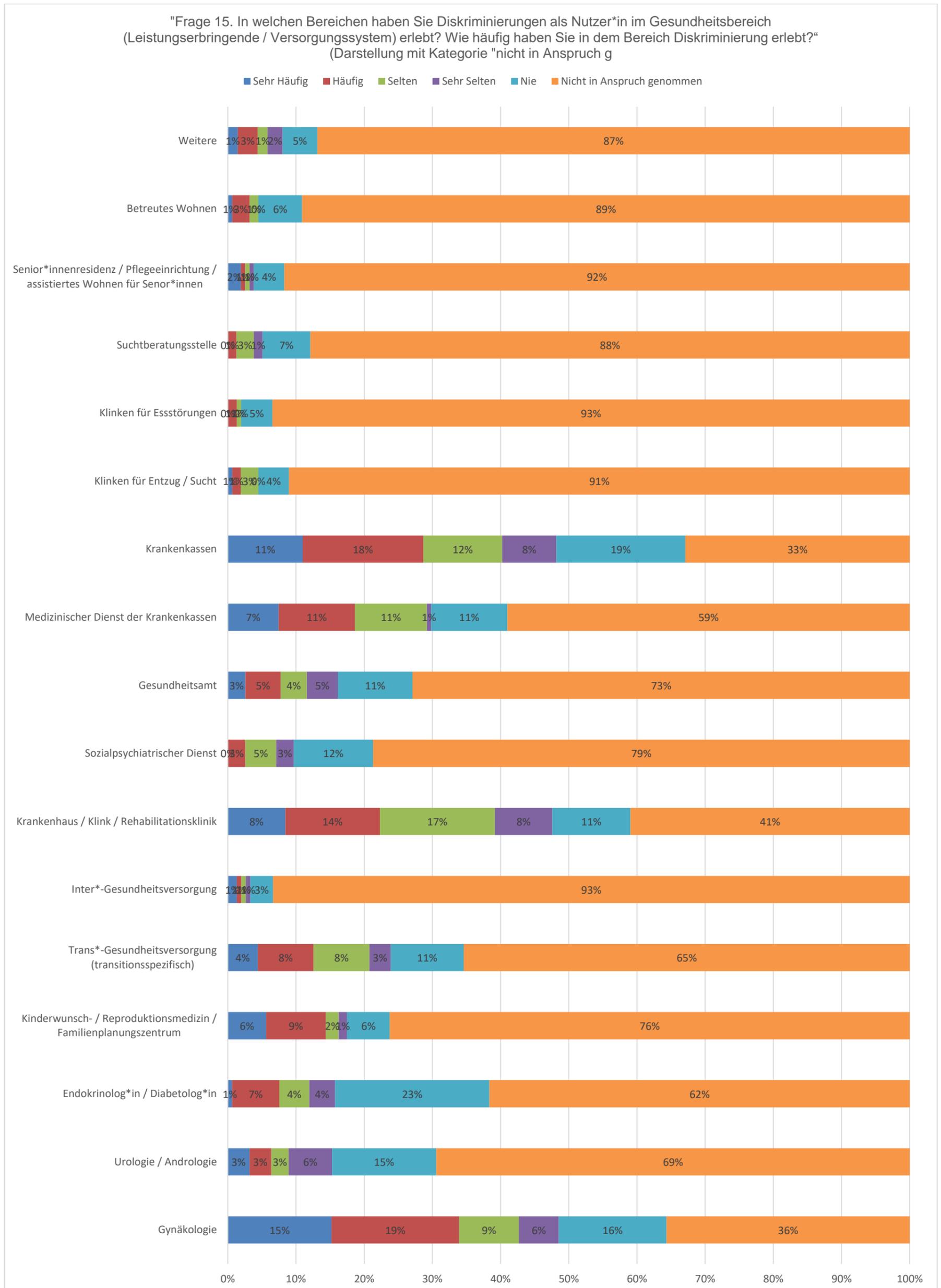


Tabelle 13 – Frage 23. Nehmen Sie Vorsorgeuntersuchungen und / oder Gesundheitschecks in Anspruch?

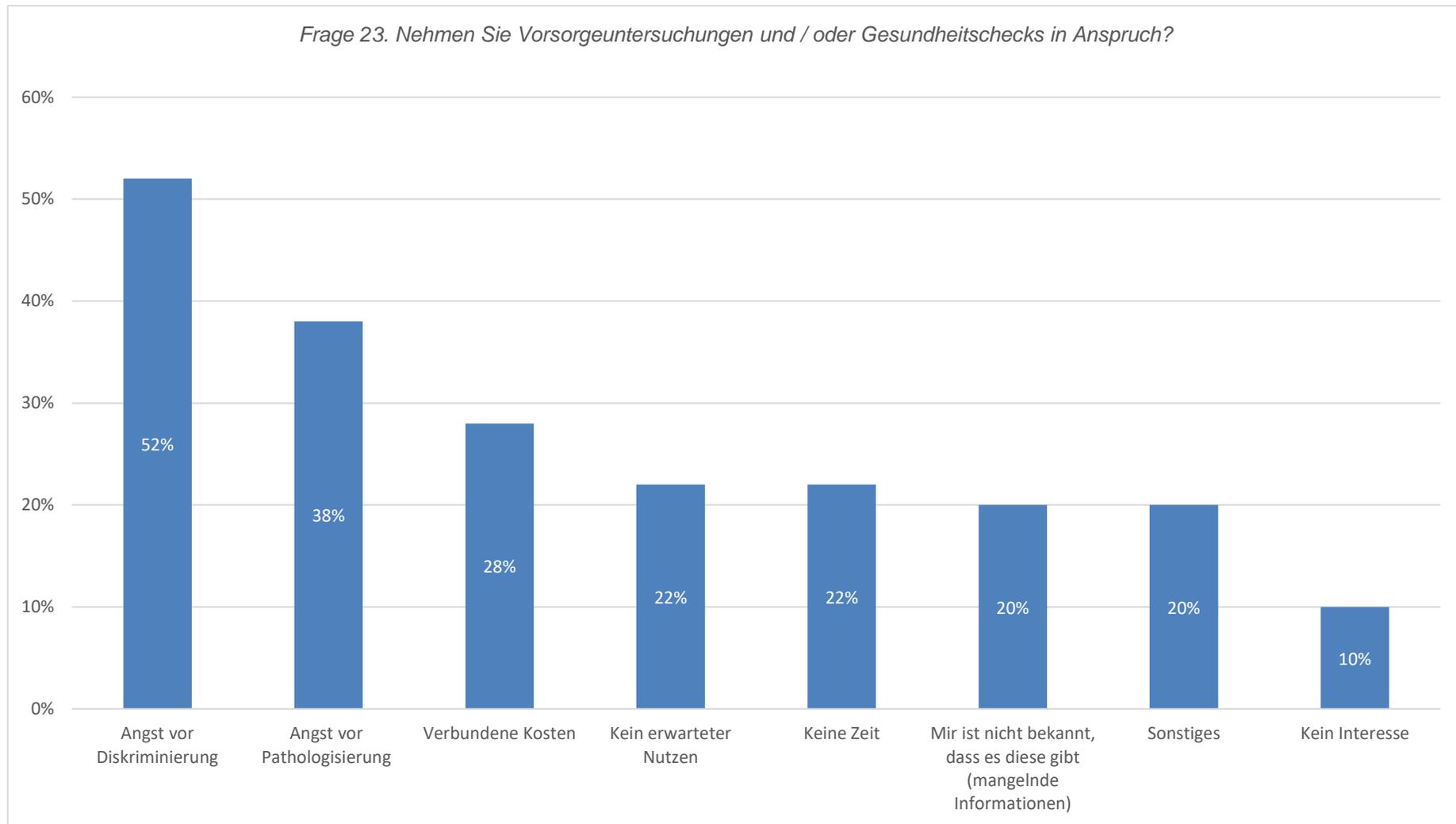


Tabelle 14- Frage 29. An wen haben Sie sich gewendet, wenn Sie Diskriminierungen im Gesundheitsbereich erfahren haben?

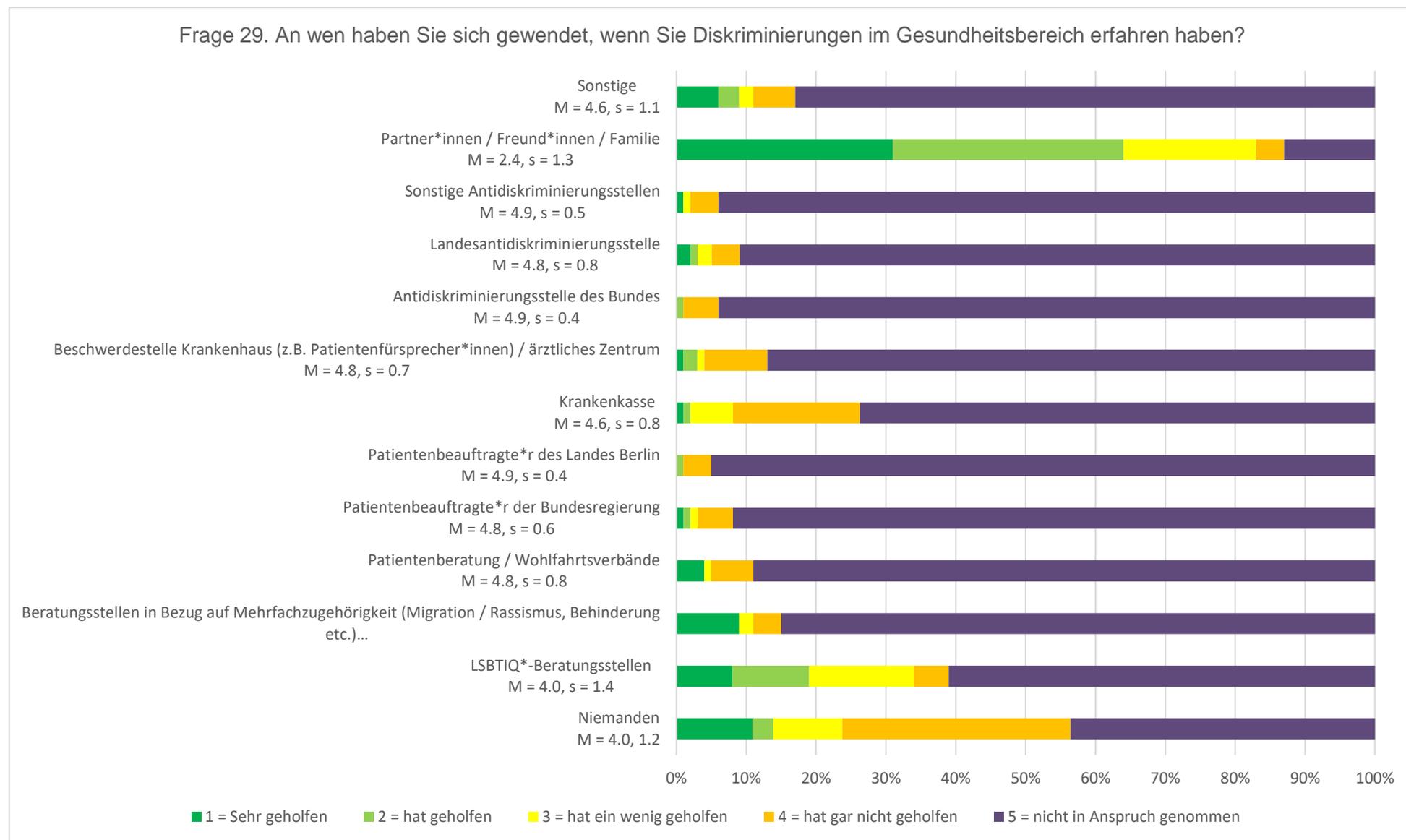
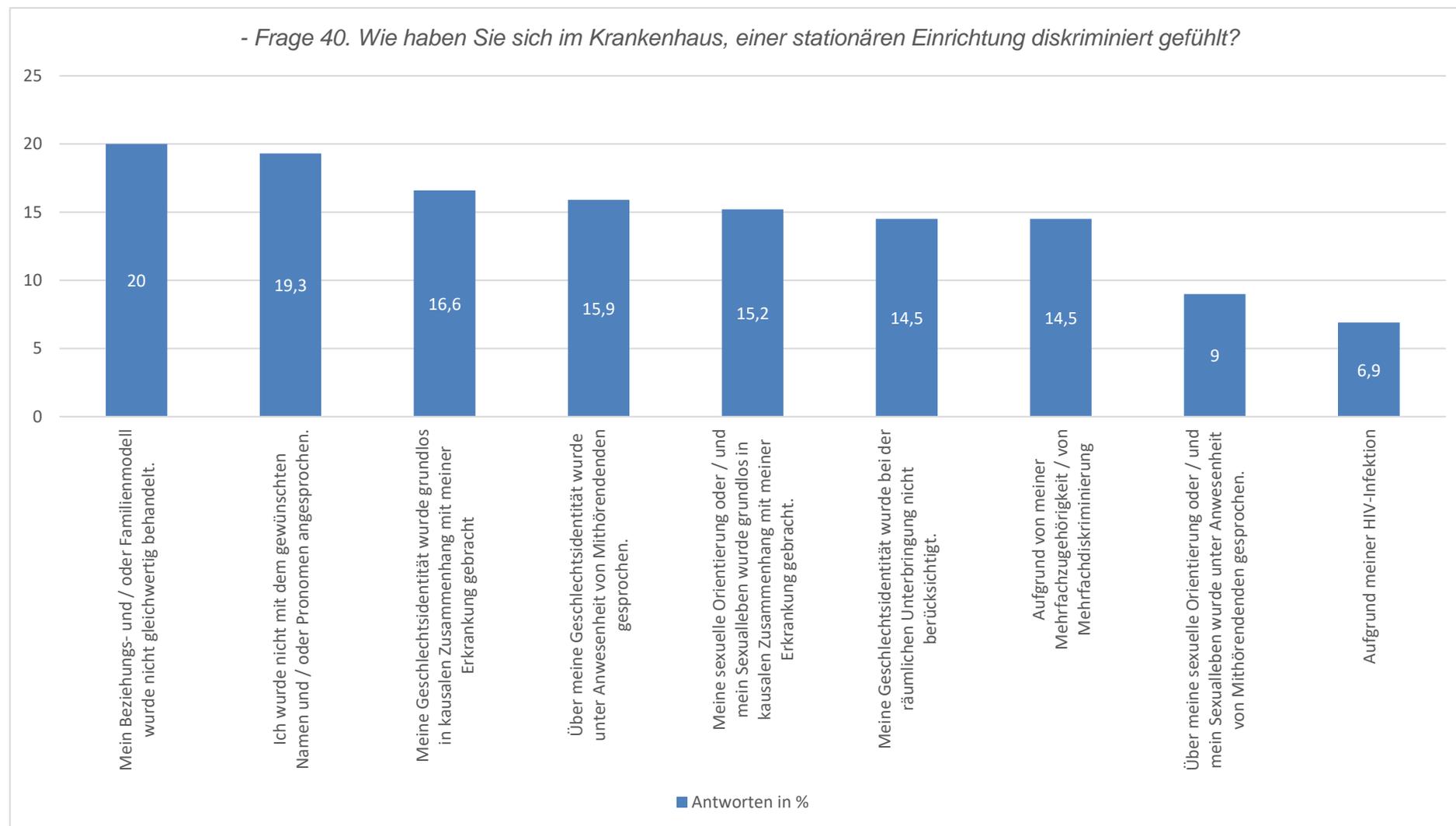


Tabelle 15- Frage 40. Wie haben Sie sich im Krankenhaus, einer stationären Einrichtung diskriminiert gefühlt?



7.5. Fragebogen

Stand: 2018-11-20 16:11:51

Umfrage zur Diskriminierung von LSBTIQ-Menschen im Berliner Gesundheitsbereich

Willkommen zur Umfrage zu Diskriminierung von LSBTIQ-Menschen im Berliner Gesundheitsbereich!

Bitte nehmen Sie an dieser Befragung teil, wenn Sie:

- sich als lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter*, queer und/oder irgendwie nicht-(hetero)-normativ in Bezug auf sexuelle Orientierung und/oder Geschlechtsidentität definieren;
- Gesundheitsversorgung in Berlin in Anspruch genommen haben / in Anspruch nehmen;
- mindestens 16 Jahre alt sind.

Ziel ist der Abbau von Diskriminierung und eine bessere Versorgung von LSBTIQ-Menschen im Berliner Gesundheitsbereich. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, Diskriminierungserfahrungen im Berliner Gesundheitsbereich zu erfassen, zu beheben und zu verhindern.

In dem Fragebogen geht es um Ihre persönlichen Erfahrungen in Bezug auf diskriminierende Erlebnisse im Gesundheitsbereich. Auch wenn wir bewusst versucht haben keine invasiven Fragen zu stellen, ist nicht auszuschließen, dass durch bestimmte Fragen Retraumatisierungen entstehen können. Achten Sie dabei auf sich und setzen Sie den Fragebogen nur fort, wenn Sie sich dazu in der Lage fühlen oder eine unterstützende Person bei sich haben. Falls Sie Unterstützung brauchen, finden Sie eine Liste mit ersten LSBTIQ-Anlaufstellen in Berlin auf [Deutsch, auf Deutsch barrierefrei](#) und auf [Englisch](#).

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 15-20 Minuten dauern. Der Umfragezeitraum ist vom 19.11.2018 – 31.12.2018.

Wer macht diese Studie?

Der Fragebogen wurde entworfen von:

Dr. des. Tamás Jules Fütty,
Dr. Arn Sauer,
in Kooperation mit Tilly Tracy Reinhardt, MA (Schwulenberatung Berlin),
koordiniert vom Antidiskriminierungsprojekt StandUp der Schwulenberatung Berlin.
Wir sind selber LSBT.

Die Auswertung erfolgt durch das Antidiskriminierungsprojekt StandUp der Schwulenberatung Berlin.

Kontakt: t.reinhardt@schwulenberatungberlin.de

Datenschutz

Die Befragung und Auswertung der Daten erfolgt anonym. Die Beantwortung des Fragebogens ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Die Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Fristen vernichtet.

In den Umfrageantworten werden keine persönlichen Informationen über Sie gespeichert. Ihre IP-Adresse wird nicht von uns gespeichert. Wir werden keine Informationen über Sie erheben, die Ihre Identifikation durch Dritte ermöglichen. Es werden daher aufgrund Ihrer Antworten keine Rückschlüsse auf Sie persönlich möglich sein.

Wir berücksichtigen die gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes. Die Umfrage wird über den Anbieter Sociolutions technisch umgesetzt. Um teilzunehmen müssen Sie auch den Datenschutzbestimmungen des Anbieters zustimmen, welche [hier](#) zu finden sind.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz gelesen und bin damit einverstanden.

- Ja
 Nein

A Geschlechtsidentität / sexuelle Orientierung

1. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre sexuelle Orientierung?



(mehrere Antworten möglich)

- Schwul
- Lesbisch
- Bisexuell
- Pansexuell
- Queer
- Heterosexuell
- Nicht heterosexuell
- Asexuell
- MSM (Männer die mit Männern Sex haben)
- Ist hier nicht aufgeführt
- Keine Antwort

2. Wie definieren Sie sich in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität bzw. Ihr Geschlecht?



(mehrere Antworten möglich)

- Ich wurde bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen und identifiziere mich damit (Cis-Frau).
- Ich wurde bei Geburt dem männlichen Geschlecht zugewiesen und identifiziere mich damit (Cis-Mann).
- Trans*
- Transgender / transgeschlechtlich / transident
- Transsexuell
- Trans* Frau
- Trans* Mann
- Frau (mit transsexueller Vergangenheit / mit Transitionsgeschichte)
- Mann (mit transsexueller Vergangenheit / mit Transitionsgeschichte)
- Nicht-binär / Gender-queer / genderfluid
- Agender / nicht-geschlechtlich / neutrois
- Inter*
- Intergeschlechtlich / zwischengeschlechtlich / Zwitter / Hermaphrodit
- Intersexuell
- Ist hier nicht aufgeführt
- Keine Antwort

B Gesundheitszustand

3. Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen physischen (körperlichen) Gesundheitszustand?



- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr Schlecht
- keine Antwort

4. Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen psychischen (geistigen, mentalen) Gesundheitszustand?



- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr Schlecht
- keine Antwort

5. Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand insgesamt?



- Sehr Gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr Schlecht
- keine Antwort

6. Sind Sie krankenversichert?



- Nein
- Ja, Gesetzlich krankenversichert.
- Ja, Privat krankenversichert.

C Ihre Erfahrungen im Gesundheitssystem

7. Haben Sie schon mal eine Gesundheitsversorgung (z.B. Arztbesuche, Zahnmedizin, Notfallmedizin, gesundheitsbezogene Beratungsleistungen auch bei Beratungsstellen etc.) in Berlin in Anspruch genommen? 

- Ja
- Nein

8. Wie häufig haben Sie Leistungen der Gesundheitsversorgung in Berlin im letzten Jahr in Anspruch genommen ? 

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl.

- 1-10
- 10-20
- 20-30
- 40-50
- 50+

9. Was hat Sie schon mal davon abgehalten eine Gesundheitsversorgung in Berlin in Anspruch zu nehmen? 

(Mehrere Antworten möglich)

- Mangelnde Information
- Angst vor Diskriminierung oder Stigmatisierung
- Angst vor Pathologisierung (Angst, dass meine Geschlechtsidentität und / oder sexuelle Orientierung als krankhaft, nicht normal oder „anders“ angesehen wird oder zwangtherapiert wird.)
- Sprachliche Barrieren
- Räumliche / physische Barrieren
- Ökonomische Barrieren / zu teuer
- Kein Interesse
- Keine Krankenversicherung
- Negative / diskriminierende Erfahrungen von Partner*innen, Freund*innen, Angehörigen
- Weitere
- Keine Antwort

10. Wie oft haben Sie es aus Angst vor Diskriminierung im letzten Jahr vermieden eine Gesundheitsversorgung in Berlin in Anspruch zu nehmen? 

D Diskriminierungen im Gesundheitssystem in Berlin

11. Haben Sie schon mal Diskriminierung im Gesundheitsbereich erlebt? 

- Ja
- Nein

11.1 Welche Form(en) von Diskriminierung haben Sie erlebt?



(Mehrere Antworten möglich)

- Ich bin nicht behandelt worden / mir wurde eine Leistung verweigert.
- Ich wurde falsch behandelt / ich wurde unerwünscht behandelt.
- Ich wurde zwangsbehandelt.
- Ich wurde nicht ernst genommen / ich wurde belächelt.
- Ich habe physische Gewalt erfahren / körperliche Übergriffe erlebt.
- Ich habe sexualisierte Gewalt erfahren / sexuelle Belästigung erlebt.
- Ich habe psychische Gewalt erfahren/ ich wurde erniedrigt / ich wurde gedemütigt / beleidigt / herablassend behandelt.
- Meine Lebenssituation wurde nicht berücksichtigt.
- Ich wurde nicht kompetent in Bezug auf meine sexuelle Orientierung beraten / behandelt.
- Ich wurde nicht kompetent in Bezug auf meine Geschlechtsidentität beraten / behandelt.
- Ich wurde falsch angesprochen.
- Ich wurde aufgrund meiner sexuellen Orientierung pathologisiert.
- Ich wurde aufgrund meiner Geschlechtsidentität pathologisiert.
- Es gab kaum Wissen / falsches Wissen zu meiner Geschlechtsidentität.
- Es gab kaum Wissen / falsches Wissen zu meiner sexuellen Orientierung.
- Anderes
- Keine Antwort

12. Wie häufig haben Sie Diskriminierung im Gesundheitsbereich in Berlin im letzten Jahr erlebt ?



(schätzen Sie die ungefähre Anzahl)

13. Beziehen sich die erfahrenen Diskriminierungen im Gesundheitsbereich hauptsächlich auf Ihre ...



- Sexuelle Orientierung
- Geschlechtsidentität
- Beides
- Weiteres

14. Gibt es weitere Faktoren, die bei diesen Diskriminierungserfahrungen eine Rolle gespielt haben (Mehrfachdiskriminierung / mehrfache Merkmalszugehörigkeit / stigmatisierte Bereiche)? 

(Mehrere Antworten möglich)

- Geschlecht / Sexismus
- Geschlechtsausdruck (Kleidung / Haare / Verhalten etc.)
- Sexualität (Sexualpraktiken / Asexualität / Chemsex / BDSM etc.)
- Beziehungsmodell (poly / Beziehungen über Paarbeziehung hinaus)
- Alleinerziehend
- Behinderungen und / oder chronischen Erkrankungen
- Chronische psychische Erkrankung, z.B. Depression.
- HIV-positiver Status
- Religion / religiöse (Nicht-)Zugehörigkeit
- Ich gehöre der islamischen Religion an.
- Ich gehöre der jüdischen Religion an.
- Ich gehöre keiner Glaubensrichtung an.
- Ich gehören einer anderen nicht-christlichen Religion an
- Person of Color / Rassismus / ethnische Herkunft / Hautfarbe
- Unsicherer Aufenthaltsstatus
- Soziale Schicht / Klasse / Bildung / Armut
- Lebensalter
- Sprachbarrieren
- Sexarbeit
- Substanzgebrauch / Drogenkonsum (inkl. Alkohol)
- Ich bin Raucher*in.
- Ich konsumiere Alkohol in gesundheitlich bedenklichem Ausmaß.
- Magersucht
- Adiposität
- Ich bin von anderen Formen der Normierung und Diskriminierung betroffen.
- Andere
- Keine
- Keine Antwort

15. In welchen Bereichen haben Sie Diskriminierungen als Nutzer*in im Gesundheitsbereich (Leistungserbringende / Versorgungssystem) erlebt? Wie häufig haben Sie in dem Bereich Diskriminierung erlebt?



(Mehrere Antworten möglich)

	Sehr häufig	Häufig	Selten	Sehr selten	Nie	Nicht in Anspruch genommen	Keine Antwort
Zahnarzt*Zahnärztin / Kieferchirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Hausarzt*Hausärztin / Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Internist*innen / Innere Medizin (Kardiologie / Nephrologie etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Darmspezialist*in / Proktologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Augenarzt *Augenärztin / Augenheilkunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Hals-Nasen-Ohren Arzt*Ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Orthopädie / Chiropraktiker*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Hautarzt*Hautärztin / Dermatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Infektologie / Immunologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Prävention und Versorgung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) inkl. HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Chirurgie / Unfallmedizin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Krebsversorgung / Onkologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Lungenarzt*Lungenärztin / Pullmolog*in / Allergolog*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Physiotherapie / Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Therapeut*innen (Psychotherapie / weitere Formen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Nervenheilkunde / Neurologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	Sehr häufig	Häufig	Selten	Sehr selten	Nie	Nicht in Anspruch genommen	Keine Antwort
Gynäkologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Urologie / Andrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Endokrinolog*in / Diabetolog*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Kinderwunsch- / Reproduktionsmedizin / Familienplanungszentrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Trans*-Gesundheitsversorgung (transitionspezifisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Inter*-Gesundheitsversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Krankenhaus / Klinik / Rehabilitationsklinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Gesundheitsamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Krankenkassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Klinken für Entzug / Sucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Klinken für Essstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Suchtberatungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Senior*innenresidenz / Pflegeeinrichtung / assistiertes Wohnen für Senior*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Betreutes Wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Weitere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

16. Wurde Ihnen aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung eine medizinische Behandlung verweigert?



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

17. Wurde Ihnen aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung eine medizinische Behandlung aufgezwungen / wurden Sie deshalb zwangsbehandelt?



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

18. Wurde Ihnen aufgrund Ihrer Geschlechtsidentität (Körperlichkeit / Geschlechtsausdruck) eine medizinische Behandlung verweigert?



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

19. Wurde Ihnen aufgrund Ihrer Geschlechtsidentität (Körperlichkeit / Geschlechtsausdruck) eine medizinische Behandlung aufgezwungen / wurden Sie deshalb zwangsbehandelt?



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

20. Haben Sie zweigeschlechtlichen Normierungsdruck (Annahme heterosexuell zu sein, Geschlechterstereotype etc.) im Gesundheitsbereich erfahren?



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

21. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Ihre Geschlechtsidentität und / oder Ihr Körper pathologisiert / als krankhaft angesehen wurde?



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

22. In welchen Bereichen wurden Sie pathologisiert bzw. wurde Ihre Identität als krankhaft angesehen (bitte kreuzen Sie an, was hauptsächlich auf Sie zutraf)?



(Mehrere Antworten möglich)

	Ich wurde aufgrund meiner Geschlechtsidentität (Körperlichkeit / Geschlechtsausdruck) pathologisiert.	Ich wurde aufgrund meiner sexuellen Orientierung pathologisiert.	Ich wurde aufgrund weiterer (Mehrfach-)Zugehörigkeiten pathologisiert	Keine Antwort
Zahnarzt*Zahnärztin / Kieferchirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausarzt*Hausärztin / Allgemeinmedizin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internist*Innen / Innere Medizin (Kardiologie / Nephrologie etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmspezialist*in / Proktologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenarzt *Augenärztin / Augenheilkunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hals-Nasen-Ohren Arzt*Ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopädie / Chiropraktiker*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautarzt*Hautärztin / Dermatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektologie / Immunologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prävention und Versorgung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) inkl. HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie / Unfallmedizin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebsversorgung / Onkologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenarzt*Lungenärztin / Pulmolog*in / Allergolog*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapie / Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Therapeut*Innen (Psychotherapie / weitere Formen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervenheilkunde / Neurologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynäkologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urologie / Andrologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokrinolog*in / Diabetolog*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderwunsch- / Reproduktionsmedizin / Familienplanungszentrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trans*-Gesundheitsversorgung (transitionsspezifisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inter*-Gesundheitsversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhaus / Klinik / Rehabilitationsklinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitsamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenkassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinken für Entzug / Sucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinken für Essstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchtberatungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senior*Innenresidenz / Pflegeeinrichtung / assistiertes Wohnen für Senior*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betreutes Wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E Gesundheitsvorsorge / Prävention

23. Nehmen Sie Vorsorgeuntersuchungen und / oder Gesundheitschecks in Anspruch?



- Ja
- Nein

Nehmen Sie Vorsorgeuntersuchungen und / oder Gesundheitschecks in Anspruch?



23.1. Wenn ja:

- Regelmäßig
- Unregelmäßig
- Keine Antwort

23. Nehmen Sie Vorsorgeuntersuchungen und / oder Gesundheitschecks in Anspruch?



23.2. Wenn nein, warum nicht? (Mehrere Antworten möglich)

- Mir ist nicht bekannt, dass es diese gibt (mangelnde Information)
- Angst vor Diskriminierungen
- Angst vor Pathologisierung (Angst, dass meine Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung als krankhaft angesehen wird)
- Kein Interesse
- Kein erwarteter Nutzen
- Verbundene Kosten
- Keine Zeit
- Sonstiges
- Keine Antwort

24. Ich fühle mich generell im Gesundheitsbereich und auf zwischenmenschlicher Ebene (bei der Anmeldung, im Wartezimmer, bei Untersuchungen etc.) respektvoll und diskriminierungsfrei behandelt.



- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie
- Keine Antwort

F Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

25. Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung und dem LSBTIQ-kompetenten Umgang im Hinblick auf Ihre sexuelle Orientierung? 

- Sehr Zufrieden
- Zufrieden
- Teils / teils
- Unzufrieden
- Äußerst unzufrieden
- Keine Antwort

26. Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung und dem LSBTIQ-kompetenten Umgang im Hinblick auf Ihre Geschlechtsidentität? 

- Sehr Zufrieden
- Zufrieden
- Teils / teils
- Unzufrieden
- Äußerst unzufrieden
- Keine Antwort

27. Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung und dem LSBTIQ-kompetenten Umgang im Hinblick auf Ihre Mehrfachzugehörigkeit? 

- Sehr Zufrieden
- Zufrieden
- Teils / teils
- Unzufrieden
- Äußerst unzufrieden
- Keine Antwort

G Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz

28. Ich bin informiert über das Gesundheitssystem / Gesundheitsangebote / ärztliche Leistungen und kann mich um meine Gesundheit gut kümmern.

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie
- Keine Antwort

H Wahrnehmen von Beratungsangeboten

29. An wen haben Sie sich gewendet, wenn Sie Diskriminierungen im Gesundheitsbereich erfahren haben? Wie sehr hat Ihnen das geholfen?

(Mehrere Antworten möglich)

	Sehr gehoffen	hat gehoffen	hat ein wenig gehoffen	hat gar nicht gehoffen	nicht in Anspruch genommen	Keine Antwort
Niemanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSBTIQ-Beratungsstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstellen in Bezug auf Mehrfachzugehörigkeit (Migration / Rassismus, Behinderung etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientenberatung / Wohlfahrtsverbände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientenbeauftragte*r der Bundesregierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientenbeauftragte*r des Landes Berlin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenkasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerdestelle Krankenhaus (z.B. Patientenfürsprecher*innen) / ärztliches Zentrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidiskriminierungsstelle des Bundes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Landesantidiskriminierungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Antidiskriminierungsstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partner*innen / Freund*innen / Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I Kinderwunsch / Elternschaft

30. Ich wurde bei Kinderwunsch, Reproduktionstechnologie und Elternschaft im Gesundheitsbereich diskriminiert:

- Ja, in Bezug auf meine sexuelle Orientierung.
- Ja, in Bezug auf meine Geschlechtsidentität.
- Nein
- Keine Antwort

J Inter*-Gesundheitsversorgung (für alle inter*, intergeschlechtlichen, intersexuellen etc. Menschen)

31. An mir wurden geschlechtsverändernde (auch geschlechtsangleichende oder –zuweisende) medizinische Eingriffe unternommen.

- Ja
- Nein
- Keine Antwort

An mir wurden geschlechtsverändernde (auch geschlechtsangleichende oder –zuweisende) medizinische Eingriffe unternommen.

31.1 Wenn ja (mehrere Antworten möglich):

- Im Einwilligungsfähigen Alter ohne meine Zustimmung
- Im Einwilligungsfähigen Alter mit meiner Zustimmung
- Nicht im einwilligungsfähigen Alter (ohne meine Zustimmung)
- Keine Antwort

32. Wenn an Ihnen körperliche Eingriffe ohne Ihre Zustimmung vorgenommen wurden, fühlen Sie sich dadurch dauerhaft in Ihrem Leben beeinträchtigt / diskriminiert?

- Ja
- Nein
- Keine Antwort

Wenn an Ihnen körperliche Eingriffe ohne Ihre Zustimmung vorgenommen wurden, fühlen Sie sich dadurch dauerhaft in Ihrem Leben beeinträchtigt / diskriminiert? 

32.1 Wenn ja:

- Sehr
- Mittel
- Wenig
- Keine Antwort

33. Leiden Sie dauerhaft an den psychischen und / oder körperlichen Folgen dieser Eingriffen? 

- Ja
- Nein
- Keine Antwort

34. Ich werde generell im Gesundheitsbereich (bei der Anmeldung, im Wartezimmer, bei Untersuchungen etc.) mit meinem selbstgewählten Namen und Pronomen angesprochen. 

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie
- Keine Antwort

35. Ich bin mit der Gesundheitsversorgung für inter* Menschen: 

- sehr Zufrieden.
- zufrieden.
- teils / teils zufrieden.
- unzufrieden.
- äußerst unzufrieden.
- Keine Antwort

K Trans*-Gesundheitsversorgung (für trans*, transgeschlechtliche, transsexuelle, transidente etc. Menschen)

36. Ich werde generell im Gesundheitsbereich (bei der Anmeldung, im Wartezimmer, bei Untersuchungen etc.) mit meinem selbstgewählten Namen und Pronomen angesprochen. 

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie
- Keine Antwort

37. Ich nehme transitionsspezifische Gesundheitsleistungen in Anspruch bzw. habe diese in der Vergangenheit in Anspruch genommen. 

- Ja
- Nein
- Keine Antwort

38. Die Kosten für transitionsnotwendige Operationen (inkl. Korrekturen) wurden von der Krankenkasse übernommen. 

- Immer
- Meistens
- Manchmal
- Nie
- Keine Antwort

39. Ich bin mit der transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung: 

- Sehr Zufrieden
- Zufrieden
- Teils / teils
- Unzufrieden
- Äußerst unzufrieden
- Keine Antwort

L Krankenhaus / stationäre Einrichtungen

40. Wie haben Sie sich im Krankenhaus, einer stationären Einrichtung diskriminiert gefühlt?

(Mehrere Antworten möglich)

- Aufgrund meiner HIV-Infektion
- Mein Beziehungs- und / oder Familienmodell wurde nicht gleichwertig behandelt.
- Über meine sexuelle Orientierung oder / und mein Sexualleben wurde unter Anwesenheit von Mithörenden gesprochen.
- Über meine Geschlechtsidentität wurde unter Anwesenheit von Mithörenden gesprochen.
- Meine sexuelle Orientierung oder / und mein Sexualleben wurde grundlos in kausalen Zusammenhang mit meiner Erkrankung gebracht.
- Meine Geschlechtsidentität wurde grundlos in kausalen Zusammenhang mit meiner Erkrankung gebracht.
- Ich wurde nicht mit dem gewünschten Namen und / oder Pronomen angesprochen.
- Meine Geschlechtsidentität wurde bei der räumlichen Unterbringung nicht berücksichtigt.
- Aufgrund von meiner Mehrfachzugehörigkeit / von Mehrfachdiskriminierung
- Keine Antwort

M Sozial-demographischer Hintergrund

41. Wie alt sind Sie?

44

42. Welchen höchsten Schulabschluss besitzen Sie?

- Keinen Schulabschluss
- Keinen in Deutschland anerkannten Schulabschluss
- Förderschulabschluss
- Hauptschulabschluss / erweiterter Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur / Fachhochschulreife
- Einen Anderen
- Keine Antwort

43. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

- Ja
- Nein
- Keine Antwort

44. Haben Sie ein abgeschlossenes Studium?



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

45. In welcher Erwerbssituation befinden Sie sich aktuell (bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie jetzt zutrifft)?



(Mehrere Antworten möglich)

- Vollzeitbeschäftigt
- Teilzeitbeschäftigt
- Geringfügig erwerbstätig / beschäftigt (Minijobber*in)
- Selbstständig
- Ein-Euro-Jobber*in
- Gelegentlich / unregelmäßig beschäftigt
- Praktikant*in / Soziales Jahr / andere Freiwilligendienste
- In Ausbildung / in der Lehre
- Schüler*in
- Studierend
- Rentner*in / in Pension
- Irregulär Beschäftigt (Ich habe kein offizielles Beschäftigungsverhältnis, bekomme aber Geld für Tätigkeiten.)
- Unbefristet angestellt
- Befristet angestellt
- Leiharbeiter*in / Zeitarbeitsbeschäftigte*r
- Verbeamtet
- Ich leiste unbezahlte Sorge-Arbeit (Kinder, Pflege von Angehörigen etc.)
- Ich befinde mich in Elternzeit / im Mutterschutz
- Ich beziehe ALG I
- Ich beziehe ALG II (Hartz 4)
- Ich beziehe Sozialhilfe
- Keine Antwort

46. Wie hoch ist Ihr monatliches Einkommen (Netto-Einkommen abzüglich Steuern und Sozialabgaben, falls diese anfallen)? 

- Unter 500 Euro
- 500-750 Euro
- 750-1.000 Euro
- 1.000-1.500 Euro
- 1.500-2.000 Euro
- 2.000-3.000 Euro
- 3.000-4.000 Euro
- 4.000-5.000 Euro
- Über 5.000 Euro
- Keine Antwort

47. Mehrfachzugehörigkeiten / Mehrfachdiskriminierung / weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Substanzgebrauch und Körpernormen etc.) (bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft)? 

(Mehrere Antworten möglich)

- Geschlecht / Sexismus
- Geschlechtsausdruck (Kleidung / Haare / Verhalten etc.)
- Sexualität (Sexualpraktiken / Asexualität / Chemsex / BDSM etc.)
- Beziehungsmodell (poly / Beziehungen über Paarbeziehung hinaus)
- Alleinerziehend
- Behinderungen und / oder chronischen Erkrankungen
- Chronische psychische Erkrankung, z.B. Depression.
- HIV-positiver Status
- Religion / religiöse (Nicht-)Zugehörigkeit
- Ich gehöre der islamischen Religion an.
- Ich gehöre der jüdischen Religion an.
- Ich gehöre keiner Glaubensrichtung an.
- Ich gehören einer anderen nicht-christlichen Religion an
- Person of Color / Rassismus / ethnische Herkunft / Hautfarbe
- Unsicherer Aufenthaltsstatus
-

- Soziale Schicht / Klasse / Bildung / Armut
- Lebensalter
- Sprachbarrieren
- Sexarbeit
- Substanzgebrauch / Drogenkonsum (inkl. Alkohol)
- Ich bin Raucher*in.
- Ich konsumiere Alkohol in gesundheitlich bedenklichem Ausmaß.
- Magersucht
- Adiposität
- Ich bin von anderen Formen der Normierung und Diskriminierung betroffen.
- Andere
- Keine
- Keine Antwort

48. Familienstand:



- Ich bin ledig.
- Ich lebe in einer gleichgeschlechtlichen eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. in einer Ehe.
- Ich lebe in einem Beziehungsmodell, das nicht staatlich eintragungsfähig ist.
- Ich bin verwitwet.
- Ich bin geschieden / die Lebenspartnerschaft ist aufgelöst.
- Keine Antwort

49. Ich habe Kinder.



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

49. Ich habe Kinder.



49.1 Wenn ja:

- Ich bin alleinerziehend.
- Ich erziehe die Kinder in einer Paarkonstellation (hetero).
- Ich erziehe die Kinder in einer Paarkonstellation (homo/ queer / Regenbogenfamilie).
- Ich erziehe die Kinder in einer Patchwork-Familie.
- Ich habe Kinder, die nicht bei mir leben.
- Keine Antwort

- Soziale Schicht / Klasse / Bildung / Armut
- Lebensalter
- Sprachbarrieren
- Sexarbeit
- Substanzgebrauch / Drogenkonsum (inkl. Alkohol)
- Ich bin Raucher*in.
- Ich konsumiere Alkohol in gesundheitlich bedenklichem Ausmaß.
- Magersucht
- Adiposität
- Ich bin von anderen Formen der Normierung und Diskriminierung betroffen.
- Andere
- Keine
- Keine Antwort

48. Familienstand:



- Ich bin ledig.
- Ich lebe in einer gleichgeschlechtlichen eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. in einer Ehe.
- Ich lebe in einem Beziehungsmodell, das nicht staatlich eintragungsfähig ist.
- Ich bin verwitwet.
- Ich bin geschieden / die Lebenspartnerschaft ist aufgelöst.
- Keine Antwort

49. Ich habe Kinder.



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

49. Ich habe Kinder.



49.1 Wenn ja:

- Ich bin alleinerziehend.
- Ich erziehe die Kinder in einer Paarkonstellatation (hetero).
- Ich erziehe die Kinder in einer Paarkonstellatation (homo/ queer / Regenbogenfamilie).
- Ich erziehe die Kinder in einer Patchwork-Familie.
- Ich habe Kinder, die nicht bei mir leben.
- Keine Antwort

50. Ich habe die deutsche Staatsbürgerschaft.



- Ja
- Nein
- Keine Antwort

50.1 Wenn nein, welche Staatsbürgerschaft:



- Ich habe die Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedsstaates (inkl. Großbritannien).
- Ich habe eine Staatsbürgerschaft des restlichen „globalen Nordens“ (Island, Schweiz, Norwegen, Lichtenstein, USA, Kanada, Australien, Neuseeland etc.).
- Ich habe eine Süd- / Osteuropäische Staatsbürgerschaft (nicht EU)..
- Ich habe eine andere Staatsbürgerschaft des sogenannten („globaler Süden“).
- Ich habe eine dauerhafte oder temporäre Aufenthaltserlaubnis.
- Ich habe eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung).
- Ich bin geflüchtet und anerkannte*r Asylbewerber*in in Deutschland.
- Ich bin geflüchtet und gegenwärtig im Asylverfahren.
- Keine Antwort

51. Möchten Sie uns zum Schluss ein Feedback geben?



Damit Ihre Antworten gezählt werden, müssen Sie auf „Fragebogen absenden“ klicken. Danach können Sie Ihre Antworten nicht mehr bearbeiten und die Daten Antworten können auch nicht mehr gelöscht werden. Ihre Antworten werden dann anonymisiert verarbeitet.

Herzlichen Dank für die Teilnahme an dieser Studie! Sie helfen uns damit Diskriminierung im Berliner Gesundheitssystem sichtbar zu machen und abzubauen.

Thank you very much for participating in this study! With that, you help us to render discrimination in the Berlin health sector visible and to diminish it.

از مشارکت شما در این بررسی خیلی متشکریم! شما با همکاری خود به ما کمک می کنید تا تبعیض در سازمان سلامت برلین را آشکار کنیم و آن را از بین ببریم.

شکرا جزایا لمشارکتکم في هذا الاستبيان! أنتم تساعدوننا على التعرف على التمييز في القطاع الصحي في برلين ومجاريته

МЫ СЕРДЕЧНО БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В ЭТОМ ОПРОСЕ! ВЫ ПОМОГАЕТЕ НАМ СДЕЛАТЬ ДИСКРИМИНАЦИЮ В БЕРЛИНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ ВИДИМОЙ И БОРОТЬСЯ С НЕЙ.

Merci beaucoup pour votre participation à cette étude! Vous nous aidez à rendre visibles les discriminations du système de santé de Berlin et à les combattre.

Ankete katılımınız için çok teşekkür ederiz. Katılımınızla Berlin'de sağlık hizmetlerinde yaşanan ayrımcılıkların görünür kılınmasına ve ayrımcılıkla mücadelede yardımcı olacaksınız.

Fragebogen absenden

Stand: 2018-11-20 16:11:51

Umfrage zur Diskriminierung von LSBTIQ-Menschen im Berliner Gesundheitsbereich

Herzlichen Dank für die Teilnahme an dieser Studie! Sie helfen uns damit Diskriminierung im Berliner Gesundheitssystem sichtbar zu machen und abzubauen.

7.6. Interviewleitfaden

Bereich	Thema/Ziel/Code	Konkrete Frage	Hinweis / Info's
Einstieg	Bedanken fürs Zeitnehmen	<p>Hallo, Wie geht's? Vielen Dank, dass Sie/Du sich Zeit für dieses Interview nehmen.</p> <p>Wer bin ich? Worum geht's? → Keine Forschung im klassischen Sinne / aktivistische Forschung -> wissenschaftlicher Anspruch für die Argumentation von späteren Ergebnissen notwendig Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LGBTIQ in Berliner Gesundheitssystem</p>	<p>Welche Diskriminierungserfahrungen von LGBTIQ Personen gibt es im Bereich des Gesundheitswesens? Wie sind diese Diskriminierungserfahrungen unter der Gruppe LGBTIQ verteilt / Wer erlebt Diskriminierung im Gesundheitssystem in Berlin und wie ist diese unter der Gruppe LGBTIQ verteilt? Welche Gruppen innerhalb der LGBTIQ erleben Mehrfachdiskriminierung / haben hier einen besonderen Bedarf?</p>
Formalien	Datenschutz / Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Verfahren: semi-standardisiertes auch problemzentriertes (Interview mit Leitfaden) / Expert*inneninterview - der Leitfaden ist thematisch sortiert; Sprünge/Brüche nach Gesprächssituation - Teilnahme ist freiwillig - Einwilligungserklärung vorstellen: Widerrufsrechts und Daten werden gelöscht - Anonymitätsbekundung / Schweigepflicht, Datenschutz - Interview wird aufgenommen – wird dem widersprochen? jederzeit stoppen, wenn was nicht da drauf soll) - Zusendung des Transkriptes? - Veröffentlichung der transkribierten und anonymisierten Teile - jederzeit Einsehen, Löschen der Daten unter meinem Kontakt (den die Person hat) möglich - Zeitrahmen ca. 60 Minuten 	
Prozess	Wichtige Hinweise zu Thematik und Gesprächsprozess	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprächssituation ist asymmetrisch - Geht nicht um wahr oder falsch, Wahrhaftigkeit im Moment des Erzählens, kein Anspruch auf Vollständigkeit. - Fokus auf Informationsaustausch, Expert*innenwissen - da es auch um Reflektion von Erfahrungen (die von Ratsuchenden / evtl. eigenen) geht, bitte auch auf sich selbst aufpassen was erzählt werden will. Es kann sein, dass es anstrengend wird. - Pause / Unterbrechung / Abbruch jederzeit möglich - tlw. manchmal große Fragen und es ist voll ok auch eine gewisse Zeit zu überlegen oder Fragen nicht zu beantworten - Auch wenn LSBTIQ-Identität im Fokus steht: alle Erfahrungen wesentlich 	<p>Für Professionell Handelnde: Fokus auf Informationsaustausch, Expert*innenwissen</p>

Bereich	Thema/Ziel/Code	Konkrete Frage	Hinweis / Info's
		- Gibt es Ihrerseits/Deinerseits noch Fragen? – Dann kann es losgehen (ich schalte nun das Aufnahmegerät ein)	
Beginn Allgemeines	Arbeitsschwerpunkte	Wo arbeitest du (falls)? Mit wem arbeitest du? Was sind deine Schwerpunkte?	Arbeitsschwerpunkte herausfinden
Diskriminierungsbegriff	Diskriminierungsbegriff	Was verstehen Sie / du unter Diskriminierung?	
Gesundheitsversorgung	Gesundheitsversorgung	Mit welchen Bereichen der Gesundheitsversorgung bist du / Sind Sie bisher in deiner / Ihrer Arbeit in Berührung gekommen (auch bezogen auf Ratsuchende)?	ODER: Von welchen Gesundheitsbereichen berichteten Ratsuchende, in denen Diskriminierung geschehen ist?
Zugang		Welchen Zugang haben LSBTIQ* (nicht zu (notwendigen) medizinischen Behandlungsformen (bspw. Psychotherapie, Endokrinologie)?	
Strukturelle Diskriminierung	Mehrfachdiskriminierung - Zugänge Spezifikation	Welche Probleme bestehen im Zugang zum Gesundheitssystem / Gesundheitswesen?	
Einschränkung in spezifischen Bereichen		In welchen gesundheitlichen Bereichen ist eine Versorgung (besonders) eingeschränkt?	
Diskriminierung / Benachteiligung	Diskriminierung: LSBTIQ*	Berichten LSBTIQ* Personen generell von Benachteiligung aufgrund ihrer Identität? Was berichten sie?	
Mehrfachdiskriminierung	Mehrfachdiskriminierung	Wird von Mehrfachdiskriminierungen berichtet? Wenn ja, von welchen wird berichtet? Was berichten sie?	(Klassismus, Ableismus, Rassismus, ageism, lookism, ...)
Marginalisierung	Marginalisierung	Welche LSBTIQ*-Gruppen (Menschen die behindert werden, Geflüchtete, Menschen mit HIV usw.) nimmst du / nehmen Sie in Ihrer Arbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung als marginalisiert wahr? Welche Bedarfe haben diese nach deiner / Ihrer Einschätzung?	Fremd / Selbstzuschreibung
		Wie bewusst sind sich diese Gruppen in Ihren Bedarfen nach Ihrer Einschätzung?	
„Materielle Benachteiligung“	Rechte	Werden LSBTIQ* Rechte aberkannt? Falls ja, welche Rechte werden aberkannt?	
	Lebenssituation	Wird und wenn ja wie wird die Lebenssituation durch die medizinischen Versorger*innen berücksichtigt?	
	Schlechtere Leistungen	Werden Leistungen verwehrt / schlechter durchgeführt?	
„Soziale Herabwürdigung“	Kommentare / Sprüche	Wird von Kommentaren und Sprüchen, die als Diskriminierend wahrgenommen werden, berichtet? Wenn ja, können Sie / kannst du diese spezifizieren?	
Quantifizierung von Diskriminierung	Quantifizierung von Diskriminierung	Wie häufig beobachten Sie / beobachtest du Diskriminierungsfälle im Gesundheitssystem? Wie viele Fälle umfassen: Diskriminierende Kommentare, Übergriffe, Nicht-Behandlung (...) ?	(Müssen nicht hoch sein) - Jeder Fall an sich ist ja zu viel und zeigt „Beratungskapazitäten“ auf.

Bereich	Thema/Ziel/Code	Konkrete Frage	Hinweis / Info's
		Können Sie / Kannst du konkrete Zahlen nennen?	
	Verhalten gegenüber den Betroffenen	Wird von diskriminierendem Verhalten (Abstand, zu große Nähe, Schikanen, Pathologisierungen) beschrieben? (Wenn ja, bitte spezifizieren...) Werden solche sozialen Herabwürdigungen in einer besonderen Häufigkeit beschrieben?	
	Microaggressions	Werden solche sozialen Herabwürdigungen in einer besonderen Häufigkeit beschrieben?	Ansprache / Anrede / Pronomen / rassistische Kommentare etc.
physische Übergriffe	Physische Übergriffe	Wird / Wurde von körperlichen Übergriffen / sexualisierten Übergriffen berichtet?	
Reaktionen auf Diskriminierenden Erfahrungen	Reaktionen von Betroffenen auf die erlebten Diskriminierung (Coping Strategie)	Wie reagieren Betroffene auf Diskriminierungen?	
Unterstützung / Prävention	Aufsuchung von Unterstützung	Wurden nach Diskriminierungen unterstützende Angebote eingeholt?	(wie z.B. die Berliner Aids-Hilfe, LADS) Kurzhalten!
	(Soziales) Unterstützungsumfeld	An wen wird sich gewandt?	
		Wo sehen Sie Handlungsbedarfe für Ihre Arbeit Wo sehen Sie Handlungsbedarfe für die Ratsuchenden?	
Versorgungsbedarf	Mehrfachdiskriminierung Bedarfe	Welche Versorgungsbedarfe / Bedürfnisse / Notwendigen Änderungen siehst du / sehen Sie?	
Abschluss	Letzte Inhaltliche Anmerkungen	Was wäre dir wichtig an der Gesundheitsversorgung (in Berlin) zu verändern? Wie lassen sich Diskriminierungen abbauen?	
	Emotionale Auswertung / Anmerkungen	Wie geht's dir / Ihnen jetzt? Wie fühlst du dich / fühlen Sie sich? Magst du / Mögen Sie noch ein Feedback geben? Hast du noch Fragen an mich?	
		Danke dass du / Sie sich Zeit genommen haben. Wärst du / Wären Sie bereit zu einem späteren Zeitpunkt weitere Fragen ggf. einen Fragebogen auszufüllen?	Per Mail

7.7. Codesystem

Codesystem [597]

- #00:46:57-0# Interviewte [1]
- Unsortierte Codes [7]
 - „[...] Logopäd*innen, da erlebe [...]“ [1]
- Maßnahmen [33]
- Diskriminierungsebene [21]
 - Strukturell [15]
 - Institutionell [7]
 - Individuell [3]
- Diskriminierungsform [3]
 - Aufenthaltsstatus / Staatsbürgerschaft [10]
 - Ethnizität / Rassismus / "Hautfarbe" [15]
 - Geschlechtsidentität [34]
 - Sexuelle Orientierung [11]
 - Körperliche Chronische Krankheit / physische Einschränkungen / [10]
 - chronische Krankheit / Psychische Einschränkung / Behinderung [11]
 - Migrationsgeschichte [0]
 - (Lebens)Alter [7]
 - Klasse / Soziale Schicht / Armut / Bildung [10]
 - Religion [0]
 - Beziehungsmodell [2]
 - Geschlechtsausdruck [1]
 - Körper [0]
 - Sexarbeit [0]
 - STI (HIV) [2]
 - Sprache / Sprachbarriere [8]
 - Substanzgebrauch [1]
- Gesundheitsbereich [21]
 - Logopädie [1]
 - Kindermedizin [0]
 - Zahnmedizin [1]
 - Allgemeinmedizin [4]
 - Internistik [0]
 - Augenheilkunde [0]
 - HNO Medizin [0]
 - Dermatologie [0]
 - Infektiologie / Immunologie [1]
 - Prävention STI [3]
 - Chirurgie / Unfallmedizin [1]
 - Pulmologie [1]
 - Physiotherapie [1]
 - Psychotherapie (o. ä) [37]
 - Psychiatrie [3]
 - Neurologie [0]
 - Gynäkologie [6]
 - Urologie [1]
 - Endokrinologie [7]
 - Kinderwunsch / Reproduktionsmedizin [1]
 - Transitionsspezifische Medizin [12]
 - Interspezifische Medizin [0]
 - Klinik / Krankenhaus / Stationäre Einrichtung [3]
 - Sozialpsychiatrischer Dienst [0]
 - Gesundheitsamt [0]
 - Medizinischer Dienst der Krankenkassen [8]
 - Krankenkassen [7]

- Suchtberatungsstellen [0]
- Pflegeeinrichtungen / assistiertes Wohnen [0]
- Betreutes Wohnen [1]
- Gruppe [3]
 - Junge / Ältere (1) [2]
 - Lesbische Menschen [3]
 - Schwule Menschen [0]
 - Bi / Pan / ... [1]
 - Trans* Menschen [19]
 - Nicht-Binäre Menschen [6]
 - Queere Menschen [4]
 - Inter* Menschen [10]
 - Geflüchtete [11]
 - Junge / Ältere [5]
 - Schwarze / PoC [2]
 - Prekäre Lebenssituation [2]
 - Sexarbeiter*innen [3]
 - Chronisch Kranke / Behinderte (HIV) [1]
- Diskriminierungserfahrung [72]
 - Fehlender / Kein Zugang / wartezeit [16]
 - Anrede / Pronomen [5]
 - Haltung [2]
 - psychische Gewalt [2]
 - physische Übergriffe [2]
 - sexualisierte Gewalt [4]
 - Lebenssituation nicht berücksichtigen [0]
 - Microaggressions [1]
 - Fehlendes Wissen [12]
 - Behandlung verweigert (trotz Zugang), schlechter durchgeführt [3]
 - Pathologisierung [4]
 - Zwangsbehandlung [6]
 - Keine Kostenübernahme [0]
 - Entblößung / Privatssphäre [4]
 - Normierungsdruck [1]
- Gesundheitszustand [5]
 - Internalisierung [2]
- Intersektionalitätsverbindung [0]
- Diskriminierungsort [0]
 - Wartebereich [6]
- Unterstützung [20]
 - LSBTIQ Beratungsstellen [4]
 - Andere Beratungsstelle [0]
 - Patientenberatung / Wohlfahrtsverbände [0]
 - Patientenbeauftragte*r (BUND) [0]
 - Patientenbeauftragte*r (Berlin) [0]
 - Krankenkasse [0]
 - Beschwerdestelle [0]
 - Antidiskriminierungsstelle des Bundes [0]
 - Landesantidiskriminierungsstelle [0]
 - Sonstige Antidiskriminierungsstellen [0]
 - Soziales Umfeld [2]
- Umgang mit Diskriminierung [12]
 - Rückzug [4]
 - Einholen von Unterstützung [1]
 - Ignorieren der Diskriminierung [1]
 - Rechtliche Maßnahme [0]
 - Beschwerde [0]
 - Coping [1]

Organisierung [0]
Direkte Aktion / Konfrontation [0]
Indirekter Umgang - Nutzen von Nischen / Lücken [0]

Sets [0]