

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher
Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin



Edition Waldschlösschen Materialien

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

Herausgeber dieses Heftes

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“



Selbst.verständlich Vielfalt

Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!

www.selbstverstaendlich-vielfalt.de

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Gesundheit, Pflege und Medizin

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 26

Impressum

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 26

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2020

Umschlagfoto:

pixabay/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2020

ISBN 978-3-937977-18-8

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der*die Autor*in bzw. tragen die Autor*innen die Verantwortung.

Inhalt

Vorwort 9

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt _____

1. *Vielfalt*
**Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Heteronormativität –
eine einleitende Orientierung** 13
Marcel Hackbart & Cathleen Tischoff
2. *Sprache*
Geschlechtssensible Sprache 29
Thomas Kronschläger
3. *Vorurteile*
Vorurteile gegenüber queeren Menschen 39
Marcel Hackbart
4. *Intersektionalität*
**Diversity und Intersektionalität –
ein kurzer Vergleich von zwei Modellen** 55
Juliette Wedl
5. *Rechte*
Überblick über die rechtliche Lage queerer Menschen in Deutschland 69
Marcel Hackbart & Ronja Heß

Gesundheit der Vielfalt _____

6. *Gesundheit*
**Die gesundheitliche Lage von queeren Personen –
eine Bestandsaufnahme von Einflussfaktoren** 81
Annika Spahn & Marcel Hackbart
7. *Menschenbild*
**Menschenbilder der Gesundheit:
(Ent-)Pathologisierung und Normverständnis** 91
Cathleen Tischoff

8. <i>Beziehung</i>		
	Beziehungsgestaltung im professionellen Gesundheitssetting	113
	Marcel Hackbart & Barbara Thies	
9. <i>Trans*</i>		
	Der Umgang mit trans* Menschen in der Medizin	125
	Livia Prüll	
10. <i>Inter*</i>		
	Belange von inter* Menschen – Bedarfe in der medizinischen Regelversorgung	135
	Regina Brunnett	
11. <i>Asexualität</i>		
	Die Renaissance der Frigidität – Aktuelle Pathologisierungen von A*sexualität	145
	Annika Spahn	
Vielfaltsperspektiven aus den und auf die Professionen _____		
12. <i>Ärzt*innen</i>		
	Was brauchen Ärzt*innen im Umgang mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt?	155
	Livia Prüll	
13. <i>Zahnmedizin</i>		
	Lesben zeigen Zähne! Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Zahnmedizin	163
	Annika Spahn & Annika Kern	
14. <i>Pflege</i>		
	Trans* in der Pflege	169
	Ilka Christin Weiß	
15. <i>Geburtshilfe</i>		
	Interview mit Cocoon – Queerfeministisches Hebammen*kollektiv	177
	Imogen Raye Minton, Cato Warm & Leonie Friedrich	
16. <i>Altenpflege</i>		
	„Wir pflegen jeden gleich?“ Ergebnisse einer Studie zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Altenhilfe	183
	Ralf Lottmann	

17. *Medizinpädagogik*

Inter* als Thema in der Medizinpädagogik?

191

**Ableitungen aus dem Curriculum zur qualifizierten Beratung von
intergeschlechtlichen Menschen und deren Familien**

Ursula Rosen, Friedericke Fischer, Charlotte Wunn & Anjo Kumst

Weiterführende Informationen _____

18. Glossar 201

19. Akteur*innen 211

20. Broschürenliste 219

Vorwort

Diese Publikation der Akademie Waldschlösschen ist im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“ entstanden, das darauf zielt, für sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung und Vielfalt zu sensibilisieren, zu qualifizieren und die Vielfalt in Deutschland zu stärken. Das Kompetenznetzwerk wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“

Das Projekt basiert auf der persönlichen Beobachtung, dass die Betreuung von queeren Menschen in Gesundheitskontexten durch problematische Interaktionen, Zwangsoutings und Pathologisierung gekennzeichnet sein kann. Aus der zunächst geplanten kleinen, informierenden Broschüre, die wesentliche Informationen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt für Gesundheitsfachkräfte bereitstellen soll, wurde im Verlauf der Arbeit nun ein Sammelband mit verschiedensten Beiträgen. So finden sich in dieser Publikation nicht nur unterschiedliche Inhalte und Formate sondern auch – und am wichtigsten – vielfältige Perspektiven: u.a. Gesundheitsfachkräfte wie Krankenpfleger*innen und Hebammen*, von pädagogisch tätigen Menschen mit queer-thematischem Schwerpunkt und von Wissenschaftler*innen – von Homosexuellen, von Heterosexuellen, von Pansexuellen sowie von cis, endo, inter* und trans* Menschen.

Der erste Teil dieser Publikation widmet sich allgemeinen Themen. Es werden zentrale Begriffe und Konzepte rund um Themenfelder der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt aufgegriffen (→ [Vielfalt](#); Hackbart & Tischoff), allgemeine Aspekte einer geschlechtsbewussten Sprache dargestellt (→ [Sprache](#); Kronschläger) und es wird auf Stigmatisierungsprozesse und Vorurteile gegenüber queeren Menschen eingegangen (→ [Vorurteile](#); Hackbart). Der erste Teil schließt mit Modellen zu Diversity und Intersektionalität (→ [Intersektionalität](#); Wedl) sowie der

aktuellen gesetzlichen Lage von queeren Menschen in Deutschland (→ [Rechte](#); Hackbart & Heß).

Spezifische Gesundheitsthemen werden im zweiten Teil angesprochen: Wie ist die gesundheitliche Lage queerer Menschen (→ [Gesundheit](#); Spahn & Hackbart) und wie tragen Menschenbilder zur (Ent-)Pathologisierung bei (→ [Menschenbild](#); Tischoff)? Darüber hinaus werden Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung thematisiert (→ [Beziehung](#); Hackbart & Thies). Auf die Gesundheitsversorgung von trans* (→ [Trans*](#); Prüll), inter* (→ [Inter*](#); Brunnett) und asexuellen Menschen (→ [Asexualität](#); Spahn) wird vertiefend eingegangen.

Im dritten Teil werden Perspektiven aus oder auf ausgewählte Professionen präsentiert: Ärzt*innen (→ [Ärzt*innen](#); Prüll), Zahnärzt*innen (→ [Zahnmedizin](#); Spahn & Kern), Krankenpfleger*innen (→ [Pflege](#); Weiß), Hebammen und Personen in der Geburtshilfe (→ [Geburtshilfe](#); Minton, Warm & Friedrich), Altenpfleger*innen (→ [Altenpflege](#); Lottmann) sowie Medizinpädagog*innen (→ [Medizinpädagogik](#); Rosen, Fischer, Wunn & Kumst). Abschließend werden weiterführende Informationen und Anlaufstellen gelistet.

Die Themenfelder sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin können im vorliegenden Band nicht vollständig und detailliert dargestellt werden. Vielmehr ist es das Ziel, zum Nachdenken anzuregen und Hinweise zum diskriminierungsarmen Umgang miteinander in Gesundheits-, Pflege- und Medizinalkontexten zu geben.

Ich bedanke mich bei den Autor*innen und bei allen anderen unterstützenden Menschen, die zum Gelingen dieses Bandes beigetragen haben.

Göttingen, 27.11.2020

Marcel Hackbart

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt

1. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Heteronormativität – eine einleitende Orientierung

Versetzen Sie sich in die folgenden Situationen. Wie reagieren Sie? Sie werden von einem Kind aufgefordert, mit ihm „Mutter-Vater-Kind“ zu spielen. Im Krankenhaus werden Sie von einer Person nach den Toiletten gefragt. Sie sehen im Fernsehen eine Politikerin, die in einem Interview von „Gender-Gaga“ spricht. Sie erfahren von einem Kollegen, dass sein neugeborenes Kind intergeschlechtlich ist. Auf der Straße erleben Sie, dass eine Jugendliche etwas als „schwul“ bezeichnet. Wie viel Aufmerksamkeit erhalten diese Situationen von Ihnen? Wie denken Sie in den beschriebenen Situationen? Wie würden Sie sich verhalten? Was haben diese Situationen mit sexueller Identität zu tun?

Zur sexuellen Identität einer Person gehört einerseits die Geschlechtsidentität und andererseits die sexuelle Orientierung. Beide Aspekte sind aufeinander bezogen, jedoch unabhängig voneinander zu betrachten (vgl. Watzlawik, 2020). Im diesem Text sollen Aspekte der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt überblicksartig beschrieben und Begriffe erklärt werden.

Was ist Heteronormativität?

Queere¹ Menschen müssen mit einer Reihe von Herausforderungen in ihrem gesamten Leben und in allen Lebensbereichen umgehen, die sich aus heteronormativen Strukturen ergeben. Heterosexualität und die damit einhergehenden Geschlechterverhältnisse bestimmen die gesamte Gesellschaft. Die heterosexuelle Zweigeschlechtlichkeit ist eine gesellschaftliche Norm, die häufig unhinterfragt als Selbstverständ-

¹ Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlecht abweichen (vgl. Henderson, 2019).

lichkeit angenommen wird (Hartmann, 2018; Wagenknecht, 2007). Dies wird durch das Konzept der Heteronormativität beschrieben, welches insbesondere folgende Aspekte beinhaltet (Hartmann, 2018):

- Heterosexualität ist als natürlich gesetzt und gesellschaftlich mit Privilegien verbunden.
- Geschlechter werden auf Basis von Heterosexualität abgeleitet – also eine Struktur, die nur Frauen und Männer kennt. Somit können nur heterosexuelle Handlungen (Frau und Mann) oder homosexuelle Handlungen (Frau und Frau; Mann und Mann) beschrieben werden.
- Geschlechterverhältnisse werden ausschließlich in Beziehungen zwischen „Frauen“ und „Männern“ repräsentiert, d. h. es werden ausschließlich Frauen und Männer verglichen. Weitere sexuelle und geschlechtliche Identitäten werden marginalisiert bzw. hierarchisierend mit der Norm in Beziehung gesetzt wie z. B. „homosexuell“ versus „heterosexuell“ oder „trans“ vs. „cis“. Dabei sind nicht-binäre Positionen nicht vorgesehen (z. B. pansexuell).
- Geschlechtliche und sexuelle Identitäten werden als zusammenhängend angesehen. Es wird ein vollkommener Zusammenhang von Geschlechtskörper, sozialem Geschlecht, Rollenverhalten und sexuellem Begehren behauptet. D. h. einem weiblich gelesenen Körper werden stereotypisierte feminine Eigenschaften und Verhaltensweisen sowie ein auf Männer gerichtetes Begehren zugeschrieben.

Abweichungen von der heterosexuellen, zweigeschlechtlichen Norm werden direkt bestraft (Diskriminierung → [Menschenbild](#) → [Vorurteile](#)) oder in anderer Form sanktioniert (Hartmann, 2018; Wagenknecht, 2007). Durch den Anpassungsdruck erhält sich das heteronormative System selbst. Das System sortiert aus und stigmatisiert alle, welche in ihrer körperlichen Verfasstheit, ihrem sexuellen wie romantischen

Begehren und ihrer Rollenausübung von der Heteronormativität abweichen. Dadurch stellt sich das System immer wieder in kleinsten alltäglichen Handlungen der Einzelnen wieder her (*doing gender/inter*/sexuality*). Dabei ist die Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Identitäten immens, was sich u. a. in verschiedenen Abkürzungen wie „LGBT+“ oder „LGBTQQIT*“ widerspiegelt (s. Tabelle 1; vgl. Debus & Laumann, 2018).

L	Lesbisch
S/G	Schwul/Gay
B	Bisexuell
T(*)	Trans* (trans*ident, trans*geschlechtlich, trans*gender)
I(*)	Inter* (inter*geschlechtlich, inter*sexuell)
Q	Queer (meist Sammelbegriff für Menschen, deren sexuelle Orientierung und/oder geschlechtliche Identität nicht heteronormativen Vorstellungen entsprechen)
Q	Questioning (die eigene sexuelle Orientierung und/oder geschlechtliche Identität hinterfragend)
A	Asexuell
+	Verweis auf weitere sexuelle Orientierungen und/oder geschlechtliche Identitäten

Tabelle 1: Häufigste Buchstabenkürzel im Kontext sexueller und geschlechtlicher Vielfalt

Die Debatte um Vielfalt ist nicht neu und verlegte sich im 18. Jahrhundert von juristischen Entscheidungen auf das Podium der Medizin, um die Frage zu klären, ob „wir“ so geboren sind: „Es ist ein weiter Weg vom Urning (Karl Heinrich Ulrichs) über das dritte Geschlecht (Magnus Hirschfeld) und medizinische Begriffe wie Transsexualismus und Intersexualität bis hin zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Die Bezeichnungen für gleichgeschlechtliche Sexualität, transidente oder nicht-binäre Geschlechtsidentitäten oder Personen mit Variationen biologischer Geschlechtsmerkmale sind – ebenso wie die Begriffe Sexualität und Geschlecht selbst – komplex und oft auch mit einem

Kampf um Macht und Deutungshoheit verbunden“ (Timmermanns & Böhm, 2020, S. 9).

Was macht geschlechtliche Vielfalt aus?

Häufig gilt die Annahme, dass Faktoren in der Embryonalentwicklung und hormonelle Einflüsse auf Körper und Gehirn den Menschen zu einer zweigeschlechtlichen Gattung macht. Diese Einflüsse führten also bei einer „gesunden“ Geschlechtsentwicklung zum Mann mit männlichem Aussehen und Anatomie (Phänotyp) und bei einer Frau zu typisch weiblichen Merkmalen. Es gibt jedoch ein weit größeres Spektrum an Geschlechtern, sowohl körperlich als auch sozial (vgl. u. a. Kossat, 2018; Nieder, Briken & Richter-Appelt, 2013; Voß, 2018; Watzlawik, 2020), die sich über spezifische Kombinationen von folgenden Merkmalen ergeben (American Psychological Association (APA), 2012, 2015; Debus & Laumann, 2018; Watzlawik, 2020):

1. Körpergeschlecht (*sex*)
2. Geschlechtsidentität (Zugehörigkeitsgefühl zu keinem, einem oder mehreren Geschlechtern; *gender identity*)
3. Geschlechtsausdruck (Darstellung des eigenen Geschlechts; *gender performance* oder *expression*)
4. Gesellschaftlichen Erwartungen an Geschlechter (*gender*)

Eine ausschließlich zweigeschlechtliche Einteilung ist bei keinem dieser Merkmale – abgesehen von den gesellschaftlichen Erwartungen – möglich. Debus und Laumann (2018, S. 68) beschreiben beispielsweise zwölf Facetten, die mit dem Körpergeschlecht assoziiert sind: innere und äußere Geschlechtsorgane, Hormone, Gehirnstruktur, Körpergröße, Körperbehaarung, Stimmhöhe/-tiefe, Form/Größe der Brust/Brüste, Zeugungs-/Gebärfähigkeit, Erektionsfähigkeit, Orgasmusfähigkeit und Ejakulationsfähigkeit. Es wird von Endogeschlechtlichkeit (Adjektivkurzform: *endo*) gesprochen, wenn alle geschlechtsspezifischen physischen Merkmale eines Menschen den normativen Erwartungen

an Männer- oder Frauenkörper entsprechen (in Abgrenzung zu Inter*). Sollten alle Merkmale (1.-4., zumindest aber 1. und 2.) des Geschlechts weitestgehend übereinstimmend sein, wird der Begriff Cisgeschlechtlichkeit (Adjektivkurzform: cis) genutzt (in Abgrenzung zu Trans*).

Inter* Menschen (inter* kurz für intergeschlechtlich und/oder intersexuell) können „aufgrund ihrer körperlichen Merkmale weder dem männlichen nach dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden“ (vgl. u. a. Wunder, 2015 → Inter*). Eine Person weicht in ihrer körperlichen Verfassung von der gesellschaftlichen Norm ab. Typische „Abweichungen“ betreffen den Chromosomensatz, die Hormonproduktion, die Entwicklung der inneren und äußeren Geschlechtsmerkmale sowie die Reproduktionsfähigkeit. Unter dem Begriff Inter* gibt es eine große Bandbreite unterschiedlicher Geschlechtlichkeiten, die zumeist als Diagnosen benannt werden: „verschiedene Formen der Androgenresistenz, der Gonadendysgenese, des androgenitalen Syndroms sowie das Klinefelter- und Turner-Syndrom“ (Kossat, 2018, S. 90; vgl. Intersexuelle Menschen, 2015; Siegler, Eisenberg, DeLoache & Saffran, 2016). Wichtig ist (auch in Anbetracht der pathologisierenden Begriffe), dass Intergeschlechtlichkeit keine Fehlbildung o. ä. ist, sondern zur natürlichen Variation geschlechtlicher Entwicklung gehört (Voß, 2018 → [Menschenbild](#)).

Bei trans* Menschen (trans* kurz für transgeschlechtlich und/oder transgender und/oder transident) weicht die Geschlechtsidentität von dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht („Hebammen-geschlecht“) voll oder teilweise ab (vgl. u. a. Cerwenka & Nieder, 2015; Siegler et al., 2016 → Trans*). Psychiatrisch formuliert liegt eine Form der Geschlechtsinkongruenz vor. Viele trans* Menschen gleichen ihren Körper mit medizinischen Maßnahmen (Hormoneinnahmen, chirurgische Eingriffe etc.) teils oder gänzlich ihrer Identität an (Kossat, 2018). Besondere Hürden für die Genehmigung einer Geschlechtsangleichung ergeben sich durch das Transsexuellengesetz, dessen aktuelle Form kritisiert wird (u. a. Bundesverband Trans*, 2019; Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti), 2019a → [Rechte](#)).

Darüber hinaus zeigen Selbstbeschreibungen wie agender (Geschlecht ist irrelevant für Identität), non-binary/nicht-binär/genderqueer (jenseits des Spektrums ausschließlich „weiblicher“ oder „männlicher“ Identität) und genderfluid (Wechsel zwischen verschiedenen Geschlechtsidentifikationen bzw. Ablehnung einer Statik der Geschlechtsidentifikation) die Vielfalt geschlechtlicher Identität auf. Die Debatten in der Gendermedizin und um reproduktive Rechte vernachlässigen den Fakt, dass die soziale Zuordnung von Geschlecht nicht auf einer eindeutigen biologischen Grundlage basiert (→ [Menschenbild](#)).

Was macht sexuelle Vielfalt aus?

Sexuelle Vielfalt wird häufig in zwei unterschiedliche Aspekte untergliedert (vgl. Debus & Laumann, 2018). Einerseits gibt es die sexuelle Orientierung, die das sexuelle Verhalten und sexuelle Fantasien beinhaltet. Andererseits beschreibt die amouröse bzw. romantische Orientierung das emotionale Erleben innerhalb von zwischenmenschlichen Partnerschaftsbeziehungen. Das *Klein Sexual Orientation Grid* (KSOG; Klein, 1999; vgl. Watzlawik, 2020) unterscheidet insgesamt sieben verschiedenen Aspekte der sexuellen und amourösen Orientierung, die jeweils die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft berücksichtigt:

1. Sexuelle Attraktion und Anziehung: Zu Personen welchen Geschlechts fühle ich mich sexuell hingezogen?
2. Sexuelles Verhalten: Mit Personen welchen Geschlechts habe ich sexuelle Kontakte?
3. Sexuelle Fantasie: Über Personen welchen Geschlechts habe ich (z. B. bei der Masturbation) sexuelle Fantasien?
4. Emotionale oder amouröse Präferenz: Zu Personen welchen Geschlechts entwickle ich romantische Gefühle? In Personen welchen Geschlecht verliebe ich mich?
5. Soziale Präferenz: Mit Personen welchen Geschlechts möchte ich mein Leben teilen?

6. Lebensstil: Wie ist mein Umfeld geprägt? Heterosexuell? Homosexuell?
7. Selbstidentifikation: Welche Orientierung schreibe ich mir selbst zu?

Auch wenn diese Facetten in wissenschaftlichen Forschungen nicht eindeutig statistisch abgrenzbar sind (Cramer, Chevalier, Gemberling, Stroud & Graham, 2015), spiegeln sie doch die Komplexität sexueller und amouröser Orientierungen nachvollziehbar wider. Ursprünglich wurde das KSOG herangezogen, um Homo-, Bi- und Heterosexualität darzustellen. Offen bleibt die Frage, wie eine genaue Abgrenzung unter Berücksichtigung aller Aspekte überhaupt möglich ist (vgl. Watzlawik, 2020). Weitergehend setzt das KSOG Zweigeschlechtlichkeit voraus. Auch mit alternativen Begriffen wie androphil (männerliebend) und gynäkophil (frauenliebend), die das Geschlecht der zu beschreibenden Person offen lässt, bleibt die binäre Aufteilung von Geschlecht erhalten (Watzlawik, 2020).

Inzwischen gibt es eine Auswahl von Begriffen, um unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Identitäten beschreibbar und somit sichtbar werden zu lassen (s. Tabelle 2). So beschreibt beispielsweise Pansexualität das sexuelle Interesse an anderen Menschen unabhängig von deren Geschlecht. Skoliosexuelle Menschen bevorzugen nicht-binäre Menschen als (Sexual-)Partner*innen. Polysexuelle Menschen fühlen sich hingegen nur von bestimmten Geschlechtern angezogen, so kann beispielsweise eine Person an cis und trans* Männern sowie an genderqueeren (bzw. nicht-binären) Menschen sexuell interessiert sein, aber nicht an Menschen mit eher femininen Geschlechtsausdruck (vgl. Debus & Laumann, 2018; Watzlawik, 2020).

Begriff	Beschreibung	Fokus ^a	Geschlecht ^b
Allosexuell, z-sexuell	Durchschnittliches sexuelles Interesse an anderen Personen	Intensität	Offen
Androphil	Sexuelles Interesse an Männern	Anziehung	Offen, binär
Asexuell	Kein sexuelles Begehren und kein sexuelles Interesse an anderen Personen	Intensität	Offen
Bisexuell	Sexuelles Interesse an Männern und Frauen	Anziehung	Binär
Demisexuell	Sexuelles Interesse nur an Personen, zu denen eine emotionale Verbindung vorhanden ist	Anziehung	Übergreifend
Graysexuell	Geringes sexuelles Interesse an anderen Personen (mittig zwischen asexuell und allosexuell)	Intensität	Offen
Gynäköphil	Sexuelles Interesse an Frauen	Anziehung	Offen, binär
Heterosexuell	Sexuelles Interesse an gegengeschlechtlichen Personen	Anziehung	Binär
Homosexuell, lesbisch, schwul	Sexuelles Interesse an gleichgeschlechtlichen Personen (lesbisch bei Frauen, schwul bei Männern)	Anziehung	Binär
Pansexuell	Sexuelles Interesse an Personen unabhängig von deren Geschlecht	Anziehung	Übergreifend
Polysexuell	Sexuelles Interesse an Personen unterschiedlichen Geschlechts (z. B. an Männern und an genderqueeren Menschen interessiert, aber nicht an Frauen)	Anziehung	Übergreifend
Questioning	Sexuelle Orientierung ist nicht festgelegt und wird stetig hinterfragt	Anziehung	Übergreifend
Skoliosexuell	Sexuelles Interesse an nicht-binären und genderfluiden Menschen	Anziehung	Offen
Soziosexuell	Personen mit (unrestriktiver) Soziosexualität sind promiskuitiver und haben häufiger Sex mit Fremden	Intensität	Offen

Tabelle 2: Kurzdefinitionen häufig genannter sexueller Orientierungen

Anmerkungen zur Tabelle 2: Die hier gewählten Begriffe beschreiben die sexuelle Orientierung und können zumeist auch auf die romantische Orientierung übertragen werden (z. B. aromantisch, heteroromantisch; vgl. Debus & Laumann, 2018).

^a Fokus des Begriffs: Intensität des sexuellen Verlangens oder Beschreibung der sexuellen Anziehung.

^b Zugrundeliegende Geschlechtskonstruktion: zweigeschlechtlich (Mann und Frau; binär), mehr als zwei Geschlechter umfassend (übergreifend) oder nicht eindeutig bestimmt (offen).

Wie unterscheidet sich die Entwicklung queerer Menschen?

Die sexuelle und geschlechtliche Entwicklung eines Menschen ist ein lebenslanger Prozess. Die körperliche Entwicklung ist zum großen Teil durch biologische Prozesse zu beschreiben. Die Geschlechtsidentität entwickelt sich insbesondere in der Kindheit (Siegler et al., 2016).

Die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen kann ein Kind bereits innerhalb des ersten Lebensjahrs treffen. Für diese Unterscheidung nutzen Babys optische Kriterien wie Kleidung, Körpergröße, aber insbesondere die Frisur sowie darüber hinaus die Stimmhöhe. Im zweiten Lebensjahr haben Kinder bereits geschlechtsstereotype Erwartungen an Männern und Frauen ausgebildet. Ein männlich gelesener Mensch, der sich Lippenstift aufträgt, wird verhältnismäßig lang von Kleinkindern angeguckt, was als Bruch der Erwartung interpretiert werden kann (vgl. Siegler et al., 2016). Die aktive Einordnung und Kategorisierung beginnt im Alter von zwei bis zweieinhalb Jahren, etwas später beschreiben Kinder ihr eigenes Geschlecht selbst – eine Geschlechtsidentität wird dann angeeignet. Diese Identität wird zunehmend vom Kind selbst aktiv und in Interaktion stabilisiert, z. B. indem Kinder den Anspruch auf ein Spielzeug aufgrund ihres Geschlechtes behaupten. Bis zu einem Alter von etwa sieben Jahren haben Kinder noch keine Geschlechtskonstanz ausgebildet und denken vorher beispielsweise, dass das Schneiden der Haare ein Mädchen zu einem Jungen werden lässt. Innerhalb dieser Zeit verschärfen sich auch die geschlechtsbezogenen Zuschreibungen und Stereotype (Beelmann & Neudecker, 2020; Siegler et al., 2016). Die rigide Stereotypisierung flexibilisiert sich anschließend. Am Ende der Grundschulzeit verstehen Kinder langsam,

dass Geschlechterrollen soziale Konventionen sind und haben die soziokulturell vorherrschenden Spielregeln in unterschiedlichen Umgebungen wie Schule, Sportverein und Familie verinnerlicht. Deswegen werden Kinder von geschlechtsuntypischen Aktivitäten ausgeschlossen und Normverletzungen der Geschlechterrollen (insbes. bei Jungen) werden von Peers hart sanktioniert (vgl. Siegler et al., 2016). Im Jugendalter setzt sich die Flexibilisierung zumeist fort, was einen heteronormativitätskritischen Umgang mit Geschlecht ermöglichen kann. In den meisten Beschreibungen der Geschlechtsentwicklung zeigt sich eine Leerstelle für Menschen außerhalb der Zweigeschlechtlichkeit, sowohl körperlich, als auch sozial (→ Inter* → Menschenbild → Trans*).

Mit der Pubertät und der Entwicklung des sexuellen Interesses treten sowohl die Befragung der eigenen Identität als auch die sexuelle Orientierung insbesondere für queere Jugendliche in den Fokus (vgl. Siegler et al., 2016). Die Ursachen für homosexuelle Anziehung oder Abweichungen von der heterosexuellen Norm ist bislang nicht eindeutig geklärt.² Auch wenn es genetische Prädiktoren gibt, lassen sie keine aussagekräftige Vorhersage zu (Ganna et al., 2019; vgl. Siegler et al., 2016). Allerdings lässt sich dadurch widerlegen, dass die sexuelle Orientierung ausschließlich eine Wahl der einzelnen Person ist. So lässt sich auch die Frage stellen: Wie viele heterosexuelle Menschen haben sich bewusst entschieden, von gegengeschlechtlichen Personen sexuell erregt zu sein, und in welchem Setting hätten sie sich anders entschieden?

Die Entwicklungsaufgaben, die alle Jugendliche haben, und der Umgang mit diesen sind unabhängig von der sexuellen Orientierung (vgl. Siegler et al., 2016). Es gibt jedoch drei besondere Aspekte, die heterosexuelle, endo, cis Jugendliche von queeren Jugendlichen unterscheiden: (1.) Queere Jugendliche durchlaufen einen Coming-Out-Prozess. Sie müssen für sich feststellen, dass sie von der Norm der Heterosexualität und Cisgeschlechtlichkeit abweichen (inneres Coming-Out).

² Es ist ethisch auch zu hinterfragen, ob eine Klärung notwendig ist und wozu diese Erkenntnisse genutzt (bzw. missbraucht) werden können.

Schwieriger ist es, die eigene sexuelle Orientierung bzw. sexuelle Identität anderen mitzuteilen (äußeres Coming-Out). Viele homo- und bisexuelle Menschen wissen bereits im Grundschulalter über ihr gleichgeschlechtliches Interesse, wobei die Identitätsintegration und das äußere Coming-Out im Mittel erst im späten Jugendalter passiert (vgl. Siegler et al., 2016; Watzlawik, 2020). (2.) Das Problem bei einem äußeren Coming-Out ist die Angst vor Zurückweisung und Ablehnung (insbes. in der Familie sowie im Freundkreis) oder sogar vor tätlichen Angriffen, was zu oft zurecht befürchtet wird (→ *Vorurteile*). Deswegen geschieht das äußere Coming-Out auch häufig parallel zur Loslösung vom Elternhaus. (3.) „Obwohl sich [...] lsbt* Jugendliche bereits früh ihrer sexuellen Orientierung bzw. Geschlechtsidentität bewusst sind, müssen sie sich oft erst einmal bewusst mit verschiedenen Identitätsentwürfen auseinandersetzen (explorieren) [...]. Sie müssen sich ihre Identität [...] erarbeiten“ (Watzlawik, 2020, S.31). Heterosexuelle, endo, cis Menschen können hingegen Identitätsentwürfe aus der Familie, der Nachbarschaft oder den medial vermittelten Bildern (der Heteronormativität) übernehmen. Für sie ist es auch nicht zwingend notwendig, zu explorieren. Queere Menschen jeden Alters haben weniger Rollenmodelle im Umfeld und auch die mediale Darstellung queerer Menschen ist oft exotisierend oder von Klischees besetzt. „Nicht-heterosexuell orientierte Jugendliche müssen also [...] viel mehr ‚Identitätsarbeit‘ leisten als ihre heterosexuell orientierten Peers“ (Watzlawik, 2020, S. 32). Diese drei Aspekte beschreiben den Minoritätenstress (Meyer, 2003 → *Vorurteile*), der ein Leben lang besteht und sich negativ auf die Gesundheit queerer Menschen auswirkt (→ *Gesundheit*).

Sind queere Menschen wirklich eine Minorität?

Queere Menschen sind zahlenmäßig eine Minderheitengruppe in Deutschland. Doch wie groß ist diese Minderheit genau und was bedeutet dies für Gesundheits-, Pflege- und Medizinkontexte? Pöge und Kolleg*innen (2020) resümieren aus den bisherigen Befunden, dass sich etwa 2 % der Deutschen als lesbisch, schwul oder bisexuell identi-

zieren (Selbstidentifikation). Dabei zeigt sich auch, dass es mehr bisexuelle als lesbische Frauen, aber mehr schwule als bisexuelle Männer gibt. Nicht ausschließlich heterosexuell zu sein, wird (je nach Umfrage) von 10 bis 22,4 % der befragten Deutschen angegeben. Diese starken Schwankungen lassen sich auch auf die Komplexität des Konstrukts sexuelle Orientierung zurückführen, aber auch auf Erhebungsprobleme (vgl. u. a. Robertson, Tran, Lewark & Epstein, 2018).

Noch schwieriger wird die Schätzung für trans*, inter* und nicht-binäre Menschen (vgl. Pöge et al., 2020), da die Anzahl stark von der Definition abhängt. Insgesamt gaben 4,6% der Männer und 3,2% der Frauen (in den Niederlanden) an, sich in unterschiedlichem Maß ambivalent gegenüber dem eigenen Körpergeschlecht zu fühlen (vgl. Nieder et al., 2013). Die dgti (2019b) berechnet einen Anteil (Gesamtprävalenz) von 0,0038 % für Menschen, die ein Verfahren nach Transsexuellengesetz durchlaufen. Da aber nicht jede trans* Person dieses Verfahren durchläuft, muss von einem deutlich höheren Anteil ausgegangen werden. Aktuelle Schätzungen geben 0,2 % an (Meier & Labuski, 2013). Für Inter* schätzen Blackless und Kolleg*innen (2000) einen Anteil von bis zu 2 % an allen Geburten, wovon etwa 0,1 bis 0,2 % Genitaloperationen erhalten. Dies deckt sich auch mit den resümierenden Schätzungen von Pöge und Kolleg*innen (2020). Kleinere Abweichungen von der Körpernorm, die nicht mit Dysfunktionen und medizinischen Problemen assoziiert sind, werden statistisch allerdings nicht erfasst, sollten in ihrer Wirkung auf die Geschlechtsidentität jedoch mitgedacht werden.

Es kann grob Folgendes festgehalten werden: Konservativ geschätzt, sind 10 % nicht ausschließlich heterosexuell oder endo oder cis – also sind 10 % der Bevölkerung queer. Was heißt dies beispielsweise für den Krankenhausbetrieb? Nach Statistischem Bundesamt gibt es etwa 2.000 Krankenhäuser mit insgesamt etwa 500.000 Betten für die Behandlung von 19,4 Millionen Patient*innen (Daten aus dem Jahr 2017, Statistisches Bundesamt, 2019). Im Mittel hat also jedes Krankenhaus jährlich etwa 10.000 Patient*innen. Dies bedeutet, dass circa 1.000 Pa-

tient*innen pro Kalenderjahr pro Krankenhaus queer sind. Das sind 3 Patient*innen pro Tag. Darüber hinaus gibt es etwa 1,2 Millionen Personen, die als Gesundheitsfachkräfte in Krankenhäusern arbeiten (Daten aus dem Jahr 2017, Statistisches Bundesamt, 2019). Pro Krankenhaus wären es 600, wovon 60 queer sind. Diese Zahlen sind reine Schätzungen, es kann auch angenommen werden, dass der Anteil der queeren Menschen insbesondere auf Patient*innenseite höher ist: So führt wie bereits beschrieben die Belastung, die Menschen einer sexuellen oder geschlechtlichen Minorität durch Stigmatisierung und Diskriminierung erleben (→ [Vorurteile](#)), auch häufig zu somatischen Beschwerden bzw. zu gesundheitlichem Risikoverhalten (→ [Gesundheit](#)). Außerdem arbeiten überproportional viele queere Menschen im Gesundheits- und Sozialwesen (de Vries et al., 2020).

Worauf sollte allgemein geachtet werden?

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ist komplex und dynamisch. Die Themen sind dabei innerhalb einer heteronormativen Gesellschaft häufig mit Machtdynamiken und Deutungshoheiten verbunden (Timmermanns & Böhm, 2020 → [Intersektionalität](#)). Die APA (2012, 2015) benennt u. a. folgende Punkte, die Psycholog*innen wissen bzw. auf die sie achten müssen, was jedoch auch auf andere Professionen oder die Gesellschaft im Allgemeinen übertragen werden kann:

- Geschlecht und Sexualität sind zwei unterschiedliche, aber in Beziehung stehende Konstrukte.
- Geschlecht und Sexualität sind flexible Kategorien und können sich über die Lebensspanne verändern.
- Geschlecht ist nicht binär und nicht immer eindeutig (ein polyvalentes Konstrukt).
- Sexuelle Orientierungen sind unabhängig vom Geschlecht des Begehrens gleichwertig.
- Einstellungen zu und Wissen über Geschlecht und Sexualität beeinflussen die Interaktion (→ [Beziehung](#)).

- Stigmatisierung, Diskriminierung und nicht notwendige Behandlungen beeinflussen das Wohlbefinden und die Gesundheit von queeren Menschen (→ *Gesundheit* → *Vorurteile*).
- Es gibt besondere Herausforderungen der Identitätsentwicklung sowie der Lebensgestaltung (z. B. Familiengründung) für queere Menschen.

„Es ist nicht möglich, sich jenseits der heteronormativen Verhältnisse zu bewegen. Wir können sie aber thematisieren und kritisch reflektieren“ (Hartmann, 2018, S 46).

Literatur

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2012). Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 67, 10–42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70, 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- BEELMANN, A., & NEUDECKER, C. (2020). Entwicklungspsychologische Grundlagen für die Entstehung von Vorurteilen. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 113-124). Weinheim: Beltz.
- BLACKLESS, M., CHARUVASTRA, A., DERRYCK, A., FAUSTO-STERLING, A., LAUZANNE, K., & LEE, E. (2000). How Sexually Dimorphic Are We? Review and Synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12, 151-166. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F)
- BUNDESVERBAND TRANS* (2019). Änderungsbedarfe am Referentenentwurf von BMI und BMJV eines Gesetzes zur Neuregelung der Änderung des Geschlechtseintrags vom 08.05.2019 aus Sicht der Bundesvereinigung Trans*. Berlin: Bundesverband Trans*. <https://www.bundesverband-trans.de/eilverfahren-bei-der-reform-des-transsexuellengesetzes-zunaechst-gestoppt/>
- CERWENKA, S., & NIEDER, T. O. (2015). Transgender. *BZgA Forum*, 1-2015, 17-20.
- CRAMER, R. J., CHEVALIER, C., GEMBERLING, T. M., STROUD, C. H., & GRAHAM, J. (2015). A Confirmatory Factor Analytic Evaluation of the Klein Sexual Orientation Grid. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 123-129. <https://doi.org/10.1037/sgd0000102>
- DEBUS, K., & LAUMANN, V. (2018). LSB-was? Geschlechtliche, amouröse und sexuelle Vielfalt – Einführung und Spannungsfelder. In K. Debus & V. Laumann (Hg.), *Pädagogik geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt. Zwischen Sensibilisierung und Empowerment* (S. 12- 70). Berlin: Dissens. <https://interventionen.dissens.de/materialien/handreichung/>
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TRANSIDENTITÄT UND INTERSEXUALITÄT (2019a). Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Änderung des Geschlechtseintrags. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.dgti.org/images/pdf/BMI_PStG_190509_final.pdf

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TRANSIDENTITÄT UND INTERSEXUALITÄT (2019b). Zahlenspiele, oder: Wo sind sie denn hin? Abgerufen am 30.08.2020 von <https://www.dgti.org/4-dgtihomepage/leitartikel/166-zahlen-spiele.html>

DE VRIES, L., FISCHER, M., KASPROWSKI, D., KROH, M., KÜHNE, S., RICHTER, D., & ZINDEL, Z. (2020). LGBTQI*-Menschen am Arbeitsmarkt: hoch gebildet und oftmals diskriminiert. DIW Wochenbericht, 87, 619-627. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2020-36-1

GANNA, A., VERWEIJ, K. J. H., NIVARD, M. G., MAIER, R., WEDOW, R., BUSCH, A. S., ET AL. (2019). Large-Scale GWAS Reveals Insights into the Genetic Architecture of Same-sex Sexual Behavior. *Science*, 265(6456), eaat7693. <https://doi.org/10.1126/science.aat7693>

HARTMANN, J. (2018). Theoretisch fundiert handeln! Einführung in eine queere genderreflektierte Pädagogik. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule* (S. 44-51). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. <http://www.akzeptanz-fuer-vielfalt.de>

HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.

INTERSEXUELLE MENSCHEN (2015). *Was ist es denn? Intersexualität/DSD. Ein Ratgeber für Hebammen* (4. Aufl.). Hamburg: Intersexuelle Menschen. <https://www.im-ev.de/publikationen/>

KLEIN, F. (1999). Psychology of Sexual Orientation. In J. S. Bohan & G. M. Russell (Hg.), *Conversations about Psychology and Sexual Orientation* (S. 129-138). New York, NY: New York University Press.

KOSSAT, J. (2018). *Sexualität. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen*. München: Elsevier.

MEIER, S. C., & LABUSKI, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A. K. Baumle (Hg.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (S. 289-327). Dodrecht: Springer.

MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

NIEDER, T. O., BRIKEN, P., & RICHTER-APPELT, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCH up2date*, 7, 373-387. <http://doi.org/10.1055/s-0033-1349534>

PÖGE, K., DENNER, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

ROBERTSON, R. E., TRAN, F. W., LEWARK, L. N., & EPSTEIN, R. (2018). Estimates of Non-Heterosexual Prevalence: The Roles of Anonymity and Privacy in Survey Methodology. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 1069-1084. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1044-z>

SIEGLER, R., EISENBERG, N., DELOACHE, J., & SAFFRAN, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2019). *Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/_inhalt.html

TIMMERMANN, S., & BÖHM, M. (2020). Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt – eine Einleitung. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 9-19). Weinheim: Beltz Juventa.

VOSS, H.-J. (2018). *Geschlecht. Wider die Natürlichkeit* (4. Aufl.). Stuttgart: Schmetterling Verlag.

WAGENKNECHT, P. (2007). Was ist Heteronormativität? Zur Geschichte und Gehalt des Begriffs. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & K. Hackmann (Hg.), Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht (S. 17- 34). Wiesbaden: VS.

WATZLAWIK, M. (2020). Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten: Thinking outside the box(es)? Überlegungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 22-39). Weinheim: Beltz Juventa.

WUNDER, M. (2015). Intersexualität: Leben zwischen den Geschlechtern. BZgA Forum, 1-2015, 13-16.

Autor*innen

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des BMFSFJ geförderten „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de

Cathleen Tischoff absolvierte das Studium der Kulturwissenschaften & Ästhetischen Praxis (Diplom) mit Nebenfach Psychologie. Nach langjähriger Tätigkeit als Referent*in in der Politischen Bildung seit 2016 Ausbilder*in von Heilpraktiker*innen für Psychotherapie. Freie Seminarätigkeit und wissenschaftliche Beschäftigung mit den Schwerpunkten Queer Theory und Wissenschaftskritik, Psychotraumatologie, Visual Culture, Embodiment und Sexuelle Bildung. Therapeutische Arbeit mit Erwachsenen im Raum Hannover.

Kontakt: c.tischoff@mail.de

2. Geschlechtssensible Sprache

Sprache schafft Wirklichkeit. Durch die Art und Weise, wie wir mit Menschen sprechen, drücken wir nicht nur unsere impliziten Erwartungen und Vorannahmen über andere Menschen aus, sondern veraten auch viel über uns selbst. Denn wenn wir sprechen, handeln wir auch. Entweder eröffnen wir Sprachräume („Erzähl mir, wie es Dir geht!“) oder wir begrenzen sie („Dir muss es doch gut gehen!“). Im Bereich der Pflege macht es einen großen Unterschied, ob ich sage, dass eine Person überempfindlich und jammerhaft ist, oder ob ich sage, dass eine Person einen engen Kontakt zu ihrem Schmerzempfinden hat und mitteilend ist. Das ändert die Art und Weise, wie ich über die Person denke und wie ich den Sachverhalt einschätze (→ [Beziehung](#)). Dieser wechselseitige Einfluss zwischen Sprache und Denken macht Kommunikation zu einer komplexen Angelegenheit, der wir uns aber dennoch täglich hundertfach stellen. Für einen detaillierten Überblick über den Zusammenhang zwischen Sprache, Geschlecht und Diskriminierung sei hier auf Hornscheidt (2015) hingewiesen.

Menschliche Kommunikation besteht aus vielen Faktoren. Einer derjenigen, den wir am leichtesten steuern können, ist die Wortwahl: Deutlich mehr als Gesichtsausdruck, Gestik und Stimmlage ist die Wahl der Wörter in unserer Kommunikation eine bewusste Entscheidung (vgl. Nußbeck, 2014). Im Kontext von Pflege ist die Wortwahl in zwei Ebenen der sexuellen Identität besonders bedeutend: geschlechtliche Vielfalt und sexuelle Orientierung. Beide Bereiche sollen hier getrennt beleuchtet werden, auch wenn sie natürlich eng miteinander verbunden sind (→ [Vielfalt](#)).

Geschlechtliche Identität in der Sprache

Bei dem Themenkomplex der geschlechtlichen Identität geht es um das Spannungsfeld zwischen dem Sichtbarmachen von bestimmten

unterrepräsentierten Personengruppen (geschlechtergerechte Sprache) und dem Versuch, alle Geschlechter gleichermaßen anzusprechen (geschlechtsneutrale Sprache). Zusätzlich ist zwischen dem Anreden von Menschen und Sprechen über Menschen zu differenzieren. Die Debatte um Geschlecht in der Sprache begann in den 1970er-Jahren und wird seitdem mit unverminderter Heftigkeit geführt. Ausgangspunkt waren Probleme mit dem sogenannten generischen Maskulinum, einer sprachlichen Form, die sowohl „Inhalt“, als auch „Inhalt+männlich“ bedeuten kann. So kann das Wort Mediziner nämlich für eine Person stehen, die ein Medizinstudium abgeschlossen hat und deren Geschlecht nicht bestimmt ist sowie für eine männliche Person stehen, die ein Medizinstudium absolvierte. Dass das generische Maskulinum zwar so gemeint sein kann, aber häufig bei Frauen und anderen Personen, die sich nicht als männlich bezeichnen, auslöst, dass sie sich nicht mitgemeint fühlen, konnte durch eine Vielzahl empirischer Studien nachgewiesen werden (vgl. Kotthoff & Nübling, 2018). Um das zu umgehen, lassen sich seit den 1970er-Jahren zwei unterschiedliche Ansätze erkennen, die je nach Intention angewendet werden können.

Geschlechtergerechte Sprache: Der geschlechtergerechten Sprache geht es darum, weibliche Personen sichtbar zu machen, die durch das generische Maskulinum nicht gesehen werden können. Insofern ist es hier immer das Ziel, Frauen und Personen, die sich nicht als männlich bezeichnen, sichtbar zu machen. Das funktioniert zum Beispiel durch das sogenannte Binnen-I („PatientInnen“), das ursprünglich ein Schweizer Journalist bei Notizen verwendet hat. Ausgesprochen wird es gesplittet: «Patientinnen und Patienten». Bei dieser Beidnennung, auch als Splitting („Patient/innen“) bekannt, werden einfach die zwei traditionellen Geschlechter genannt (s. Tabelle 1). Der Ansatz der geschlechtergerechten Sprache ist inhärent binär. Dass dies derzeit nicht mehr ausreicht, weil nun seit Längerem weitere Geschlechtsvarianten anerkannt und sichtbarer sind, lässt den Ansatz der geschlechtergerechten Sprache in den Hintergrund treten, der Grundgedanke der Sichtbarkeit kann allerdings in manchen Kontexten noch relevant sein.

Name	Substantiv Singular	Substantiv Plural	Personalpronomen	Bestimmtes/unbest. Pronomen	Possesivpronomen	Fragepronomen
Binäre Formen						
Generisches Maskulinum	Patient	Patienten	er	der/ein	sein	Wer? / Welcher?
Generisches Femininum	Patientin	Patientinnen	sie	die/eine	ihre	Welche?
Binnen-I	PatientIn	PatientInnen	er oder sie	der/ein oder die/eine	sein oder ihre	Welcher? Oder: Welche?
Splitting	Patient/in	Patient/inn/en	er oder sie	der/ein oder die/eine	sein oder ihre	Welcher? Oder: Welche?
Nichtbinäre Formen						
Statischer Unterstrich	Patient_in	Patient_innen	sie_er	die_er/eine_n ^a	ihr_ihm	Welche_r?
*-Form II	Patient*in	Patient*innen	sie*er	die*er/eine*n ^a	ihre*seine	Welche*r
-Form I	Therapier	Therapier**	*	*	*s	We**?
x-Form	Therapierx	Therapierxs	x	dix/einx	xs	Wex?
Entgendern nach Phettberg	Patienty	Patientys	es	das/ein	seine	Welches
<i>Anmerkungen:</i> ^a In Langform auch die_der/eine_einen bzw. die*der/eine*einen möglich.						

Tabelle 1: Binäre und nichtbinäre Formen in der Sprache

Geschlechtsneutrale Sprache: Der Ansatz der geschlechtsneutralen Sprache folgt der Einsicht, dass es in vielen Kontexten (aufgrund von begrenztem Platz etc.) nicht möglich ist, alle Geschlechtsvarianten zu nennen. In solchen Fällen gibt es die Bemühung, Geschlechtmarkierungen möglichst aus der Sprache zu entfernen und geschlechtsneu-

trale Ausdrücke zu finden. War es geschlechtergerecht, «Putzfrauen und Putzmänner» zu sagen, um beide Geschlechter zu bezeichnen und hier die Männer sichtbar zu machen, so ist der geschlechtsneutrale Ansatz das Wort „Reinigungskraft“ oder „Reinigungspersonal“. Ein weiterer Ansatz in dieser Richtung waren die Partizipialformen („Pfleger“). Diese Partizipialformen funktionieren im Plural gut, im Singular aber offenbart sich das Problem der Artikelverwendung (Bülow & Herz, 2017). Diese tragen nämlich ein Differentialgenus, sind also im Singular wieder eindeutig zweigeschlechtlich „die Pfleger“ oder „der Pfleger“. Für viele Wörter können keine einfachen neutralen Begriffe gefunden werden. „Pfleger Personen“ wäre doch in manchen Kontexten etwas umständlich. Dafür haben sich neue Formen herausgebildet, die Teile beider Ansätze, nämlich der geschlechtsneutralen Formulierungen unter Beibehaltung der Sichtbarkeit (aus den geschlechtergerechten Ansätzen), in sich vereinen (s. Tabelle 1).

Der statische Unterstrich und die *-Form II (vgl. AG Feministisch Sprachhandeln, 2015) sind mittlerweile an vielen Institutionen und auch in einigen Zeitungen gebräuchlich. Gesprochen werden sie mit einer kleinen Pause dort, wo der Unterstrich oder das Sternchen ist. Der Unterstrich symbolisiert ein Platzlassen für alle Geschlechtermöglichkeiten, das Sternchen signalisiert mit seinen vielen Strahlen vielfältige Möglichkeiten (AG Feministisch Sprachhandeln, 2015). Das x in der x-Form signalisiert ein Durchkreuzen herkömmlicher gendeter Personenvorstellungen, gesprochen wird es mit einem kurzen -i: «Therapierixes». Die *-Form I steht für dasselbe, hier wird nicht durchkreuzt, sondern auf die vielfältigen Möglichkeiten geschlechtlicher Ausprägung verwiesen. Gesprochen wird diese Form durch das Aussprechen des Wortes «Stern» (Baumgartinger, 2008), also «Therapierstern», im Plural «Therapiersternstern». Beim Entgendern nach Phettberg¹ (Kronschläger, 2020) tritt das Geschlecht des Benannten in den Hintergrund.

¹ Das Entgendern nach Phettberg ist eine Form, die bereits seit 30 Jahren von Hermes Phettberg in seinen Kolumnen der Wiener Wochenzeitung Falter verwendet und die derzeit noch breiter aufgearbeitet wird.

Personalpronomen	Possessivpronomen und Genitiv	Dativ	Akkusativ
hen	hyn	ham	han
xier	xies	xiem	xien
en	enes	en	en
they (als englisches Wort)	their	them	them
ind	inds	inde	Ind

Tabelle 2: Auswahl von Neopronomina

Es wird an den Stamm des Wortes das -y angehängt. Endet dieses üblicherweise in -er, fällt dieses weg: „Patient*in“ wird zu „(das) Patienty“, im Plural „die Patientys“. Gesprochen wird diese Form mit «i», «die Patientis».

Das Entgendern nach Phettberg, der statische Unterstrich und die *-Form II orientieren sich am Wortstamm des Grundworts. Bei „Patient*in“ ist der Wortstamm „patient“, es wird z. B. „*in“ einfach drangehängt. Bei anderen Wörtern, wie bspw. Arzt gilt dasselbe: Ärzt*in, wobei hier die weibliche Umlautung (A zu Ä) verwendet wird. Die *-Form I und die x-Form haben nicht den Wortstamm des Nomens, sondern jeweils das Verb zur Grundlage (z. B. „therapieren“). Dies ist für Bezeichnungen wie „Patient*in“, für die es kein Verb gibt, problematisch.

Für das (schriftliche) Ansprechen einer Person hat sich in den letzten Jahren etabliert, dass nach der gewünschten Form gefragt wird, sonst kann aber v. a. bei der ersten Kontaktaufnahme z. B. mit „Guten Tag Vorname Nachname“, also z. B. „Guten Tag Alex Meier“, gelöst werden. Für mündliche Kommunikationssituationen ist zu empfehlen, die Personen nach ihrer gewünschten Anrede zu befragen.

Abgesehen von den Personenbezeichnungen und den Anreden wird die Diskussion in der Community über Pronomina lauter (s. Tabelle 2), was aber von der Sprachwissenschaft größtenteils noch unbearbeitet

ist. Die Vielfalt an Pronomina ist mittlerweile schon sehr groß (vgl. Nichtbinär-Wiki, 2020; Queeres Netzwerk Niedersachsen, 2020). „Hen“ kommt aus dem Schwedischen und ist dort vor mehreren Jahren als Alternative zwischen „han“ und „hon“ eingeführt worden. Es gibt im Deutschen mehrere unterschiedliche Arten, dieses Pronomen zu deklinieren. „Xier“ hat sich derzeit am weitesten durchgesetzt. Ein Beispielsatz mit allen Formen: Xier (Personalpronomen, Nominativ), dier (Relativpronomen, Nominativ) dort sitzt, das ist Evo. Xies (Genitiv) Buch habe ich noch zuhause, ich will es xiem (Dativ) schon lange mal mitbringen, aber ich habe xien (Akkusativ) in letzter Zeit ein wenig vernachlässigt. Dabei haben wir es nicht nur mit den unterschiedlichen Fällen zu tun, sondern auch mit den häufigsten Pronomina: Das Relativpronomen „dier“ wurde damit zusätzlich eingeführt. „En“ wurde 2018 für einen LGBTIQA+²-Kongress als Mischung aus „er“, „es“ und „hen“ eingeführt. Es handelt sich um eine der einfachsten Neopronomengruppen, da hier die Deklination schnell zu erlernen ist. „They“ hat sich im englischsprachigen Raum auch in der Einzahl durchgesetzt: „I need to see a doctor. But they better be better than my last!“ und wird nun auch im Deutschen leicht abgewandelt verwendet. „Ind“ ist als Ersatzwort für Mann/Frau eine Kurzform von Individuum und kann aber auch als Pronomen verwendet und dekliniert werden.

Abschließend lässt sich zu der Frage des sprachlichen Umgangs mit Personenbezeichnungen, Anreden und Pronomina sagen, dass es nie verkehrt ist, zu fragen. Vielen Personen ist es angenehmer, gefragt zu werden, als dass ihnen ein Pronomen und damit eine geschlechtliche Identität ankategorisiert wird (→ [Vorurteile](#)). Dasselbe gilt auch für Anreden und sprachliche Formen. Nachfragen schafft da oft Klarheit und vermittelt das Bemühen um einen respektvollen zwischenmenschlichen Umgang und das ist ja in der Kommunikation mit Menschen ein schönes Ziel (→ [Beziehung](#)).

² LGBTIQA+ = lesbisch, schwul (gay), bisexuell, trans*, inter*, queer, asexuell und weitere (→ [Vielfalt](#))

Sexuelle Orientierung in der Sprache

Gerade in medizinischen Kontexten ist es wichtig, möglichst wenige Vorannahmen zu treffen, um bspw. bei der Anamnese keine Antwortmöglichkeiten auszuschließen. Gerade heterosexuell wirkenden Menschen, z. B. Menschen, die nicht als bi- oder pansexuell geoutet sind, kann es so leichter gemacht werden, vollständigere Angaben zu machen, indem sprachliche Freiräume geschaffen werden. Wird z. B. bei der Sexualanamnese standardisiert von Partner*innen oder von Partnys gesprochen, fällt es Menschen leichter, alle in Frage kommenden Personen zu nennen. Wird bspw. eine männliche Person nur nach Partnerinnen gefragt, wird diese Person möglicherweise dazu gezwungen, eine Korrektur vorzunehmen, was nicht immer leicht ist (Minoritätenstress; Meyer, 2003 → [Gesundheit](#)), weiß diese Person doch schließlich nicht, wie das Pflegedy dazu eingestellt ist (→ [Vorurteile](#)). Im Gegensatz zu der weitverbreiteten Meinung gibt es weit mehr sexuelle Orientierungen als heterosexuell und homosexuell, weshalb die Bezeichnungen schwul, lesbisch und bisexuell nicht immer angebracht sind (→ [Vielfalt](#)). Genauer ist die Bezeichnung MSM, also Männer, die Sex mit Männern haben (was insbesondere im Kontext von HIV-Prävention und Behandlung verwendet wird; vgl. Hoffmann & Rockstroh, 2018), oder FSF, also Frauen, die Sex mit Frauen haben (bzw. WSW aus dem Englischen für „women who have sex with women“). Nicht nur sind diese Begriffe genauer, weil näher an der Tatsache, die es zu bezeichnen gilt, sondern es bezeichnen sich viele Personen selbst als heterosexuell, wiewohl diese durchaus auch gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte pflegen, was dazu führt, dass es bei Anamnesen zu Ungenauigkeiten kommen könnte. Sinnvoll kann es auch sein, das Geschlecht der angesprochenen Person nicht in den Blick zu nehmen, sondern das Geschlecht der begehrten Person des Patientys: Gynäkophil (frauenliebend) oder androphil (männerliebend). Jedoch setzen alle bisher benannten Begriffe zur Sexualität eine zweigeschlechtliche Aufteilung voraus. Es bietet sich an, in der Anamnese die sexuelle Orientierung mit einer offenen Frage (z. B. „Wie beschreiben Sie Ihre sexuelle Identität?“) zu erfahren,

wenn dies notwendig sein sollte. So werden auch Antworten ermöglicht, die über eine zweigeschlechtliche Norm hinausgehen (z. B. Pansexualität, Polysexualität), ohne dass Klient:ys korrigierend eingreifen müssen.

Fazit

Ganz generell gilt: Keine Angst vor geschlechtssensibler Sprache! Versuchen Sie sich an den vielen verschiedenen Möglichkeiten, die es gibt! Denn entfliehen können Sie dem Zusammenhang zwischen Sprache und Geschlecht keineswegs: Wie immer Sie sich auch ausdrücken, Sie selbst und Ihre Einstellung kommen darin zum Ausdruck. Wenn Sie das generische Maskulinum verwenden, fällt dies mittlerweile genauso auf, wie wenn Sie ‚entgendern‘, ‚sternen‘ oder ‚exgendernd sprachhandeln‘ (Hornscheidt & Oppenländer, 2019).

Literatur

- AG FEMINISTISCH SPRACHHANDELN (2015). Was tun? Sprachhandeln – aber wie? W_ortungen statt Tatenlosigkeit (2. Aufl.). Berlin: Humboldt Universität. <http://feministisch-sprachhandeln.org>
- BAUMGARTINGER, P. P. (2008). Lieb[schtean] Les[schtean], [schtean] du das gerade liest. Von Emanzipation und Pathologisierung, Ermächtigung und Sprachveränderung. *Liminalis*, 02/2008, 24-39.
- BÜLOW, L., & HERZ, M. (2017). Diskursive Kämpfe ums Geschlecht. Gender Studies, ihre Gegner/innen und die Auseinandersetzung um Wissenschaftlichkeit und korrekten Sprachgebrauch. In A. Baumann & A. Meinunger (Hg.), *Die Teufelin steckt im Detail. Zur Debatte um Gender und Sprache* (S. 148-195). Berlin: Kadmos Kulturverlag.
- HOFFMANN, C., & ROCKSTROH, J. (HG.) (2018). HIV 2081/19. Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- HORNSCHEIDT, L. (2015). Feministische W_orte. Ein Lern-, Denk- und Handlungsbuch zu Sprache und Diskriminierung, Gender Studies und feministischer Linguistik. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- HORNSCHEIDT, L., & OPPENLÄNDER, L. (2019). Exit gender. Gender loslassen und strukturelle Gewalt benennen. Eigene Wahrnehmung und soziale Realität verändern. Berlin: W_orten & meer.
- KOTTHOFF, H., & NÜBLING, D. (2018). Genderlinguistik. Eine Einführung in Sprache, Gespräch und Geschlecht. Tübingen: Narr.
- KRONSCHLÄGER, T. (2020). Entgendern nach Phettberg im Überblick. Abgerufen am 30.08.2020 von https://www.researchgate.net/publication/343974830_Entgendern_nach_Phettberg_im_Uberblick
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

NICHTBINÄR-WIKI (2020, 25. August). Pronomen. Abgerufen am 30.08.2020 von <https://nibi.space/pronomen#pronomen>

NUSSBECK, S. (2014). Einführung in die Beratungspsychologie (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

QUEERES NETZWERK NIEDERSACHSEN (2020). Abinäre Personen in der Beratung. Eine praktische Handreichung für Berater*innen und Multiplikator*innen (2. Aufl.). Hannover: Queeres Netzwerk Niedersachsen. <https://q-nn.de/tin-trans-in-niedersachsen/trans-abinaere-personen-in-der-beratung/>

Autor*in

Thomas Kronschläger absolvierte das Studium in Deutsch und Englisch für gymnasiales Lehramt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich der Literaturdidaktik an der Technischen Universität Braunschweig und hält regelmäßig Science Slams zum Thema Gendern.
Kontakt: t.kronschlaeger@tu-braunschweig.de

3. Vorurteile gegenüber queeren Menschen

Stellen Sie sich bitte einen typischen schwulen Mann vor! Wie sieht er aus? Wie bewegt er sich? Wie spricht er? Was macht er beruflich? Welche Musik hört er? Welche alkoholischen Getränke präferiert er? Hatten Sie für mindestens einen kurzen Moment an einen schrill und bunt gekleideten, nasal sprechenden, Prosecco-trinkenden, Schlagerhörenden Friseur mit abgeknickten Handgelenken gedacht? Dieses Bild ist – zugegeben – extrem stark überzogen. Dennoch finden sich die meisten Besonderheiten, die die allgemeine Vorstellung eines schwulen Mannes ausmachen und von einem heterosexuellen Mann unterscheiden hier wieder. Stereotype und Vorurteile sind allgegenwärtig und sie haben gewisse Funktionen, die es schwer machen, sie zu überwinden.

Der Text wird zuerst auf grundlegende Konzepte eingehen, um die allgemeinen psychologischen Mechanismen zu erläutern, die allerdings nicht losgelöst vom sozio-kulturellen Kontext sind (→ [Intersektionalität](#)). Anschließend werden Befunde zur Stereotypisierung und Diskriminierung von queeren¹ Menschen berichtet.

Stereotype und Vorurteile

Die Welt ist unglaublich komplex und es Bedarf Mechanismen, einfach, schnell und einigermaßen angemessen reagieren zu können. Stereotype gehören zu diesen Mechanismen und „sind eine spezielle Form eines (Rollen)Schemas. Sie stellen Wissensstrukturen dar, die sozial geteilte Überzeugungen bezüglich der Merkmale enthalten, die Angehörige einer sozialen Gruppe auszeichnen bzw. die man von ihnen erwartet“ (Werth, Denzler & Mayer, 2020, S.23; vgl. Stangor,

¹ Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlecht abweichen (vgl. Henderson, 2019).

2009) – also unsere „inneren Bilder“ von z. B. einem „Schwulen“ oder einer „transgeschlechtlichen Person“. Stereotype können sich im historischen Wandel verändern und kulturell variieren (u. a. Cuddy, Fiske & Glick, 2008). So ist das Bild eines „Friseurs“ in Deutschland ein anderes als z. B. in der Türkei. Die soziale Kategorisierung, also die Einteilung von Menschen in soziale Gruppen, geschieht häufig auf Basis vermeintlich sichtbarer Merkmale wie Geschlecht, Ethnie und Alter (vgl. Fiske & Neuberg, 1990; Werth, Seibt & Mayer, 2020). Aber auch nicht direkt sichtbare Merkmale wie Beruf (wenn keine Berufskleidung getragen wird) oder sexuelle Orientierung werden zur Kategorisierung herangezogen, wenn die Informationen darüber erhalten werden. Die Einteilung geht dann mit der Zuschreibung von Eigenschaften und Erwartungen einher, was die Welt geordneter und regelbasierter erscheinen lässt. Menschen unterscheiden sich jedoch, inwieweit sie den Stereotypen zustimmen oder der Meinung sind, dass Stereotype nicht zutreffend sind (Stereotypakzeptierung; Werth, Seibt & Mayer, 2020). Aber auch wenn stereotype Bilder abgelehnt werden, so sind sie doch bei fast allen Menschen als „innere Bilder“ vorhanden.

Zu dem stereotypen Wissen ist für ein „echtes“ Vorurteil die affektive Komponente wichtig, d. h. wie eine Gruppe (emotional) bewertet wird. Vorurteile können sowohl positiv als auch negativ sein und dies kann je nach Situation variieren. Z. B. könnten schwule Männer positiv bei Modethemen (Cotner & Burkley, 2013), aber negativ bei Sportthemen bewertet werden (insbesondere bei kompetitivem Sport; vgl. Haltom & Worthen, 2014). Der Begriff Stigma wird zumeist mit einer Diskreditierung und negativen Beschreibung von Gruppen genutzt (Goffmann, 1963; Tröster & Pulz, 2020) und entspricht somit einem negativen Vorurteil. Wenn sich Vorurteile in Verhalten widerspiegeln (u. a. Vermeidung von Kontakt zu bestimmten sozialen Gruppen), ist dies Diskriminierung. Jedoch ist nicht jedes Vorurteil stets aktiviert und wird verhaltenswirksam. Dies ist u. a. abhängig von Stress bzw. kognitiver Belastung, Kontext und Situation, Stimmung sowie der Motivation, vorurteilsfrei zu handeln (vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020).

Außerdem kann auch die Beschäftigung mit den Themen Krankheit und Tod die Stereotypaktivierung fördern (s. Exkurs 1).

Die Terror Management Theorie legt nahe, dass das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit mit dem Selbsterhaltungstrieb unvereinbar ist, was zu Stress (Terror) führt. Um diesem Terror umgehen zu können, müssen die Menschen glauben, dass nach ihrem Tod etwas von ihnen übrigbleibt (s. Burke, Martens & Faucher, 2010; Schimel et al., 1999). Dies kann wörtlich (z. B. Glaube an einem Leben nach dem Tod) oder symbolisch (z. B. Kinder, Errungenschaften) sein. Unabhängig davon ob wörtlich oder symbolisch besteht der Angstpuffer aus zwei Komponenten: (a) dem festen Glauben an die Gültigkeit einer Weltanschauung sowie der mit dieser Weltanschauung verbundenen Normen und Werte sowie (b) dem Glauben, dass man diese Normen und Werte erfüllt oder übertrifft, was mit dem Selbstwertgefühl einhergeht (Burke et al., 2010). Wenn Menschen – wie z. B. in den Berichten über die Corona-Pandemie – mit dem Thema Tod konfrontiert werden, neigen sie dazu, ihre kulturellen und normativen Weltanschauungen und ihr Selbstwertgefühl zu verteidigen, wozu auch stereotype Gedanken gehören. Diese Gedanken können zu mehr Ausgrenzung und Diskriminierung von Angehörigen einer Minorität führen.

Exkurs 1: Terror Management Theorie: Wenn der „Tod“ Stereotypenanwendung fördert

Aufgebaute Stereotype werden durch unterschiedliche kognitive Mechanismen aufrechterhalten (vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020; Petersen & Six, 2020). So werden stereotypkonforme Informationen besser wahrgenommen und erinnert. Das Gedächtnis speichert Informationen stereotypkonform, auch wenn die gespeicherten Inhalte, also Ereignisse oder Verhaltensweisen, nicht stattgefunden haben (Werth, Seibt & Mayer, 2020). Weitere Mechanismen sind u. a. die illusorische Korrelation, Substereotypisierung und attributionale Verzerrungen (vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020; Petersen & Six, 2020). Einige kleine Gedankenexperimente sind in der Tabelle 1 dargestellt.

Stereotype und Vorurteile entwickeln sich relativ früh im Verlauf der Kindheit und verfestigen sich im weiteren Lebensverlauf. Auch wenn es mittelgroße Zusammenhänge von Einstellungen gegenüber Fremdgruppen zwischen Eltern und Kindern gibt (Degner & Dalege, 2013), ist die Erziehung der Eltern nicht der einzige Einfluss auf die Entwicklung von Stereotypen. Es spielen u. a. die Entwicklung der sozial-emotionalen Fähigkeiten eine Rolle (z. B. die Überwindung des Egozentrismus der Kindheit und die Entwicklung von Empathie) so-

Aufgabe	Erklärung
<p>Was fällt Ihnen hier auf?</p> <p>A) $1 + 2 = 3$ B) $3 + 4 = 7$ C) $7 + 8 = 18$ D) $18 + 19 = 37$</p>	<p>Wenn Sie nun dachten, dass C falsch sei, dann haben Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Abweichung gelegt. Dies geht den meisten Menschen so. Alternativ hätten Sie auch denken können, dass A, B und D richtig sind. Menschen, die (vermeintlich) einer Minoritätengruppe angehören, bekommen mehr Aufmerksamkeit. (vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020, S. 280)</p>
<p>Die folgende Zahlenreihe ist nach einer bestimmten Regel konstruiert. Diese Regel lautet: „Die nächste Zahl muss höher als die vorherige sein.“ 2 - 4 - 6 Suchen Sie sich eine Person, legen die Zahlenreihe vor. Die Person soll die Regel erraten (die sie vorher im Bestfall aufgeschrieben haben). Vorher soll die Person Zahlen raten, die nach der 6 kommen können. Sie geben dann Auskunft, ob die Zahl vorkommen kann.</p>	<p>Die meisten Menschen werden 8, 10, 12 etc. raten und dann sagen, dass die Regel „immer plus 2“ (bzw. nur gerade Zahlen) ist. Diese Menschen haben eine Hypothese ausgebildet und versuchen, sie zu bestätigen (Bestätigungsfehler, <i>confirmation bias</i>). Nur wenige Menschen versuchen, die Hypothese zu widerlegen. Dieser Mechanismus zeigt sich auch bei Stereotypen: Wenn angenommen wird, dass sich das Leben schwuler Männer um Sex dreht, werden sie vielmehr dazu befragt als zu anderen Themen. Dadurch bestätigt sich die Annahme (vgl. selbsterfüllende Prophezeiung → <i>Beziehung</i>). (vgl. Dobelli, 2011, S. 29-31)</p>
<p>Beantworten Sie folgende Fragen auf einer Skala von 1 (sehr unähnlich) bis 10 (sehr ähnlich).</p> <p>A) Wie ähnlich sind sich Gesundheitsfachkräfte? B) Wie ähnlich sind sich Liebhaber*innen der Volksmusik?</p>	<p>Sollten Sie zufälligerweise eine Gesundheitsfachkraft sein, werden Sie wahrscheinlich bei A einen geringeren Wert als bei B gegeben haben (außer Sie sind gleichzeitig auch Liebhaber*in der Volksmusik). Mitglieder der eigenen Gruppe werden unterschiedlicher (heterogener) wahrgenommen als Mitglieder von Gruppen, zu denen keine Zugehörigkeit besteht (Fremdgruppenhomogenitätseffekt, <i>out-group homogeneity effect</i>). D. h. beispielsweise, dass heterosexuelle cis Frauen allen lesbischen Frauen die gleichen handwerklichen Interessen und maskulinen Verhaltensweisen zuschreiben. (vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020)</p>

Tabelle 1: Kognitive Mechanismen und „Denkfehler“, die zur Aufrechterhaltung von Stereotypen beitragen

wie die Entwicklung eines positiven Selbstwerts (Beelmann & Neu-decker, 2020). Menschen sind bestrebt, sich selbst positiv zu erleben. Dies kann einerseits durch eigene positive Eigenschaften und Erfolge geschehen (personale Identität) und andererseits durch die Zugehörigkeit zu positiv bewerteten Gruppen (soziale Identität; vgl. Petersen, 2020). Damit Eigengruppen positiv dastehen und somit die Zugehörigkeit selbstwertdienlich ist, müssen vergleichbare Fremdgruppen im Verhältnis schlechter bewertet werden. Die Aufrechterhaltung bzw. die Herbeiführung von selbstwertdienlichen Hierarchisierungen geschehen durch diskriminierendes Verhalten.

Ein weiterer Aspekt, der bei Diskriminierung und Diskriminierungserleben bedeutsam wird, ist, dass Menschen nicht nur einer Kategorie zugeordnet werden, sondern mehreren. So sind bestimmte Gruppen von Menschen von Mehrfachdiskriminierung betroffen, z. B. schwarze, schwule Männer oder muslimische, lesbische Frauen. Dabei entspricht die „Gesamtdiskriminierung“ nicht der Summe der einzelnen Kategorien, sondern enthält auch einen Anteil, der auf der Kombination der Kategorien beruht (vgl. Williams & Fredrick, 2015). Schwarze, schwule Männer z. B. erleben Rassismus, Homosexuellenfeindlichkeit sowie Marginalisierung und Diskriminierung aufgrund dessen, dass sie schwul und schwarz zugleich sind (→ [Intersektionalität](#)).

Diskriminierung und Stigmamanagement

Diskriminierung kann grob auf drei unterschiedlichen Ebenen festgemacht werden. Eine Ebene ist die interpersonale Ebene, also die Interaktion zwischen zwei Menschen (s. auch → [Beziehung](#)). Die strukturelle Ebene bezieht sich auf das gesellschaftliche und politische System (Steffens & Wagner, 2009 → [Intersektionalität](#)). Dies spiegelt sich u. a. in der Gesetzgebung wider (→ [Rechte](#)). Die dritte Ebene bezieht sich auf die Selbststigmatisierung und die Selbstbewertung von Menschen (intrapersonale Ebene).

Allgemein ist Diskriminierung und Ausgrenzung in klassischer, also offener Form, inzwischen in Deutschland seltener geworden, wo-

bei bestimmte Gruppierungen starke Aufmerksamkeit erhalten, die gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit schüren (vgl. Decker & Brähler, 2020). Diskriminierung verläuft heute viel subtiler, teils unbewusst bzw. unreflektiert von Seiten der Diskriminierenden (vgl. Burke et al., 2015; Decker & Brähler, 2020; Nadal, Whitman, Davis, Erazo & Daviddoff, 2016; Six-Materna, 2020; Zick, 2020). Die modernen Formen der Vorurteile und der Diskriminierung sind durch das Muster geprägt, dass Personen einerseits Vorurteile gegenüber bestimmten Gruppen haben, andererseits möchten sie „politisch korrekt“ sein bzw. sie fühlen sich der Toleranz und dem Egalitismus, die als gesellschaftliche Normen vorhanden sind, verpflichtet. Diese Formen der Diskriminierung äußern sich z.B. darin, dass Gleichstellungsmaßnahmen mit der Begründung, sie seien unfaire Bevorzugungen, abgelehnt werden. Nicht bedacht wird, dass mit Gleichstellungsmaßnahmen eine existierende Ungleichheit bekämpft werden soll (vgl. Six-Materna, 2020; Zick, 2020). Eine andere Form wäre die systematische Bevorzugung von Personen, die einer bestimmten Gruppe angehören, aufgrund von stereotypen Eigenschaften. So wird beispielsweise cis Frauen mehr zwischenmenschliche Kompetenz zugeschrieben als cis Männern, was dazu führt, dass sie für bestimmte Berufe (z.B. in der Pädagogik oder in der Pflege) als besonders geeignet angesehen werden (Six-Materna, 2020). Problematisch ist dies, wenn die zugeschriebenen Eigenschaften dazu führen, dass Statusunterschiede und Hierarchien erhalten bleiben, z.B. indem pädagogische und Pflegeberufe (auch finanziell) herabgewürdigt werden (→ [Intersektionalität](#)).

Moderne Konzeptualisierungen homosexuellenfeindlicher Vorurteile konzentrieren sich in ähnlicher Weise auf solche Einstellungen, einschließlich des Glaubens, dass (1) schwule Männer und lesbische Frauen unrechtmäßige Forderungen nach Veränderungen stellen, (2) die Diskriminierung schwuler Männer und lesbischer Frauen der Vergangenheit angehört und (3) schwule Männer und lesbische Frauen die Bedeutung ihrer sexuellen Orientierung überbewerten und sich dadurch von der Mehrheitsgesellschaft ausgrenzen (Morrison & Morrison,

2003; Morrison, Morrison & Franklin, 2009; vgl. Brooks, Luyt, Zawisza & McDermott, 2020). Dazu kommen Mikroaggressionen. Überlegen Sie, ob und wann Sie das letzte Mal in einem negativen Kontext „das ist schwul“ gesagt haben. Auch wenn keine queere Person direkt beleidigt wird, ist dies eine Form von Diskriminierung, weil das Wort schwul in dieser Situation etwas Negatives bezeichnet. Ein anderes, klassisches Beispiel ist die Frage danach, wer der Mann und wer die Frau in einer homosexuellen Beziehung ist. Diese kleinen, spontanen Handlungen zeigen unbewusste Vorurteile und werden als Mikroaggressionen bezeichnet. Sie sind subtile Verhaltensweisen und Äußerungen, die, oft unbewusst oder unbeabsichtigt, feindselige oder herabwürdigende Botschaften vermitteln (vgl. Nadal et al., 2016). Dabei ist eine kleine Handlung unter Umständen nicht dramatisch, aber Angehörige einer Minorität erleben sie täglich und mehrfach mit weitreichenden Folgen. Mikroaggressionen wirken sich negativ auf die Gesundheit (→ [Gesundheit](#)), das Wohlbefinden und den Selbstwert von Personen aus (vgl. Nadal et al., 2016). Dieser Zusammenhang lässt sich über den Minoritätenstress erklären (Meyer, 2003; vgl. Merz & Lemke, 2020): Offene Diskriminierung, Mikroaggressionen und der Umgang mit der eigenen sexuellen und geschlechtlichen Identität in einer heteronormativen Gesellschaft (→ [Vielfalt](#)) führen zu (negativem) Stress, den heterosexuelle, endo, cis Menschen nicht erleben können und (glücklicherweise) auch nicht müssen.

Queere Menschen können einerseits tatsächlich von Diskriminierung und Ablehnung betroffen sein (*enacted stigma*), andererseits können sie sie auch befürchten (*anticipated stigma*) bzw. allgemein in der Bevölkerung wahrnehmen (*felt stigma*), was auch stressauslösend wirken kann. Weitergehend können sie auch selbst Vorurteile gegenüber der Eigengruppe aufbauen (*internalized stigma*; vgl. Earnshaw & Chaoir, 2009; Merz & Lemke, 2020; Tröster & Pulz, 2020). Es wurde angenommen, dass die Selbststigmatisierung, also die Übernahme der negativen Bewertung für die Eigengruppe, zu einer „beschädigten Identität“ führt. Dies lässt sich empirisch jedoch nicht uneinge-

schränkt bestätigen (vgl. Tröster & Pulz, 2020). Angenommen wird, dass Angehörige einer Minorität im Laufe ihrer Entwicklung Bewältigungsstrategien aufbauen (Tröster & Pulz, 2020). Einerseits müssen queere Menschen ihre Identität härter erarbeiten als heterosexuelle, endo, cis Menschen, weil es keine bzw. weniger Orientierungen und Rollenmodelle gibt, andererseits müssen sie sich ständig in der heteronormativen Welt verhalten (→ Vielfalt). Das Stigmamanagement, also der Umgang mit Stigmatisierung, kann unterschiedliche Strategien umfassen und unterscheidet sich je nach Person und zugehörigem Stigma (Tröster & Pulz, 2020):

- Steigerung der Attraktivität des sozialen Austauschs (Stigma beseitigen, kaschieren oder verheimlichen)
- Vermeidung stigmatisierender sozialer Kontakte und Situationen
- Zurücknahme des persönlichen Engagements (Anpassung von Lebenszielen, z. B. Karriereziele weichen Zielen im Privatleben)
- Pflege alternativer Beziehungen
- Externale Attribution (Ausgrenzung als Resultat von Vorurteilen ansehen, nicht aufgrund der eigenen Person)

Die allgemeinen Prozesse der Diskriminierung sind für sexuelle und geschlechtliche Minoritäten vergleichbar, es gibt jedoch bedeutende Unterschiede. So ist Homosexualität inzwischen häufiger medial vertreten und hat mehr Sichtbarkeit, was zu mehr Akzeptanz in der Gesellschaft führen kann. Andererseits sind z. B. Transitionsprozesse nicht bzw. aufwendig zu verbergen. Dadurch müssen sich trans* Menschen meist „outen“, was für schwule Männer oder lesbische Frauen nicht in jeder Situation notwendig ist. Beide Situationen sind jedoch mit hohen psychischen Kosten verbunden: Auf der einen Seite wird bei offensichtlichen Merkmalen Diskriminierung erlebt und auf der anderen Seite leben Personen mit nicht-offensichtlichem, verheimlichtem Stigma in ständiger Angst eines ungewollten Outings (vgl. Tröster & Pulz, 2020).

Befunde zur Stereotypisierung und Diskriminierung queerer Menschen

Menschen kategorisieren andere als homo- oder heterosexuell auf Grundlage von indirekten Merkmalen, z. B. des physischen Erscheinungsbildes, von Körpersprache, Stimmeigenschaften, Mimik, Gestik und sprachlichem Ausdruck (vgl. Fasoli, Maass, Paladino & Sulpizio, 2017). Diese Kategorisierungen sind dabei relativ akkurat und zutreffend, es gibt also ein einigermaßen gut funktionierendes „Gaydar“ (vgl. Fasoli et al., 2017). Die Beurteilung, ob eine Person homo- oder heterosexuell ist, beruht meist auf der Annahme, dass homosexuelle Menschen mehr gegengeschlechtliche Eigenschaften besitzen bzw. in einem stärkeren Ausmaß (*gender inversion theory*, welche auf einem binären Geschlechtermodell basiert; Kite & Deauy, 1987). D. h. lesbische Frauen werden maskuliner und weniger feminin beschrieben als heterosexuelle Frauen sowie schwule Männer femininer und weniger maskulin als heterosexuelle Männer (u. a. Blashill & Powlishta, 2009; Fasoli et al., 2017; Kranz, Pröbstle & Evidis, 2017). Dies hat auch Einfluss auf die affektive (emotionale) Bewertung von homosexuellen Menschen. In einer Studie zeigen heterosexuelle Männer mehr Sympathie für maskuline Schwule als für feminine. Demgegenüber weisen sowohl heterosexuelle Frauen als auch Männer mehr Sympathie für feminine als für maskuline Lesben auf (Cohen, Hall & Tuttle, 2009).

Homonegativität ist insgesamt variabel und Beurteilungen von Eigenschaften können sowohl positiv als auch negativ sein, abhängig von der erfragten Domäne (Brooks et al., 2020). So zeigt sich (deskriptiv), dass schwule Männer warmherziger, aber weniger kompetent beschrieben werden als heterosexuelle Männer (u. a. Asbrock, 2010; Bye, Herrebrøden, Hjetland, Røyset & Westby, 2014; Durante et al., 2013). Kranz und Kolleg*innen (2017) sprechen auch vom *nice gay guy* (der nette, schwule Mann). Lesbische Frauen hingegen werden weniger warmherzig, dafür aber dezent kompetenter beurteilt als heterosexuelle Frauen (Asbrock, 2010).

Bei der Leipziger Autoritarismus Studie 2020 (Decker et al., 2020) fanden 35,1 % der Befragten, dass es ekelhaft ist, wenn sich Homo-

sexuelle in der Öffentlichkeit küssen. Homosexualität wird von 9,2 % der Befragten als Krankheit angesehen, die geheilt werden kann, und dem gegenüber von 78,6 % als etwas „völlig Normales“ (Decker et al., 2020). Bei Küpper, Klocke und Hoffmann (2017) lehnten 72,3 % die Aussage „Homosexualität ist unmoralisch“ vollkommen ab (weitere 18,0 % stimmten der Aussage „eher nicht zu“). Weitergehend betrachteten sie die Zuneigung in der Öffentlichkeit differenzierter: Zuneigung zwischen zwei Männern wird stärker abgelehnt als Zuneigung zwischen zwei Frauen. Am wenigsten wird die Zuneigung zwischen einer Frau und einem Mann abgelehnt.

Bisexualität ist nicht im gleichen Maß untersucht wie Homosexualität. Es zeigte sich jedoch, dass Bisexualität häufig mit Unentschlossenheit (z. B. in Aussagen wie „Bi ist die Straße nach Gay Town“) und Promiskuität sowie der Unfähigkeit, eine langfristige, monogame Beziehung zu führen, verknüpft wird (vgl. Zivony & Lobel, 2014; Zivony & Saguy, 2018). Auch die empirischen Befunde zur Stereotypisierung geschlechtlicher Minoritäten sind rar. Stereotype Bilder gegenüber trans* Frauen und Männern wurden von Gazzola und Morrison (2014) untersucht. Folgende fünf Zuschreibungen waren die häufigsten für trans* Frauen: (1.) verwirrt, (2.) im falschen Körper geboren, (3.) schwul (*gay*), (4.) Butch (maskuline Frau) und (5.) ausgestoßen. Demgegenüber wurde trans* Männer Folgendes zugeschrieben: (1.) verwirrt, (2.) ausgestoßen, (3.) im falschen Körper geboren, (4.) Butch (maskuline Frau) und (5.) schwul (*gay*). Es fällt auf, dass die häufigsten Zuschreibungen für trans* Männer und Frauen die gleichen sind, sie variieren nur in der Reihenfolge (und somit im relativen Anteil der Zuschreibung). „Verwirrt“ und „psychisch krank“ sind zwei der bedeutsamsten Zuschreibungen, die trans* Menschen erfahren müssen (vgl. Gazzola & Morrison, 2014; Howansky, Wilton, Young, Abrams & Clapham, 2019).

Wie ausgeprägt erleben queere Menschen nun Diskriminierung? Der Anteil von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und trans* Menschen in Deutschland, die von Diskriminierung (innerhalb eines Jahres) berich-

ten, liegt nach einer großen Umfrage der EU (European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2020) bei 36 %, was fast dem europäischen Durchschnitt entspricht (38 %). D. h. jede dritte queere Person erlebt Diskriminierung. Trans* (48 %) und inter* Menschen (42 %) erleben Diskriminierung mit höherer Wahrscheinlichkeit. Von tätlichen und sexuellen Angriffen (innerhalb von fünf Jahren) berichten 11 % der befragten queeren Europäer*innen und 13 % der deutschen. Erschreckend ist, dass viele queere Menschen dies nicht zur Anzeige bringen. So berichten die befragten Europäer*innen, dass eine Meldung nichts bewirken würde und/oder dass es nicht wert sei, diskriminierende Handlungen zu melden, weil sie ständig passieren. Einige befürchten auch negative Reaktionen der Polizist*innen.

Klassische Homosexuellenfeindlichkeit nimmt insgesamt ab. So stimmen 94,6 % der Deutschen tendenziell zu, dass homosexuelle Menschen vor Diskriminierung gesetzlich geschützt sein sollten (Küpper et al., 2017). Die Akzeptanz von homosexuellen Menschen sinkt andererseits, „je konkreter es um proaktive Handlungen für die Gleichstellung mit Blick auf Kinder geht“ (Küpper et al., 2017, S.60). Außerdem ist es für Menschen in Deutschland unangenehmer, wenn das eigene Kind homosexuell ist, als wenn eine nicht nahestehende Person im Umfeld schwul oder lesbisch ist (z. B. Arbeitskolleg*in; Küpper et al., 2017). Es ist jedoch anzunehmen, dass Eltern homosexueller Kinder die Frage positiver beantworten.

Was geben die Befunde zur Trans*feindlichkeit in Deutschland her? Der Aussage, dass Trans*sein nicht normal sei, stimmten 14,9 % voll und ganz zu, 18,3 % eher zu, 21,2 % eher nicht zu und 45,7 % überhaupt nicht zu (Küpper et al., 2017). Zusammengenommen heißt das, dass 54,3 % der Befragten Trans*sein in unterschiedlicher Intensität als nicht normal beschrieben. Die Forschung zur Diskriminierung von trans* und inter* Menschen ist insbesondere in Deutschland noch sehr selten. Es gibt jedoch einen engen „Zusammenhang zwischen der Abwertung von homosexuellen und trans* Personen [...] – wer Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung abwertet, wertet häufig auch

Menschen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität ab und umgekehrt“ (Küpper et al., 2017, S.73).

Fazit

Vorurteile sind affektiv-emotional bewertete kognitive Repräsentationen (Vorstellungen) von sozialen Gruppen. Sie führen einerseits zur Marginalisierung und Diskriminierung von Menschen, andererseits haben Stereotype spezifische vorteilhafte Funktionen: (1.) erleichterte Informationsverarbeitung, (2.) Schutz vor Fremdem und Unbekanntem, (3.) Steigerung des Selbstwerts und (4.) Stärkung der (eigenen) Gruppen. Diese Mechanismen können als evolutionär entstanden angesehen werden (vgl. Neuberg & Cottrell, 2009). Auch wenn einige Phänomene mit evolutionären Theorien erklärt werden können, ist das Verständnis über Stereotypisierung nicht ohne sozialisationsbasierte Theorien möglich.

Wie können Sie Stereotype nun abbauen? Es gibt eine Reihe von Maßnahmen, Trainings und Strategien, die je nach Zielgruppe, Situation und Kontext unterschiedlich wirksam sind (vgl. Wagner & Farhan, 2020). Stereotype sind innerhalb eines kulturellen Raums sozial geteilt. Das bedeutet, dass stereotype Bilder nur über einen gewissen historischen Zeitraum veränderbar sind – dies ist also eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe (z.B. Einführung von Antidiskriminierungsgesetzen sowie rechtliche Gleichstellung → Rechte). Stereotype werden von den meisten Menschen gelernt, wenngleich nicht jede Person zustimmt, dass die Stereotype zutreffende Beschreibungen sind (Stereotypakzeptierung; vgl. Werth, Seibt & Mayer, 2020). Die Stereotypakzeptierung kann durch Maßnahmen der Wissensvermittlung und Aufklärung oder durch Kontakt (auf Augenhöhe) mit entsprechenden Gruppenmitgliedern abgebaut werden. Weitergehend können Empathie-Trainings und Methoden zum Perspektivwechsel hilfreich sein, um negative Emotionen zu minimieren oder gar abzubauen.

Eine Problematik betrifft den Aspekt der Mikroaggressionen. Direkte, offene und feindselige Diskriminierung ist ein Aspekt, der kon-

trollierbar ist. Menschen, die vorurteilsfrei sein möchten, werden dies nicht (oder nur sehr selten) machen. Aber auch Menschen, die vorurteilsfrei sein möchten, zeigen Mikroaggressionen – und diese sind häufig unbewusst sowie weniger beeinflussbar. Deswegen benötigen Menschen aus marginalisierten Gruppen Copingstrategien (Strategien zur Bewältigung von Stress) und „Safe(r) Spaces“, um mit Mikroaggressionen umgehen zu können.

Stereotype gegenüber queeren Gruppen haben sich im Laufe der Zeit geändert. Queere Menschen werden heute positiver wahrgenommen als noch vor wenigen Jahrzehnten und auch die juristischen Fortschritte haben sich eingestellt (→ Rechte). Nichtsdestotrotz gibt es Strömungen in Deutschland, die sich u. a. gegen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt aussprechen, und queere Menschen, die Diskriminierung und tätliche Angriffe erfahren. Es ist einiges zu tun, um weitere Fortschritte zu erreichen und bereits Er kämpftes aufrecht zu erhalten – von der Politik, der Gesamtgesellschaft, jeder Institution und von jeder einzelnen Person!

Literatur

- ASBROCK, F. (2010). Stereotypes of Social Groups in Germany in Terms of Warmth and Competence. *Social Psychology*, 41, 76-81. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000011>
- BEELMANN, A., & NEUDECKER, C. (2020). Entwicklungspsychologische Grundlagen für die Entstehung von Vorurteilen. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 113-124). Weinheim: Beltz.
- BLASHILL, A., J., & POWLISHTA, K. K. (2009). Gay Stereotypes: The Use of Sexual Orientation as a Cue for Gender-Related Attributes. *Sex Roles*, 61, 783-793. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9684-7>
- BROOKS, A. S., LUYT, R., ZAWISZA, M., & MCDERMOTT, D. T. (2020). Ambivalent Homoprejudice Towards Gay Men: Theory Development and Validation. *Journal of Homosexuality*, 67, 1261-1289. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1585729>
- BURKE, S. E., DOVIDIO, J. F., PRZEDWORSKI, J. M., HARDEMAN, R. R., PERRY, S. P., PHELAN, S. M., ET AL. (2015). Do Contact and Empathy Mitigate Bias Against Gay and Lesbian People among Heterosexual First-Year Medical Students? A Report from the Medical Student CHANGE Study. *Academic Medicine*, 90, 645-651. <https://doi.org/10.1097%2FACM.0000000000000661>
- BURKE, B. L., MARTENS, A., & FAUCHER, E. H. (2010). Two Decades of Terror Management Theory: A Meta-analysis of Mortality Salience Research. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 155-195. <https://doi.org/10.1177%2F1088868309352321>

- BYE, H. H., HERREBRØDEN, H., HJETLAND, G. J., RØYSET, G. Ø., & WESTBY, L. L. (2014). Stereotypes of Norwegian Social Groups. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 469-476. <https://doi.org/10.1111/sjop.12141>
- COHEN, T. R., HALL, D. L., & TUTTLE, J. (2009). Attitudes Toward Stereotypical Versus Counterstereotypical Gay Men and Lesbians. *The Journal of Sex Research*, 46, 274-281. <https://doi.org/10.1080/00224490802666233>
- COTNER, C., & BURKLEY, M. (2013). Queer Eye for the Straight Guy: Sexual Orientation and Stereotype Lift Effects on Performance in the Fashion Domain. *Journal of Homosexuality*, 60, 1336-1348. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.806183>
- CUDDY, A. J. C., FISKE, S. T., & GLICK, P. (2008). Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception: The Stereotype Content Model and the Bias Map. *Advances in Experimental Psychology*, 40, 61-14. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)
- DECKER, O., & BRÄHLER, E. (Hg.) (2020). *Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments – neue Radikalität. Gießen: Psychosozial-Verlag.* <https://www.boell.de/sites/default/files/2020-11/Decker-Braehler-2020-Autoritaere-Dynamiken-Leipziger-Autoritarismus-Studie.pdf>
- DECKER, O., KIESS, J., SCHULER, J., HANDKE, B., PICKEL, G., & BRÄHLER, E. (2020). Die Leipziger Autoritarismus Studie 2020: Methoden, Ergebnisse und Langzeitverlauf. In O. Decker & E. Brähler (Hg.), *Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments – neue Radikalität* (S. 27-87). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- DEGNER, J., & DALEGE, J. (2013). The Apple Does Not Fall Far from the Tree, or Does It? A Meta-Analysis of Parent-Child Similarity in Intergroup Attitudes. *Psychological Bulletin*, 130, 1270-1304. <https://doi.org/10.1037/a0031436>
- DOBELLI, R. (2011). *Die Kunst des klaren Denkens. 52 Denkfehler, die Sie besser anderen überlassen.* München: Carl Hanser.
- DURANTE, F., FISKE, S. T., KERVYN, N., CUDDY, A. J. C., AKANDE, A., D., ADETOUN, B. E., ET AL. (2013). Nations' Income Inequality Predicts Ambivalence in Stereotype Content: How Societies Mind the Gap. *The British Journal of Social Psychology*, 52, 726-746. <https://doi.org/10.1111/bjso.12005>
- EARNSHAW, V. A., & CHAUDOIR, S. R. (2009). From Conceptualizing to Measuring Hiv Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS and Behavior*, 13, 1160-1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (2013). *EU LGBTI II. A Long Way to Go for LGBTI Equality.* Luxemburg: Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results>
- FASOLI, F., MAASS, A., PALADINO, M. P., & SULPIZIO, S. (2017). Gay- and Lesbian-Sounding Auditory Cues Elicit Stereotyping and Discrimination. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 1261-1277. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0962-0>
- FISKE, S. T., & NEUBERG, S. L. (1990). A Continuum of Impression Formation, from Category-Based to Individuating Processes: Influences of Information and Motivation on Attention and Interpretation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 23, 1-74. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60317-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60317-2)
- GAZZOLA, S. B., & MORRISON, M. A. (2014). Cultural and Personally Endorsed Stereotypes of Transgender Men and Transgender Women: Notable Correspondence or Disjunction? *International Journal of Transgenderism*, 15, 76-99. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.937041>
- GOFFMANN, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity.* New York, NY: Simon & Schuster Inc.
- HALTOM, T. M., & WORTHEN, M. G. F. (2014). Male Ballet Dancers and Their Performances of Heteromascularity. *Journal of College Student Development*, 55, 757-778. <https://doi.org/10.1353/csd.2014.0084>

- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HOWANSKY, K., WILTON, L. S., YOUNG, D. M., ABRAMS, S., & CLAPHAM, R. (2019). (Trans)gender Stereotypes of Gender Identity Stereotypes. *Self and Identity*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1617191>
- KITE, M. E., & DEAUX, K. (1987). Gender Belief Systems: Homosexuality and the Implicit Inversion Theory. *Psychology of Women Quarterly*, 11, 83–96. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1987.tb00776.x>
- KRANZ, D., PRÖBSTLE, K., & EVIDIS, A. (2017). Are All the Nice Guys Gay? The Impact of Sociability and Competence on the Social Perception of Male Sexual Orientation. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(1), 32-39. <https://doi.org/10.1037/men0000034>
- KÜPPER, B., KLOCKE, U., & HOFFMANN, L.-C. (2017). Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Umfragen/Umfrage_Einstellungen_geg_lesb_schwulen_und_bisex_Menschen_DE.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- MERZ, S., & LEMKE, R. (2020). Das gesellschaftliche Meinungsklima über Homosexualität. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 388-404). Weinheim: Beltz Juventa.
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- MORRISON, M. A., & MORRISON, T. G. (2003). Development and Validation of a Scale Measuring Modern Prejudice Toward Gay Men and Lesbian Women. *Journal of Homosexuality*, 43(2), 15-37. https://doi.org/10.1300/J082v43n02_02
- MORRISON, M. A., MORRISON, T. G., & FRANKLIN, R. (2009). Modern and Old-Fashioned Homonegativity among Samples of Canadian and American University Students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40, 523–542. <https://doi.org/10.1177/0022022109335053>
- NADAL, K. L., WHITMAN, C. N., DAVIS, L. S., ERAZO, T., & DAVIDOFF, K. C. (2016). Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of Literature. *The Journal of Sex Research*, 53, 488-508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- NEUBERG, S. L., & COTTRELL, C. A. (2006). Evolutionary Bases of Prejudices. In M. Schaller, J. A. Simpson & D. T. Kenrick (Hg.), *Evolution and Social Psychology* (S. 153-188). New York, NY: Psychology Press.
- PETERSEN, L.-E. (2020). Die Theorie der sozialen Identität. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 250-257). Weinheim: Beltz.
- PETERSEN, L.-E., & SIX, B. (Hg.) (2020). *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- SCHIMEL, J., SIMON, L., GREENBERG, J., PYSZCZYNSKI, T., SOLOMON, S., WAXMONSKY, J., & ARNDT, J. (1999). Stereotypes and Terror Management: Evidence That Mortality Salience Enhances Stereotypic Thinking and Preferences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 905-926. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.905>
- SIX-MATERNA, I. (2020). Sexismus. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 136-152). Weinheim: Beltz.
- STANGOR, C. (2009). The Study of Stereotyping, Prejudice, and Discrimination Within Social Psychology. A Quick History of Theory and Research. In T. D. Nelson (Hg.), *Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination* (S. 1-22). New York, NY: Taylor & Francis.

-
- STEFFENS, M. C., & WAGNER, C. (2009). Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 241-262). Wiesbaden: VS.
- TRÖSTER, H., & PULZ, I. (2020). Stigma und Stigmatisierung. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 173-184). Weinheim: Beltz.
- WAGNER, U., & FARHAN, T. (2020). Programme zur Prävention und Veränderung von Vorurteilen gegenüber Minderheiten. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 317-326). Weinheim: Beltz.
- WERTH, L., DENZLER, M., & MAYER, J. (2020). *Sozialpsychologie – Das Individuum im sozialen Kontext. Wahrnehmen – Denken – Fühlen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- WERTH, L., SEIBT, B., & MAYER, J. (2020). *Sozialpsychologie – Der Mensch in sozialen Beziehungen. Interpersonale und Intergruppenprozesse* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- WILLIAMS, S. L., & FREDRICK, E. G. (2015). One Size May Not Fit All: The Need for a More Inclusive and Intersectional Psychological Science on Stigma. *Sex Roles*, 73, 384-390. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0491-z>
- ZICK, A. (2020). Rassismus. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 125-135). Weinheim: Beltz.
- ZIVONY, A., & LOBEL, T. (2014). The Invisible Stereotypes of Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1165-1176. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0263-9>
- ZIVONY, A., & SAGUY, T. (2018). Stereotype Deduction About Bisexual Women. *The Journal of Sex Research*, 55, 666-678. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1437116>

Autor*in

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des BMFSFJ geförderten „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de

4. Diversity und Intersektionalität: Ein kurzer Vergleich anhand von zwei Modellen¹

Diversity (Diversität), Heterogenität und Intersektionalität sind Begriffe, mit denen auf die Vielfalt von Menschen, Existenz- und Lebensweisen verwiesen wird, mit dem Ziel ihrer Anerkennung. Häufig werden sie synonym verwendet, doch sind mit den Begriffen sehr unterschiedliche Konzepte verbunden. Anhand der Begriffe Diversity und Intersektionalität möchte ich in diesem Beitrag exemplarisch zwei Konzepte und ihre Unterschiede vorstellen. Damit verbinde ich eine Kritik an dem sehr beliebten Kreis-Modell „Four Layers of Diversity“, auf das immer wieder zurückgegriffen wird, um Diversity zu visualisieren: Es macht eine personale Vielfalt sichtbar, wobei jedoch Geschlecht tendenziell naturalisiert wird und Machtverhältnisse un(ter)bestimmt bleiben. Dem stelle ich das Konzept der Intersektionalität gegenüber, das soziale Ungleichheiten zum Ausgangspunkt nimmt und die Verschränkungen von Differenzkategorien hervorhebt. Statt Identitäten werden dabei Positionierungen im sozialen Raum betrachtet. Hierfür schlage ich ein Würfelmodell als Visualisierung vor. Die mit dem Intersektionalitätskonzept verbundene Blickverschiebung, die auch auf das Diversitykonzept reagiert, kann hilfreich für die eigene (Selbst-)Reflexion sein.

Personale Vielfalt: Das „Four Layers of Diversity“-Modell

Diversity wird in verschiedenen Kontexten unterschiedlich verstanden. In den letzten Jahren sind die Modelle vielfach diskutiert und weiterentwickelt worden. Die Kreisdarstellung „Four Layers of Diversity“ von Gardenswartz und Rowe (2003; kurz: Four-Layers-Modell; s. Ab-

¹ Dieser Text ist eine Überarbeitung von Wedl (2018).

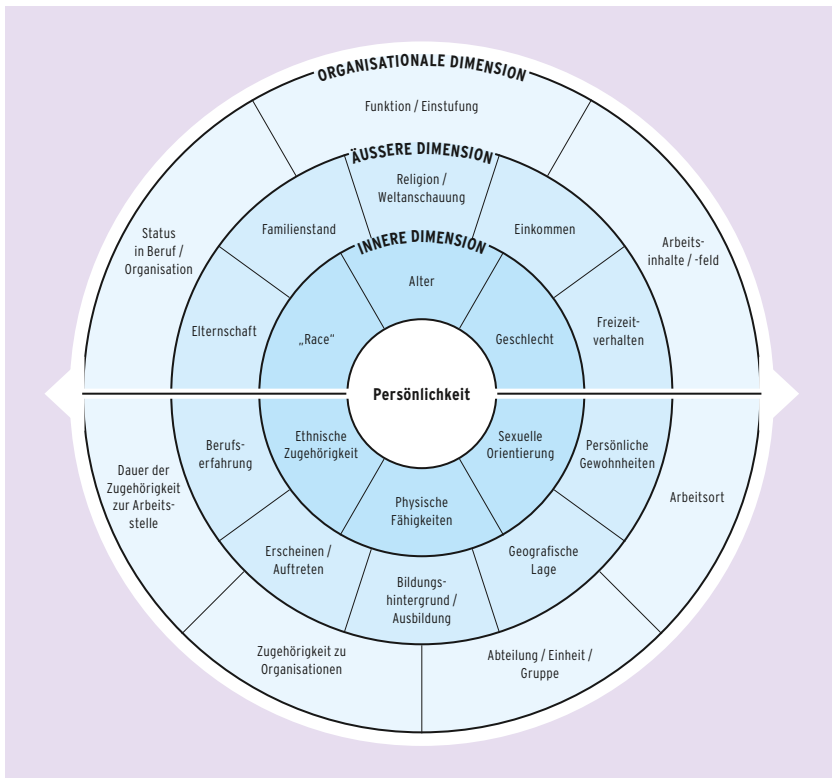


Abbildung 1: Das Modell der „Four Layers of Diversity“ nach Gardenwartz und Rowe (2003)

bildung 1) erfreut sich im deutschsprachigen Raum konstanter Beliebtheit und ist zum zentralen Referenzpunkt für Diversity geworden, zum Beispiel in Gender- und Diversity-Trainings. Deshalb wird es hier als Beispiel für Diversity-Konzepte diskutiert.

Das Four-Layers-Modell geht davon aus, dass Diversitätsfaktoren verschiedene Ebenen der Persönlichkeit bilden: Drei Kreise legen sich um die Persönlichkeit, die als „einzigartiger Kern“ einer einmaligen Kombination persönlicher Charakteristika gilt. Im ersten Kreis um diesen Persönlichkeitskern sind die „inneren Dimensionen“ bzw. „Kerndimensionen“ angeordnet. Diese gelten als vom Individuum relativ un-

veränderbar und bei Geburt festgelegt. Dazu gehören u. a. das Alter, das Geschlecht, die sexuelle Orientierung und die ethnische Zugehörigkeit. Auf der nächsten Ebene befinden sich die „äußeren Dimensionen“, die als bis zu einem gewissen Grad veränderbar und frei wählbar beschrieben werden: Hierzu gehören u. a. Religion/Weltanschauung (die laut den Autor*innen auch der inneren Dimension zugeordnet werden kann), Aussehen, Einkommen und persönliche Gewohnheiten, aber auch Elternschaft. Soziale Herkunft erscheint in der Darstellung von 2003 nicht, obwohl dies ein wichtiger unveränderbarer Faktor ist. Die äußerste Ebene umfasst als „organisationale Dimensionen“ Aspekte, die das Arbeitsleben sowie die Position in einer Organisation bestimmen und meist im Leben mehr oder weniger häufig wechseln wie Arbeitsort und Arbeitsfeld/-inhalt.

Damit ist das Modell eingänglich und mehrdimensional, ohne dass die Diversitätsfaktoren alle auf der gleichen Ebene angeordnet sind – im Unterschied zu ebenfalls kursierenden Vorstellungen wird Diversität hier nicht zu einer Art Blumenstrauß mit beliebig vielen Diversitätsfaktoren, ohne ihre sozial-strukturelle Formung und Wirkungsweise zu berücksichtigen. Jedoch ist das Four-Layers-Modell auch kritisch zu bewerten. Mein Hauptkritikpunkt liegt in der Beschreibung von Eigenschaften als veränderbar oder unveränderbar: Geschlecht, sexuelle Orientierung sowie physische Fähigkeiten werden als quasi unveränderlich klassifiziert, womit das Modell Gefahr läuft, eine Naturalisierung dieser Kategorien zu re-/produzieren. So ist in Bezug auf Geschlecht zu berücksichtigen, dass das bei Geburt zugewiesene Geschlecht nicht mit der Geschlechtsidentität (z. B. trans*, nicht-binär, genderfluid) oder den körperlichen Merkmalen (z. B. inter*) übereinstimmen muss und somit durchaus Veränderungen des Geschlechts auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden können, u. a. in der eigenen Identifizierung, dem Geschlechtsausdruck, dem juristischen Geschlecht oder dem wahrgenommenen Körpergeschlecht (zu den Ebenen von Geschlecht s. Spahn, 2018 → [Vielfalt](#)). Wird jedoch unter Geschlecht explizit das innere, selbstbestimmte Geschlecht verstanden – was aber dennoch

auch variabel sein kann – so kann die Setzung als unveränderlich auch vielfaltsoffen und -unterstützend gelesen werden. Doch dafür müssen die Differenzfaktoren explizit in dieser Ambiguität reflektiert werden, damit sie nicht einer Naturalisierung Vorschub leisten. Aber auch eine mögliche Flexibilität der sexuellen Orientierung sowie die Veränderbarkeit von physischen Fähigkeiten, sowohl durch Unfälle, Krankheiten oder Alterserscheinungen als auch durch Übungs- und Lernprozesse und therapeutisch-medizinische Unterstützung werden außen vor gelassen. Im Unterschied dazu wird Elternschaft als zu einem gewissen Grad veränderbar bzw. frei wählbar eingestuft. Wenn auch häufig, so ist doch eine Schwangerschaft nicht immer zu einem gewissen Grad frei gewählt oder veränderbar und einmal gegeben, lässt sich der Fakt der Elternschaft selbst nicht mehr ändern, nur ihre Ausgestaltung, z. B. durch Adoptionsfreigabe oder durch Veränderung der Kontaktintensität. Nichtsdestotrotz kann anerkannt werden, dass Veränderungen von Merkmalen der „inneren Dimension“ – aber auch einige der „äußeren Dimension“, insbesondere Religion und Weltanschauung – für die meisten Menschen schwieriger bzw. zeitintensiver sind. Auch in der Eigenwahrnehmung werden sie zumeist als dauerhafter wahrgenommen als die Merkmale der „äußeren Dimension“ oder gar der „organisatorischen Dimension“. Sichtbar wird an dem Modell die Begrenztheit und die Problematik einer starren Einordnung als un-/veränderbar, wählbar oder bei Geburt festgelegt.

Das Bild des Four-Layers-Modells knüpft an klassische Identitätsvorstellungen an, die von einem unveränderlichen „inneren Kern“ der Persönlichkeit ausgehen. Doch genau diese Vorstellungen wurden vielfach als ungeeignet für die Beschreibung von Identitätsprozessen kritisiert: „Selbst die Kernbestände unserer Identitätskonstruktionen – Geschlechtsidentität, Klassenidentität, ethnische Identität – haben ihre ‚natürliche‘ Qualität als Identitätsgaranten verloren“ (Eickelpasch & Rademacher, 2004, S. 28). Ein entsprechendes Modell von Identität sollte – anders als im Four-Layers-Modell – die bis zu einem gewissen Grad vorhandene Einheitlichkeit und Beständigkeit dieser und weiterer

Kategorien als Zusammenspiel von Prädispositionen (z. B. biologisch und sozial) und insbesondere gesellschaftlichen Konstruktionen stärker vermitteln. Dieses trägt auch dem Umstand Rechnung, dass die Art und Weise, wie Differenzkategorien verstanden werden, immer sozial bestimmt und kontextabhängig sind. Nehmen wir das Beispiel Geschlecht: Die Festlegung auf zwei Geschlechter (Frau und Mann) ist nicht die einzig mögliche Geschlechterordnung, sondern Teil einer sozio-kulturellen Festlegung. Andere Gesellschaften kennen schon lange mehr Geschlechter und auch in der Bundesrepublik gibt es seit 2018 die dritte Geschlechtsoption „divers“ (→ Rechte). Auch der Blick auf Körper ist nicht voraussetzungslos und von der Gesellschaft losgelöst, sodass das, was wir als biologisches Geschlecht oder Körpergeschlecht begreifen, nicht nur biologisch, sondern auch sozial geprägt ist. Wir haben keine Möglichkeit, Gegenstände ohne Einfluss des Sozialen zu sehen (vgl. Butler, 1997). Die Kriterien, was geschlechtsbestimmend ist und wie viele Geschlechter es gibt, sind historisch-kulturell unterschiedlich (s. Völger, 1997; zum historischen Wandel s. auch Voß, 2010). Insofern sind das biologische und soziale Geschlecht nicht klar voneinander zu trennen.

Mein zweiter Kritikpunkt ist insofern: Dadurch, dass das ganze Four-Layers-Modell als Persönlichkeitsmodell entworfen ist, werden gesellschaftliche Verhältnisse zu persönlichen, identitätsstiftenden Eigenschaften. Problematisch ist dies bei allen Menschen, die ihre Identität nicht mit den ihnen zugeteilten Kategorien oder den damit verbundenen sozialen Verhältnissen in Einklang bringen bzw. diese nicht (wie in dem Modell angenommen) identitätsstiftend sind. Nehmen wir auch hier das Beispiel Geschlecht: Inter* Menschen wurden sowohl rechtlich als auch durch geschlechtsnormierende medizinische Eingriffe bis 2013 entweder dem weiblichen oder dem männlichen Geschlecht zugeordnet (→ Menschenbild → Rechte). Trans* Personen können auch seit 2018 nicht den Geschlechtseintrag „divers“ wählen. In beiden Fällen ist das anerkannte Geschlecht nicht selbstbestimmt und häufig nicht kongruent mit der persönlichkeitsbildenden geschlechtlichen

Identifizierung, sondern von dem rechtlichen Geschlechtermodell abhängig. Dieser Zusammenhang wird im Four-Layers-Modell nicht mit abgebildet, sodass die Verschränkung der Differenzierungslogiken mit Machtverhältnissen außen vor bleibt. Die mit den Differenzierungen verbundenen Normierungen, Hierarchisierungs- und Ein- bzw. Ausschließungsprozesse bleiben unberücksichtigt. Wenn aber Normen, Normierungen und Normalisierungen aus dem Blickfeld geraten, besteht die Gefahr, „dass soziale Differenzen als Abweichungen von einer unhinterfragten Norm codiert“ (Engel, 2002, S. 85) sind.

Verortung im sozialen Raum: Intersektionalität als Würfel-Modell

Anders konzipiert ist das Konzept der Intersektionalität: Es rahmt Differenzierungslogiken in gesellschaftlichen Verhältnissen. Zusammenfassend geht es darum, verschiedene Formen sozialer Ungleichheiten in ihrer Eigenständigkeit und gegenseitigen Verschränkung zu erfassen. „Unter Intersektionalität wird dabei verstanden, dass soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘ (*intersections*) analysiert werden müssen. Additive Perspektiven sollen überwunden werden, indem der Fokus auf das gleichzeitige Zusammenwirken von sozialen Ungleichheiten gelegt wird. Es geht demnach nicht allein um die Berücksichtigung mehrerer sozialer Kategorien, sondern ebenfalls um die Analyse ihrer Wechselwirkungen“ (Walgenbach, 2012). Dabei können (Un-) Gleichzeitigkeiten und Spannungsverhältnisse auftreten. Crenshaw führte den Begriff und das Konzept für die Diskriminierung Schwarzer Frauen ein: Die Einstellungspolitik eines Unternehmens, das Schwarze Frauen nicht berücksichtigte, wurde in der Ablehnungsbegründung einer Klage dagegen als nicht diskriminierend gewertet, weil sowohl (männliche) Schwarze als auch (Weiße) Frauen dort arbeiteten (Crenshaw, 2010). Hier wird die Bedeutung der Wechselwirkung und das Ineinandergreifen verschiedener Kategorien deutlich. Alle Menschen sind Teil intersektionaler Verhältnisse – mit Blick auf Diskriminie-

rungsverhältnisse sind dieses z.B. kopftuchtragende Muslima oder obdachlose, ältere Menschen mit chronischer Krankheit. Mit diesen Differenzierungsmerkmalen gehen verschiedene Privilegien, Marginalisierungen und Machtpositionen einher. Mit Blick auf – zumindest teilweise – privilegierte Positionen sind diese z. B. Weiße, gesunde und erfolgreiche Männer, berühmte trans* Stars oder Frauen in hohen Positionen. Die Beispiele zeigen, dass eine Zuweisung zu privilegierten oder diskriminierten Positionen immer eine relationale ist und nicht in Bezug auf alle sich kreuzende Differenzierungsmerkmale gleich ausgerichtet sein muss.

Das Konzept der Intersektionalität bezieht sich auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse. Differenzkategorien werden nicht (nur) als Teil von Persönlichkeit, sondern im Zusammenhang mit sozialen Ungleichheiten gesehen. Diese Ungleichheiten strukturieren unsere Gesellschaft hierarchisch. Bezogen auf unsere Beispiele: Männlichkeit ist z.B. in unserer Gesellschaft höher angesehen und mit Privilegien ausgestattet gegenüber Weiblichkeit, die nach wie vor strukturell diskriminiert ist, indem z.B. Frauen nicht in gleicher Weise die Führung von großen Unternehmen zugetraut wird.

Die folgende Visualisierung (Abbildung 2) bildet Intersektionalität als eine Positionierung im sozialen Raum ab, die eine gewisse Stabilität aufweist, gleichzeitig jedoch auch relational und kontextabhängig ist. Aus Gründen der Darstellbarkeit besteht sie nur aus drei Achsen: Geschlecht (*gender*), Klasse als sozio-ökonomische Verhältnisse (*class*) und ethnisiert-rassifizierte Zuordnungen (*race*). Die Skala von Minus bis Plus markiert jeweils den Grad an Bedeutung, die die Kategorie hat. Ist sie wenig bedeutend, ist die Position der Person in Hinblick auf dieses Differenzierungsmerkmal im Zentrum der Norm. Der Kreuzpunkt der Achsen im Minus ist quasi der Nullpunkt jeder Differenzkategorie, was bedeutet, dass mit der Kategorie im Alltag keine Normabweichungen verbunden sind und somit Diskriminierungen, Ausgrenzungen oder Hürden keine Rolle spielen. Je bedeutungsvoller die Kategorie ist, desto stärker entfernt sich die Positionierung der Person von der Norm

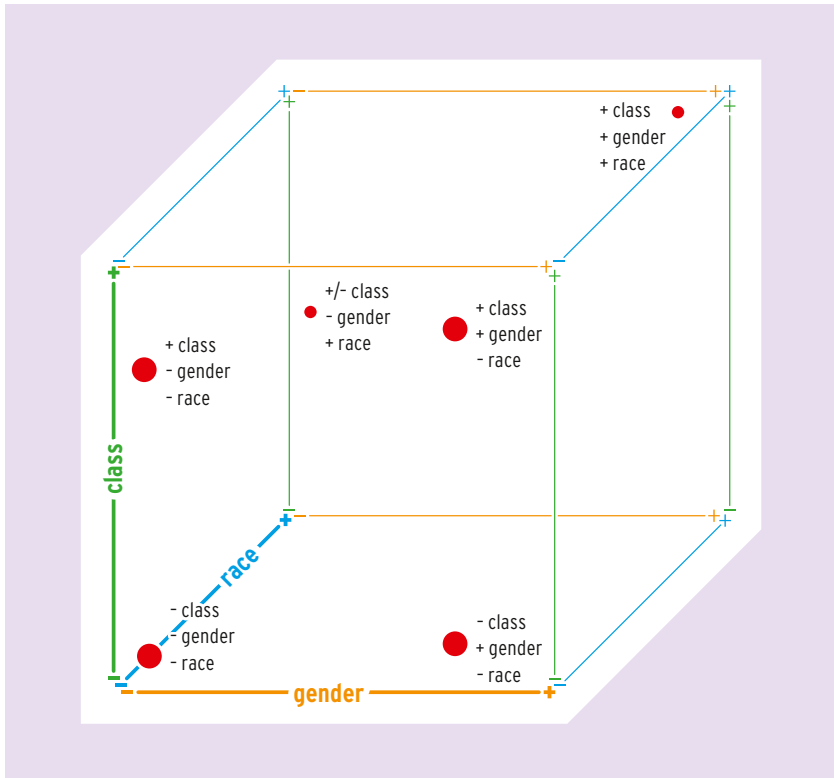


Abbildung 2: Dreidimensionale Darstellung des Konzepts der Intersektionalität

in Bezug auf dieses Merkmal. Am Kreuzungspunkt der drei Achsen ist nach wie vor meist der weiße, mittelständische bis reiche Mann situiert, der nach wie vor häufig als impliziter Maßstab für viele Dinge wie Medizin, Erwerbsarbeit oder Technik gilt (Criado-Perez, 2020). Kreckel (2004) hat mit Blick auf die soziale Ungleichheit ein Zentrum-Peripherie-Modell entwickelt, an das sich hier angelehnt wird: „Periphere Lagen sind strukturell verankerte Bedingungskonstellationen, aus denen sich für die Betroffenen Benachteiligungen hinsichtlich ihrer Zugangsmöglichkeiten zu allgemein verfügbaren und erstrebenswerten materiellen und/oder symbolischen Gütern und hinsichtlich ihres Spiel-

raums für autonomes Handeln ergeben“ (S. 43). Z. B. würde ein Weißer Mann aus der Oberschicht eher auf allen Achsen bei Minus, eine Weiße Frau aus der Mittelschicht je nach Kontext auf der Geschlechtsachse auf der Mitte der Strecke und in Bezug auf *race* ebenfalls im Minuspunkt verortet sein etc. Kontextabhängig ist die Positionierung insofern, dass nicht in allen Kontexten geschlechtliche Diskriminierungen gleich relevant gesetzt sind, auch wenn sie gesamtgesellschaftlich existieren. So sind in reinen Mädchenschulen geschlechtsbasierte Diskriminierungen bedeutungsloser als in koedukativen Kontexten oder in gleichberechtigten Beziehungen kann das Geschlecht an Gewicht verlieren. Die Beispiele beschreiben jedoch lokale Kontexte – jenseits dieser, z. B. auf der Straße und in den Medien, gewinnt auch für die Beteiligten Geschlecht wieder an Bedeutung.

In Bezug auf das Konzept der Intersektionalität ist es umstritten, wie viele Kategorien zentral sind (Walgenbach, 2012). Einige Ansätze beschränken sich auf die Differenzkategorien Geschlecht, ethnisch-nationale Zugehörigkeit, Klasse und mitunter Körper. Grundsätzlich sind weitere Kategorien wie sexuelle Orientierung, Religionszugehörigkeit oder Alter integrierbar (jedoch nicht alle in dem Modell abbildbar). Eine solche Ausweitung läuft jedoch Gefahr, in eine Beliebigkeit abzugleiten und die unterschiedlichen Funktions- und Wirkweisen der Differenzkategorien nicht gerecht zu werden (s. Degele & Winker, 2008). Eine weitere Kritik bezieht sich auf Anwendungen, die den politischen Charakter des Konzeptes verwässern und die Kategorien als gegeben beschreiben. Vielmehr müssen die Klassifizierungen und Grenzziehungen in ihrer historisch-sozialen Gewordenheit betrachtet werden.

Plädoyer für die Verschiebung des Blicks von Identität auf soziale Positionierung

Zusammenfassend zum intersektionalen Modell kann festgehalten werden: Analog zu räumlichen Anordnungen ist die Vorstellung sozialer Positionierungen der jeweilige Platz, den eine Person innerhalb eines sozialen Beziehungsgefüges und gesellschaftlicher Strukturen einnimmt. Es ist ein Ergebnis von sozialem und vergesellschaftendem

Handeln auf der Grundlage von sozialen Differenzierungen anhand von Differenzkategorien. Daraus folgt, dass die soziale Positionierung einer Weißen anders als die einer Schwarzen Person ist in Hinblick auf ethnisch-nationale Herkunft. Innerhalb dieser Gruppen jedoch hat das Geschlecht wiederum Bedeutung und eine männliche Person ist anders als eine weibliche oder eine nicht-binäre Person positioniert. Gesellschaft wird dabei als Handlungs- und Beziehungsgefüge von Akteur*innen begriffen, die in einem komplexen und vielschichtigen Prozess die sozialen Positionen (implizit und explizit) aushandeln. Die Positionierungen sind somit immer kontextabhängig und nicht statisch – sie entstehen relational zu anderen Personen. Bezeichnungen wie „Mann“ oder „arm“ verweisen auf eine binär-hierarchisierte Differenz, die mit benannt ist, in diesem Fall „Frau“ oder „reich“.

Mit dem Konzept der Intersektionalität kann verdeutlicht werden, wie gesellschaftliche Machtfelder soziale Positionierungen der Subjekte mit hervorbringen. Auf die sozialen Positionen werden die Individuen verwiesen, sie verorten sich selbst in diesen und sie wirken ebenso auf andere Menschen, indem sie die sozialen Positionen mit formen. Damit wird ein komplexes Zusammenspiel von Subjekten und gesellschaftlichen Verhältnissen, also Strukturen, in den Blick genommen. Dieses Konzept basiert auf der Vorstellung, dass Menschen nicht losgelöst voneinander sondern immer in einem relationalen Verhältnis zu Subjekten werden. Damit folgt es nicht der Vorstellung, dass Menschen autonom voneinander aus ihrem Wesen oder einem inneren (Persönlichkeits-)Kern heraus eine Identität entwickeln. Vielmehr geht die soziale Positionierung von einem relationalen Gefüge aus, wobei die einzelnen Menschen von den Verhältnissen geformt werden, aber diese auch selbst formen – und so zu (immer auch positionierten) Subjekten werden. Subjekte sind dabei nicht etwas Gegebenes, sondern werden – ebenfalls relational – in einem permanenten Prozess der gleichzeitigen Unterwerfung und Aneignung hervorgebracht (Butler, 2001). Identität wird also im sozialen Handeln sowie im gesellschaftlichen Sprach- und Beziehungsgefüge immer wieder neu erschaffen.

Diese Perspektive greift die Kritik an dem klassischen Identitätsmodell auf. Das heißt, Identität bzw. Subjektpositionen werden als mehrdimensional bzw. vielschichtig, kontextabhängig und veränderbar betrachtet (Butler, 1991).

Das Intersektionalitätsmodell kann die Fallstricke von Persönlichkeits- und Identitätskonzepten vermeiden, die für das Four-Layers-Modell aufgezeigt wurden, und dennoch die personale Ebene in den Blick nehmen. Denn es ermöglicht, die Positionierung aus unterschiedlichen Perspektiven vorzunehmen, indem die strukturellen Bedingungen aber auch die individuellen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Diese können, müssen aber nicht deckungsgleich sein. Kerner (2009, S. 46) schlägt vor, drei Dimensionen zu unterscheiden:

- die personale Dimension, die Einstellungen, Identität, Subjektivität sowie die individuelle Handlungsebene umfasst
- die epistemische Dimension von Wissen, Diskursen, Symbolen, Bildern
- die institutionelle Dimension, d. h. das institutionelle Gefüge, das strukturelle Formen der Hierarchisierung und Diskriminierung hervorbringt und stützt

Eine ähnliche Unterscheidung findet sich in der Mehrebenenanalyse von Degele und Winker (2008), in der zwischen Identitäts-, Repräsentations- und Strukturebene unterschieden wird.

Warum ist es wichtig diese Konzepte zu kennen?

Eine gute medizinische und therapeutische Betreuung muss sich am Menschen und seiner Lebenswirklichkeit orientieren (→ [Beziehung](#)) und somit die genannten drei Dimensionen berücksichtigen. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, benötigen wir eine Vorstellung davon, was die Voraussetzungen und Bedingungen sind, die sich mit den Differenzlinien wie Geschlecht, sozio-ökonomische sowie ethnisch-nationale Herkunft verbinden. Das Modell der Intersektionalität

ermöglicht, Differenzkategorien nicht ausschließlich als feste Merkmale zu betrachten, sondern das Zusammenspiel von subjektiven und strukturellen Bedingungen analytisch erfassen zu können. Diese Blickverschiebung ist hilfreich als Korrektiv gegen ein allzu verallgemeinerndes Schubladendenken. Grundlage hierfür ist auch ein kritisch-reflexiver Umgang mit Kategorien.

Dobelli (2018, S. 52-54) schreibt plakativ und illustrierend zur „Eizellen-Lotterie“: „Sie sind nicht nur in einem bestimmten Land geboren, sondern in ein Gebiet mit einer bestimmten Postleitzahl und in eine ganz bestimmte Familie hinein. Für all dies können Sie nichts. Man hat Sie mit Werten ausgestattet, mit Haltungen und Prinzipien, die Ihnen heute förderlich oder hinderlich sind und für die Sie ebenfalls nichts können. Sie sind in ein Schulsystem hineingeschlittert mit Lehrern[/Lehrkräften], die Sie sich nicht aussuchen konnten. Sie haben Krankheiten durchlitten, wurden von Schicksalsschlägen getroffen (oder davon verschont), ohne dass Sie dafür verantwortlich waren. [...] Was Sie sind, verdanken Sie Ihren Genen – und der Umwelt, in der Ihr genetischer Bauplan umgesetzt wird.“² Behalten Sie dies im Hinterkopf und hinterfragen Sie Ihre eigene Positionierung, Ihre Privilegien und Benachteiligungen, die Ihr Leben begleiten. Und in der Begegnung mit anderen Menschen kontextualisieren Sie diese auch mittels des Intersektionalitätsmodells – und denken Sie an die „Eizellen-und-Privilegien-Lotterie“ – um ein umfassenderes Verständnis verschiedener Existenz- und Lebensweisen zu ermöglichen.

Literatur

BUTLER, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

BUTLER, J. (1997). *Körper von Gewicht: Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

² Für diese Zufälligkeit sensibilisiert auch das Spiel „Identitätenlotto. Ein Spiel quer durchs Leben“, indem die Spielenden zu Beginn eine neue zufällig gezogene Spielidentität erhalten und mit dieser verschiedene Lebensthemen durchlaufen. Mehr zum Spiel unter www.identitaetenlotto.de

- BUTLER, J. (2001). *Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- CRENSHAW, K. W. (2010). Die Intersektion von „Rasse“ und Geschlecht demarginalisieren: Eine Schwarze feministische Kritik am Antidiskriminierungsrecht, der feministischen Theorie und der antirassistischen Politik. In H. Lutz, M. T. Herrera Vivar & L. Supik (Hg.), *Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes* (S. 33-54). Wiesbaden: VS.
- CRIADO-PEREZ, C. (2020). *Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert*. München: Btb Verlag.
- DEGELE, N., & WINKER, G. (2008). Praxeologisch differenzieren. Ein Beitrag zur intersektionalen Gesellschaftsanalyse. In C. Klinger & G.-A. Knapp (Hg.), *Überkreuzungen. Fremdheit, Ungleichheit, Differenz* (S. 195-209). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- EICKELPASCH, R., & RADEMACHER, C. (2004). *Identität*. Bielefeld: Transcript.
- ENGEL, A. (2002). *Wider die Eindeutigkeit. Sexualität und Geschlecht im Fokus queerer Politik der Repräsentation*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- DOBELLI, R. (2018). *Die Kunst des guten Lebens. 52 überraschende Wege zum Glück* (9. Aufl.). München: Piper.
- GARDENSWARTZ, L., & ROWE, A. (2003). *Diverse Teams at Work. Capitalizing on the Power of Diversity*. Alexandria, VA: Society for Human Resources Management.
- KERNER, I. (2009). Alles intersektional? Zum Verhältnis von Rassismus und Sexismus. *Feministische Studien*, 27, 36–50. <https://doi.org/10.1515/fs-2009-0105>
- KRECKEL, R. (2004). *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- SPAHN, A. (2018). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Schule. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule* (S. 28-31). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. <http://www.akzeptanz-fuer-vielfalt.de>
- VÖLGER, G. (1997). *Sie und Er. Frauenmacht und Männerherrschaft im Kulturvergleich* (Band 1+2). Köln: Rautenstrauch-Joest-Museum.
- VOSS, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive*. Bielefeld: Transcript.
- WALGENBACH, K. (2012). *Intersektionalität – eine Einführung*. Abgerufen am 14.12.2020 von <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/>
- WEDL, J. (2018). Diversity – Intersektionalität: Ein kurzer Vergleich anhand von zwei Modellen. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule* (S. 56- 61). Göttingen: Waldschlösschen-Verlag. <http://www.akzeptanz-fuer-vielfalt.de>

Autor*in

Juliette Wedl ist Diplom-Soziologin mit den Nebenfächern Politikwissenschaft, Erziehungswissenschaft und Psychologie. Zudem studierte sie zwei Jahre Gesellschaftslehre und Kunst auf Lehramt. Im Rahmen der Koordinierungsstelle Gender und Diversity Studies – eine Kooperationseinrichtung der Technischen Universität Braunschweig, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften und Hochschule für Bildende Künste Braunschweig – arbeitet sie schwerpunktmäßig zu Gender und Schule. Sie ist Autorin des Spiels „Identitäten-lotto. Ein Spiel quer durchs Leben“ (www.identitaetenlotto.de), das eine intersektionale Perspektive nutzt. Kontakt: j.wedl@tu-braunschweig.de

5. Überblick über die rechtliche Lage queerer Menschen in Deutschland

In den letzten Jahren konnten hinsichtlich der Sichtbarkeit von und Akzeptanz gegenüber queeren¹ Menschen in Deutschland entscheidende Erfolge gefeiert werden (→ *Vorurteile*). Dies spiegelt sich nicht zuletzt im Recht wider, in wegweisenden Gerichtsentscheidungen und Gesetzesänderungen, die das Ergebnis langjähriger Kämpfe um Gleichberechtigung waren und sind. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die aktuelle rechtliche Lage von queeren Menschen in Deutschland gegeben. Dieser ist nicht erschöpfend und kann nur eine zeitliche Momentaufnahme (Stand: Oktober 2020) beschreiben.

Gleichbehandlung und Selbstbestimmung

Wie sieht es mit dem rechtlichen Schutz von sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten aus? In Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG), dem sogenannten Allgemeinen Gleichheitssatz, heißt es, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind. In Absatz 2 wird von „Männer und Frauen“ gesprochen, die gleichberechtigt sind. Dieser Satz deutet zunächst auf eine zweigeschlechtliche Orientierung des Grundgesetzes hin, die sich sprachlich auch in den meisten Gesetzen widerspiegelt. Das Bundesverfassungsgericht hat jedoch 2017 klargestellt, dass das Grundgesetz nicht nur Frauen aufgrund ihres weiblichen Geschlechts und Männer aufgrund ihres männlichen Geschlechts schützt, sondern darüber hinaus auch Menschen, die sich diesen beiden Kategorien in ihrer geschlechtlichen Identität nicht zuordnen (Bundesverfassungsgericht, 2017). Wenn also in Artikel 3 Absatz 3 GG davon gesprochen

¹ Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlecht abweichen (vgl. Henderson, 2019).

wird, dass niemand wegen seines Geschlechts benachteiligt werden darf, sind damit auch nicht-binäre Menschen gemeint.

Demgegenüber findet die sexuelle Orientierung bzw. die sexuelle Identität (→ Vielfalt) im GG keine explizite Erwähnung. Ein aktueller Entwurf zur Änderung des GG (Deutscher Bundestag, 2019) hat das Ziel, das Merkmal der sexuellen Identität in den Artikel 3 Absatz 3 hinzuzufügen. Der Schutz der sexuellen Identität ist aber bereits in einigen Verfassungen von Bundesländern verankert (Berlin Art. 10, Brandenburg Art. 12, Bremen Art. 2, Saarland Art. 12, Sachsen-Anhalt Art. 7, Thüringen Art. 2; vgl. ILGA Europe, 2020b). Das Bundesverfassungsgericht (2009) hat außerdem in seiner Rechtsprechung klargestellt, dass Diskriminierungen aufgrund der sexuellen Orientierung unter dem allgemeinen Gleichheitssatz des Artikel 3 Absatz 1 GG grundsätzlich verboten sind und nur in besonderen Fällen gerechtfertigt werden können. Queere Menschen, die, wie auch das Bundesverfassungsgericht anerkennt, in einer heteronormativen Gesellschaft besonders vulnerabel sind, haben damit unter dem GG ein Recht auf Gleichbehandlung.

Daneben ist die sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung eines jeden Menschen unter dem sogenannten Allgemeinen Persönlichkeitsrecht im GG garantiert. Das Finden sowie Erkennen der eigenen geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung sowie die entsprechende Lebensgestaltung obliegen somit allein dem Individuum und müssen von der Gesellschaft akzeptiert und anerkannt werden.

Neben dem GG und den landesspezifischen Verfassungen spielt auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) eine Rolle. Während das GG und die Landesverfassungen vor allem das Verhältnis von Bürger*innen und Staat regeln, bietet das AGG antidiskriminierungsrechtlichen Schutz im Verhältnis zwischen den Bürger*innen. Dies umfasst die Erwerbstätigkeit und das Arbeitsleben, den Sozialschutz (inkl. soziale Sicherheit und Gesundheitsdienste), Bildung und den „Zugang zu und die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen“ (§ 2 Absatz 1 AGG). Das AGG

hat zum Ziel (§ 1), „Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“. Hier wird also die sexuelle Identität explizit benannt.

Personenstand: Männlich, weiblich, divers

Seit der Einführung der sogenannten dritten Geschlechtsoption im Jahr 2018 kann das Geschlecht in Deutschland als „weiblich“, „männlich“ oder „divers“ eingetragen werden. Daneben kann der Geschlechtseintrag im Personenstand auch offengelassen werden. Damit ist Deutschland einer von wenigen Staaten, die mehr als zwei Geschlechter anerkennen (Markwald, 2020). So heißt es in § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetz (PStG): „Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so kann der Personenstandsfall auch ohne eine solche Angabe oder mit der Angabe ‚divers‘ in das Geburtenregister eingetragen werden.“ Möchten Personen ihr Geschlecht zu „divers“ ändern, müssen sie nach der aktuell geltenden Regelung im PStG eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, die eine „Variante der Geschlechtsentwicklung“ bestätigt (§ 45b Absatz 3 PStG). Was eine „Variante der Geschlechtsentwicklung“ ist, legt das Gesetz allerdings nicht fest. Daher ist aktuell unklar, ob sich nur inter* Personen auf diese Regelung berufen können oder auch trans* Personen, die ihr Geschlecht als nicht-binär definieren (Mangold, Markwald & Röhner, 2019). Darüber hinaus wird von vielen Aktivist*innen, Interessensverbänden und Jurist*innen kritisiert, dass die geschlechtliche Identität einer Beurteilung von außen nicht zugänglich sei und insbesondere nicht zum Gegenstand einer medizinischen Untersuchung gemacht werden dürfe.

Transsexuellengesetz

Das 1981 in Kraft getretene Transsexuellengesetz (TSG) beschreibt, unter welchen Umständen eine Vornamens- und Personenstandsänderung

auf gerichtlichen Antrag durchgeführt werden können. Dies ist möglich, wenn eine Person „sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“ und „mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird“ (§ 1 Absatz 1 Nr. 1 und 2 TSG; vgl. § 8 Absatz 1 Nr. 1 TSG). Das Vorliegen dieser Voraussetzungen müssen Personen, die unter dem TSG ihren Vornamen (sog. kleine Lösung) und/oder ihren Geschlechtseintrag (sog. große Lösung) ändern möchten, durch zwei unabhängige Sachverständigengutachten nachweisen (→ [Trans*](#)). Bezüglich dieser Gutachten schreibt das TSG lediglich vor, dass die Sachverständigen „mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut“ sein müssen (§ 4 Absatz 3 TSG). Als verfassungswidrig stufte das Bundesverfassungsgericht (2011) hingegen die Voraussetzungen ein, dass eine antragstellende Person dauerhaft fortpflanzungsunfähig sein muss und „sich einem ihren äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist“ (§ 8 Absatz 1 Nr. 4 TSG).

Abgesehen davon, dass das Bundesverfassungsgericht bereits den Großteil der Regelungen des TSG als Verstoß gegen die geschlechtliche Selbstbestimmung und damit für verfassungswidrig erklärt hat, ist das Gesetz insgesamt reformbedürftig (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2017; Bundesverband Trans* (BVT*), 2016). Die Vorstellung, dass „Transsexualität“ ein zwanghafter, pathologischer Zustand ist und von Sachverständigen begutachtet werden kann, wird inzwischen weitgehend abgelehnt (→ [Menschenbild](#)). Problematisch ist darüber hinaus, dass der Begutachtungsprozess häufig mit intimen, stereotypisierenden und diskriminierenden Befragungen der Antragsteller*innen einhergeht sowie unverhältnismäßig zeit- und kostenaufwendig ist (BMSFJ, 2017). Vor diesem Hintergrund wird

schon seit vielen Jahren über die Abschaffung des TSG einhergehend mit einer umfassenden Neuregelung zur Änderung des Geschlechtseintrags diskutiert. Ein im Mai 2019 vorgelegter Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2019b) wurde allerdings nicht weiter verfolgt, nachdem Interessensverbände kritisiert hatten, dass dieser an den Bedarfen von trans*, inter* und nicht-binären Personen völlig vorbeigehe (BVT*, 2019; Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität, 2019; Dritte Option, 2019). Hauptkritikpunkt an dem Entwurf war insbesondere die darin vorgesehene Beratungspflicht, welche starke Parallelen zum bisherigen Begutachtungsprozess aufweist und der geschlechtlichen Selbstbestimmung zuwiderläuft. Ende Oktober 2020 wurden schließlich zwei weitere von den Oppositionsparteien FDP und Bündnis 90/Die Grünen vorgelegte Gesetzesentwürfe im Innenausschuss des Bundestages diskutiert. Beide Gesetzesentwürfe zielen auf die Aufhebung des TSG und die Einführung eines Selbstbestimmungsgesetzes ab (SelbstBestG; Deutscher Bundestag, 2020a, 2020b).

Die Ehe und Familie

„Ehe für alle“! Seit dem 1. Oktober 2017 ist die Ehe zwischen Personen gleichen und verschiedenen Geschlechts möglich (§ 1353 Absatz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)). Das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), welches bis dahin die einzige Möglichkeit für schwule und lesbische Paare zum Eingehen einer rechtlich abgesicherten Partnerschaft bot, ist damit überflüssig geworden. Die Beendigung dieser Sonderregelung war für schwule und lesbische Paare ein sehr großer Fortschritt auf dem Weg zur juristischen und gesellschaftlichen Gleichberechtigung. Dies gilt insbesondere, da die gleichgeschlechtliche Ehe endlich auch homosexuellen Paaren ermöglicht, gemeinsam ein Kind zu adoptieren (§ 1741 Absatz 2 Satz 2 BGB).

Wie sieht es ansonsten mit dem Thema Elternschaft und der Anerkennung von Regenbogenfamilien aus? Im BGB wird das Abstammungsrecht geregelt. Dort heißt es in § 1591: „Mutter eines Kindes ist

die Frau, die es geboren hat.“ Der Vater des Kindes ist laut § 1592 BGB entweder der Mann, der (1.) zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter des Kindes verheiratet ist, (2.) der die Vaterschaft anerkennt oder (3.) dessen Vaterschaft gerichtlich festgestellt wurde. Das deutsche Familienrecht geht damit vom Bild der heterosexuellen Kleinfamilie aus. Beispielsweise für lesbische Paare hat dies zur Folge, dass der Eltern teil, der das Kind selbst nicht geboren hat, allein über den Weg der aufwendigen Stiefkindadoption als Mutter anerkannt werden kann.

Ebenfalls prekär ist die rechtliche Situation für trans* und nicht-binäre Eltern. Zwar ist es nach aktueller Gesetzeslage möglich, dass Menschen mit männlichem Geschlechtseintrag Kinder gebären und Menschen mit weiblichem Geschlechtseintrag Kinder zeugen – ebenso wie solche mit diversem oder offenem Geschlechtseintrag. Allerdings wird ihnen bislang das Recht verweigert, in der Geburtsurkunde ihres Kindes auch entsprechend ihrer geschlechtlichen Identität aufgeführt zu werden (vgl. insbesondere § 7 Absatz 1 TSG). Ein im Jahr 2019 vom Bundesjustizministerium vorgelegtes Diskussionspapier zur Reform des Abstammungsrechts verspricht bislang keine wesentliche Verbesserung des Zustands, insbesondere da es gebärende Männer und nicht-binäre Menschen unberücksichtigt lässt (BMJV, 2019a).

Menschenrechtssituation queerer Personen im europäischen Vergleich

Die European Region of the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA Europe) fasst in ihren jährlichen Reviews die Menschenrechtssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und inter* Menschen im europäischen Vergleich zwischen 49 Staaten zusammen (ILGA Europe, 2020a). Im Jahr 2019 (ILGA Europe, 2020b) lag Deutschland auf Platz 16 (mit einem Score von 51 %). Malta (89 %), Belgien (73 %) und Luxemburg (73 %) führten die Liste an; Armenien (7 %), Türkei (4 %) und Aserbeidschan (2 %) erhielten die schlechtesten Bewertungen. Die ILGA Europe zieht sechs Kriterien zur Bewertung heran: (1.) Gleichberechtigung und Anti-Diskriminierung, (2.) Familie, (3.) Hassverbrechen und Hassreden, (4.) rechtliche

Kriterium	Punkte/ Prozentsatz	Rang
Insgesamt	51	16
Gleichberechtigung und Anti-Diskriminierung	51	18
Familie	58	15
Hassverbrechen und Hassreden	20	29
Rechtliche Anerkennung des Geschlechts und körperliche Unversehrtheit	49	12
Zivilgesellschaftliche Räume	100	1 (Platz 1 wurde 34 Mal vergeben)
Asyl	67	4

Anmerkungen: Ranking nach ILGA Europe (2020b) für das Kalenderjahr 2019. Insgesamt wurden 49 Staaten verglichen.

Tabelle 1: Menschenrechtssituation in Deutschland von queeren Personen im europäischen Vergleich

Anerkennung des Geschlechts und körperliche Unversehrtheit, (5.) zivilgesellschaftliche Räume sowie (6.) Asyl. Das Abschneiden Deutschlands im Jahr 2019 ist in Tabelle 1 dargestellt (ILGA Europe, 2020a, 2020b, 2020c).

Fazit

In den letzten Jahren hat sich juristisch einiges getan, um die Gleichstellung und -berechtigung sowie die Entpathologisierung von sexuellen und geschlechtlichen Minoritäten zu fördern. Dies zeigt sich exemplarisch an der Einführung der „Ehe für alle“, des Geschlechtseintrags „divers“ und dem (oben nicht beschriebenen) Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBehSchG von 2020). Die oben aufgegriffenen Aspekte und die Einordnung der Bundesrepublik im ILGA Europe-Ranking zeigen jedoch auch Verbesserungsbedarf auf. Einige verfassungsrechtlich notwendige Reformen sind aktuell in der Debatte und auf juristische Weiterentwicklungen darf in den nächsten

Jahren gehofft werden. So wird über die bisher genannten Gesetze hinaus auch über das Blutspendeverbot von Männern, die innerhalb eines Jahres mit einem anderen Mann Sex hatten (Bundesärztekammer, 2017), diskutiert. Schließlich wurde im September 2020 endlich ein Gesetzesentwurf zum Schutze von inter* Kindern vor medizinisch nicht-notwendigen, geschlechtsvereindeutigenden Eingriffen vorgelegt (Bundesrat, 2020 → Inter* → Menschenbild). Wichtig für diese und weiterhin zu erwartende Fortschritte ist, dass gesetzgebende Instanzen im Austausch mit der queeren Community und Interessensvertretungen stehen.

Literatur

- BUNDESÄRZTEKAMMER (2017). Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Berlin: Bundesärztekammer. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/>
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2017). Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/gutachten--regelungs--und-reformbedarf-fuer-transgeschlechtliche-menschen/114070>
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (2019a, 13. März). Diskussionsteilentwurf. Gesetz zur Reform des Abstammungsrechts. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Reform_Abstammungsrecht.html
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (2019b, 15. Mai). Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Änderung des Geschlechtseintrags. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Aenderung_Geschlechtseintrag.html
- BUNDESRAT (2020, 25. September). Drucksache 566/20. Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. <https://www.bundesrat.de/bv.html?id=0566-20>
- BUNDESVERBAND TRANS* (2016). Paradigmenwechsel. Zum Reformbedarf des Rechts in Bezug auf Trans*. Berlin: Bundesverband Trans*. <https://www.bundesverband-trans.de/portfolio-item/policy-paper-recht/>
- BUNDESVERBAND TRANS* (2019). Änderungsbedarfe am Referentenentwurf von BMI und BMJV eines Gesetzes zur Neuregelung der Änderung des Geschlechtseintrags vom 08.05.2019 aus Sicht der Bundesvereinigung Trans*. Berlin: Bundesverband Trans*. <https://www.bundesverband-trans.de/eilverfahren-bei-der-reform-des-transsexuellengesetzes-zunaechst-gestoppt/>
- BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (2009). 1 BvR 1164/07. https://www.bundesverfassungsgericht.de/Shared-Docs/Entscheidungen/DE/2009/07/rs20090707_1bvr116407.html
- BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (2011, 11. Januar). 1 BvR 3295/07. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2011/01/rs20110111_1bvr329507.html

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (2017, 10. Oktober). 1 BvR 2019/16. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2017/10/rs20171010_1bvr201916.html;jsessionid=39DEBFB566B98BE-9AA4CF36A9E57FBB6_2_cid386

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TRANSIDENTITÄT UND INTERSEXUALITÄT (2019). Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Änderung des Geschlechtseintrags. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.dgti.org/images/pdf/BMI_PStG_190509_final.pdf

DEUTSCHER BUNDESTAG (2019, 12. September). Drucksache 19/13123. Gesetzentwurf der Fraktionen FDP, DIE LINKE. Und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Änderung des Artikels 3 Absatz 3 – Einfügung des Merkmals sexuelle Identität). <https://www.bundestag.de/resource/blob/674212/1202e8140ddb3c246081a4c42241b43/gesetzentwurf-data.pdf>

DEUTSCHER BUNDESTAG (2020a, 10. Juni). Drucksache 19/19755. Entwurf eines Gesetzes zur Aufhebung des Transsexuellengesetzes und Einführung des Selbstbestimmungsgesetzes (SelbstBestG). <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/19755.pdf>

DEUTSCHER BUNDESTAG (2020b, 16. Juni). Drucksache 19/20048. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der geschlechtlichen Selbstbestimmung. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/200/1920048.pdf>

DRITTE OPTION (2019, 10. Mai). Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz und des Bundesministeriums des Inneren, für Bau und Heimat – Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Änderungen des Geschlechtseintrages. <http://dritte-option.de/wp-content/uploads/2019/05/Stellungnahme-Dritte-Option-Referentenentwurf-10-05-19.pdf>

HENDERSON, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.

ILGA EUROPE (2020a). Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People. 2020. Brüssel: ILGA Europe. <https://www.ilga-europe.org/annualreview/2019>

ILGA EUROPE (2020b). Country Ranking. Abgerufen am 08.10.2020 von <https://www.rainbow-europe.org/country-ranking>

ILGA EUROPE (2020c). Germany. Abgerufen am 08.10.2020 von <https://www.rainbow-europe.org/#8635/0/0>

MANGOLD, A. K., MARKWALD, M., & RÖHNER, C. (2019, 2. Dezember). Rechtsgutachten zum Verständnis von „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ in § 45b Personenstandsgesetz. Abgerufen am 12.10.2020 von <https://eufbox.uni-flensburg.de/index.php/s/WwkHJkHaEaHpKQk#pdfviewer>

MARKWALD, M. (2020, 2. Juni). Die Rechtsstellung von Trans*personen in Deutschland. Abgerufen am 08.10.2020 von <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/308625/die-rechtsstellung-von-transpersonen-in-deutschland>

Autor*innen

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des BMFSFJ geförderten „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de

Ronja Heß ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Völkerrecht der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg. Sie ist Mitglied im Centre for Human Rights Erlangen-Nürnberg und schreibt aktuell ihre Doktorarbeit zum Recht auf selbstbestimmte geschlechtliche Identität.
Kontakt: ronja.hess@fau.de

Gesundheit der Vielfalt

6. Die gesundheitliche Lage von queeren Personen – eine Bestandsaufnahme von Einflussfaktoren

Insgesamt haben queere¹ Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung einen schlechteren gesundheitlichen Status sowie spezifische gesundheitliche Risiken, die bisher kaum adressiert werden (u. a. Lampalzer, Behrendt, Dekker, Briken & Nieder, 2020; Pöge et al., 2020; Spahn, 2018). Doch woran genau liegt das? Und wie lässt sich die gesundheitliche Lage von queeren Personen verbessern? Vorweg muss festgehalten werden, dass es immer noch kaum Forschung zur gesundheitlichen Lage von queeren Personen in Deutschland gibt – das gilt insbesondere für bisexuelle, a*sexuelle, a*romantische, trans* und inter* Personen. Ein Forschungsprojekt, das sich der Gesundheitsversorgung von inter* und trans* Menschen in Deutschland widmet, wird derzeit von Dennert (2020) geleitet. Eine bessere Datenlage gibt es z. B. in den USA, die aber aufgrund der abweichenden Strukturen des medizinischen Systems nicht unbedingt auf Deutschland übertragbar ist. Weitergehend sind die wenigen Befunde teilweise auch nicht eindeutig.

Die medizinische Versorgung von queeren Personen teilt sich in zwei Bereiche. Zum einen haben queere Personen die gleichen Gesundheitsanliegen wie die Mehrheitsgesellschaft: Auch sie haben Blinddarmentzündungen, Karies und brauchen Grippe-Impfungen (→ [Ärzt*innen](#) → [Zahnmedizin](#)), sind aber dabei besonderen Vulnerabilitäten, wie Diskriminierungserfahrungen während der medizinischen Behandlung, ausgesetzt (→ [Beziehung](#) → [Vorurteile](#)). Zum anderen haben sie spezifische Gesundheitsanliegen, die die Mehrheitsgesellschaft nicht hat, z. B. Hormonersatztherapie für trans* Personen (→ [Trans*](#)),

¹ Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlecht abweichen (vgl. Henderson, 2019).

Folge(-schäde)n geschlechtsnormierender Operationen bei inter* Personen (→ Inter* → Menschenbild) oder HIV-Prävention bei Männern, die Sex mit Männern haben (vgl. Lampalzer et al., 2020).

Minoritätenstress als Einfluss auf die Gesundheit

Um die aufgeworfenen Fragen rund um die Gesundheitslage von queeren Personen zu beantworten, muss Heteronormativität betrachtet werden. Heteronormativität ist – kurz gefasst – ein gesellschaftliches Machtverhältnis, in dem Heterosexualität und das damit verbundene binäre Geschlechterverhältnis und -verständnis als Norm gelten (→ Vielfalt). In diesem System gilt z.B. eine Person mit einem Penis automatisch als Mann, von welchem dann erwartet wird, stark zu sein, blau zu mögen und sexuell an Frauen interessiert zu sein. Inter*, Trans* und alle sexuellen Orientierungen, die nicht heterosexuell sind, gelten als nicht-normal, erklärungsbedürftig sowie als Abweichungen – und werden deswegen meist stigmatisiert (→ Vorurteile).

Meyer (2003; vgl. Frederikson-Goldsen et al., 2014) entwickelte aus der Beobachtung heraus, dass queere Personen z.B. öfter psychische Störungen haben, das Minoritätenstress-Modell: Er geht davon aus, dass Angehörige von Minderheitengruppen zusätzlich zu generellen Stressoren (Ärger im Job, Wohnungssuche etc.) chronische, sozial verursachte Stressoren erleben. Einerseits führen Stigmata und Vorurteile gegenüber queeren Menschen zu Marginalisierung und Diskriminierung (inkl. Mikroaggressionen) von Seiten der heterosexuellen, endo, cis Personen. Andererseits können auch Prozesse der Selbststigmatisierung das Stresserleben erhöhen (→ Vorurteile). Zusätzlich müssen queere Personen mit ihrer eigenen sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität in einer heteronormativen Gesellschaft umgehen lernen, da es kaum bis keine positiven Rollenmodelle gibt (erarbeitete Identität und Stigmamangement → Vielfalt). All diese Faktoren und die Wechselwirkungen dieser Faktoren beeinflussen die psychische und physische Gesundheit von Minderheitengruppen (u. a. Dürbaum & Sattler, 2020; s. Abbildung 1). Die rechtliche Lage eines Lan-

des ist dabei ein wichtiger Rahmenfaktor für die Gesundheit queerer Personen (→ Rechte). Dass die Gesetzgebung einen positiven Einfluss auf das Befinden von queeren Personen haben kann, zeigt sich beispielsweise an der Studie von Tatum (2017) aus den USA: Die Ergebnisse zur psychischen Gesundheit ergaben, dass queere Personen, die in Bundesstaaten ohne gleichgeschlechtliche Ehe lebten, größere Angst und ein geringeres Wohlbefinden erlebten als queere Personen, die in Bundesstaaten mit legaler gleichgeschlechtlicher Ehe lebten, und heterosexuelle cis Personen.

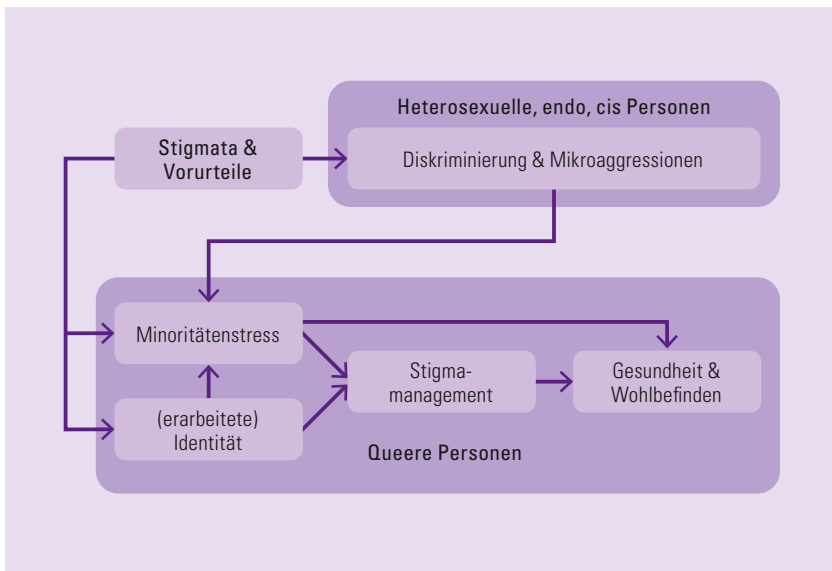


Abbildung 1: Theoretisches Wirkmodell von Stigmata und Vorurteilen gegenüber queeren Menschen auf deren Gesundheit (in Anlehnung an des Minoritätenstress-Modell von Meyer, 2003)

Queere Personen erleben aber nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern auch spezifisch in der Medizin Diskriminierung und Vorurteile. Heteronormativität findet sich dort sowohl in der Interaktion zwischen einzelnen Personen, z.B. zwischen Ärzt*innen und

Liu et al. (2019)	Risiko für selbstverletzendes Verhalten über das gesamte Leben: 14,57 % bei heterosexuellen cis Personen, 29,68 % bei Personen, die nicht heterosexuell sind (41,47 % bei bisexuellen Personen), 46,65 % bei Personen, die nicht cis sind
Di Giacomo et al. (2018)	Die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs ist bei trans* (OR=5,9), bei schwulen und lesbischen (OR=3,7) und bisexuellen Jugendlichen (OR=3,7) deutlich höher als bei heterosexuellen cis-geschlechtlichen Jugendlichen.
Semlyen et al. (2016)	Nicht-heterosexuelle Personen haben mehr Symptome von psychischen Erkrankungen, sind ängstlicher oder depressiver und berichten ein geringeres Wohlbefinden als heterosexuelle, cis Personen. Bisexuelle Personen haben weitergehend mehr langfristige Erkrankungen.
Semlyen et al. (2020)	Frauen, die Sex mit Frauen haben, haben ein höheres Risiko, nach medizinischen Kriterien übergewichtig zu sein (OR= 1,2-1,4), schwule Männer haben jedoch ein geringeres Risiko (OR=0,7) im Vergleich zu heterosexuellen Personen. Für Männer, die Sex mit Männern haben, gibt es jedoch eine höhere Wahrscheinlichkeit, untergewichtig zu sein (OR=2,3-3,1).
Meads et al. (2018)	Frauen, die Sex mit Frauen haben, haben ein höheres Risiko für Asthma (OR= 1,4-1,6). Keine signifikanten Unterschiede gab es für kardiovaskuläre Erkrankungen, Bluthochdruck und Diabetes Mellitus.
Robinson et al. (2017)	Lesbische Frauen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit an Gebärmutterkrebs zu erkranken (OR=0,3), bisexuelle Frauen aber eine höhere Wahrscheinlichkeit für Gebärmutterhalskrebs (OR= 1,9) als heterosexuelle Frauen. Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich für das polyzystische Ovar-Syndrom, Endometriose und Myomen.
<i>Anmerkungen:</i> OR = Odds Ratio. Ein Odds Ratio von 5,9 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, z. B. einen Suizidversuch zu begehen, 5,9 mal so hoch ist wie bei einer Vergleichsgruppe (hier: heterosexuelle, endo, cis Personen).	

Tabelle 1: Ergebnisse internationaler Meta-Analysen zum Gesundheitszustand von queeren Personen

Patient*innen (→ *Beziehung*), als auch innerhalb der Rahmenbedingungen und Struktur, die die Medizin durchzieht (z. B. Pathologisierung von Homosexualität → *Menschenbild*). Die Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse sowie der Umgang mit diesen Prozessen (Stigmanagement → *Vorurteile*) führen zu einem geringeren Wohlbefinden und zu einem schlechteren psychischen Gesundheitszustand bei

queeren Personen (s. Abbildung 1). Damit verbunden sind hohe Raten von Suizidalität, Angststörungen, Depressionen, selbstverletzendem Verhalten, Essstörungen usw. (Deschamps & Singer, 2017; Graf, 2020; Plöderl, 2020; Pöge et al. 2020; Zeeman et al., 2019). Hierbei ist ganz wichtig zu beachten: „Hinsichtlich der psychischen Gesundheit spielen internalisierte (verinnerlichte) negative Einstellungen zum eigenen Geschlecht oder der sexuellen Orientierung eine wichtige Rolle, die einen positiven Selbstbezug erschweren. Das Geschlecht beziehungsweise die sexuelle Orientierung selbst sind nicht ursächlich für höhere Prävalenzen von Depressivität und Suizidalität. Vielmehr sind mangelnde Akzeptanz, Diskriminierung und Gewalterfahrungen psychisch belastend und können zu Erkrankungen führen“ (Pöge et al., 2020, S. 19-20).

Somatische und physische Gesundheit

Das Minoritätenstress-Modell von Meyer (2003) fokussiert das psychische Wohlbefinden. Dies steht jedoch weitergehend eng mit dem – sowohl psychischen als auch somatischen bzw. physischen – Gesundheitsstatus in Zusammenhang (u. a. Chida & Steptoe, 2008; Lamers, Boilier, Westerhof, Smit & Bohlmeijer, 2012; Okun, Stock, Haring & Witter, 1984; Pascoe & Smart Richman, 2009; vgl. Lampalzer et al., 2020).

Im Speziellen lassen sich spezifische Handlungsfelder für queere Menschen in der Gesundheitsversorgung ausmachen (ausgewählte Meta-Analysen s. Tabelle 1). So zeigt sich z. B. Folgendes:

- Schwule Männer haben häufiger Probleme mit der Wirbelsäule, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Arthritis und chronisches Erschöpfungssyndrom als heterosexuelle Männer. Schwule und bisexuelle Männer leiden häufiger an Verdauungs-, Leber- und Nierenproblemen als heterosexuelle Männer (Zeeman et al., 2019).
- Lesbische Frauen haben häufiger ein Polyzystisches Ovarsyndrom als heterosexuelle Frauen (Zeeman et al., 2019). Lesbi-

sche und bisexuelle Frauen haben laut einer britischen Studie außerdem ein höheres Risiko an Krebs zu erkranken – und zwar an allen Arten von Krebs (National LGB&T Partnership, 2018). Die genauen Ursachen dafür sind bisher nicht bekannt. Der Befund steht gleichzeitig im Widerspruch zu Ergebnissen von Robinson, Galloway, Bewley und Meads (2017) in der Gynäkologie, die für bisexuelle Frauen ein höheres und für lesbische ein geringeres Krebsrisiko herausstellen. Es braucht daher deutlich mehr Forschung.

Neben den unterschiedlichen Erkrankungsrisiken können auch verschiedene Therapien auf queere Patient*innen anders wirken. Wenn z. B. bei Krebs die Prostata entfernt werden muss, hat dies Auswirkungen auf Ejakulation, sexuelles Empfinden und Inkontinenz der*des Patient*in. Für Männer, die Sex mit Männern haben, hat dies andere Auswirkungen auf das Sexualleben als für heterosexuelle Männer (Mittedorf, Perlman & Latini, 2019). Auch spezifische Therapien wie Hormonersatztherapien bei trans* und inter* Menschen sowie Folgen von geschlechtshormonierenden Operationen bei inter* Personen haben physische Auswirkungen und Risiken, die heterosexuelle, endo, cis Personen nicht betreffen (→ [Inter*](#) → [Trans*](#)).

Ausgewählte Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung für queere Personen

Diskriminierungserfahrungen bzw. schon allein die Befürchtung, dass medizinisches Personal sich diskriminierend verhalten könnte, führt häufig dazu, dass medizinische Versorgung gar nicht aufgesucht wird (u. a. Pöge et al., 2020; Zeeman et al., 2019). Das gilt sowohl für Vorsorgeuntersuchungen als auch für akute Beschwerden. Es ist z. B. davon auszugehen, dass viele trans* Personen aus der (berechtigten) Angst, misgendert (→ [Sprache](#)) oder geadnamed (Deadname → [Trans*](#)) zu werden, über Jahre hinweg kaum Vorsorge-Untersuchungen z. B. in der Zahnmedizin (→ [Zahnmedizin](#)) oder der Gynäkologie in Anspruch nehmen.

Zusätzlich zu diskriminierenden Verhaltensweisen (auch unbeabsichtigte Mikroaggressionen → [Vorurteile](#)) wissen viele Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte nicht um die spezifischen Gesundheitsrisiken von queeren Personen. So werden beispielsweise bei lesbischen und bisexuellen cis Frauen seltener oder auch gar keine Vorsorgeuntersuchungen zu Gebärmutterhalskrebs gemacht, was eine frühe Krebserkrankung, einen komplizierteren Verlauf und damit einen frühen Tod zur Folge haben kann (National LGB&T Partnership 2018).

Aber es spielen nicht nur externe und strukturelle Faktoren eine wichtige Rolle in der gesundheitlichen Lage von queeren Personen, sondern auch das individuelle Risiko- und Gesundheitsverhalten – welches unzweifelhaft auch durch gesellschaftliche Strukturen beeinflusst ist. Es lässt sich z. B. feststellen, dass queere Personen häufiger Medikamente ohne Rücksprache nehmen, rauchen, Alkohol konsumieren, substanzabhängig sind sowie Erfahrungen mit physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt gemacht haben (vgl. Deschamps & Singer, 2017; Lampalzer et al., 2020; Pöge et al., 2020). All dies hat selbstverständlich (langfristige) Auswirkungen auf die Gesundheit von queeren Personen.

Fazit

Die gesundheitliche Lage von queeren Personen ist schlechter als die von heterosexuellen, endo, cis Personen. Ausgehend von Heteronormativität liegt dies begründet in Diskriminierungserfahrungen, erwarteter Diskriminierung und gesundheitsschädlichen Copingstrategien (z. B. Alkohol- und Substanzkonsum). Die gesundheitliche Lage von queeren Personen ist dementsprechend ein komplexes Feld und zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage braucht es vieles: u. a. eine bessere Datenlage (vgl. Bränström & van der Star, 2016), insbesondere für den deutschen Kontext, sensible Ärzt*innen und Gesundheitsfachkräfte, eine Verbesserung der rechtlichen Lage und weniger Diskriminierung.

Literatur

- BRÄNSTRÖM, R., & VON DER STAR, A. (2016). More Knowledge and Research Concerning the Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Individuals Is Needed. *European Journal of Public Health*, 26, 208-209. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv160>
- CHIDA, Y., & STEPTOE, A. (2008). Positive Psychological Well-Being and Mortality: A Quantitative Review of Prospective Observational Studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e-31818105ba>
- DENNERT, G. (2020, 04. August). InTraHealth. „Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für inter- und transgeschlechtliche Menschen durch Abbau von Diskriminierung als vorsorgeseitiger Zugangsbarriere“. Abgerufen am 04.08.2020 von https://www.fh-dortmund.de/de/fb/8/forschung/intrahealth/intrahealth_start.php
- DESCHAMPS, D., & SINGER, B. (2017). *LGBTQ Stats. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer People by the Numbers*. New York, NY: The New Press.
- DI GIACOMO, E., KRAUSZ, M., COLMEGNA, F., ASPESI, F., & CLERICI, M. (2018). Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths. A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 172, 1145-1152. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2731>
- DÜRRBAUM, T., & SATTLER, F. A. (2010). Minority Stress and Mental Health in Lesbian, Gay Male, and Bisexual Youths: A Meta-Analysis. *Journal of LGBT Youth*, 17, 298-314. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1586615>
- FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I., SIMONI, J. M., KIM, H.-J., LEHAVOT, K., WALTERS, K. L., YANG, J., ET AL. (2014). The Health Equity Promotion Model: Reconceptualization of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653-663. <http://doi.org/10.1037/ort0000030>
- GRAF, N. (2020). Substanzkonsum unter LSBT*: Zwischen erhöhter Prävalenz und Defizitorientierung. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 274-290). Weinheim: Beltz Juventa.
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- LAMERS, S. M. A., BOLIER, L., WESTERHOF, G. J., SMIT, F., & BOHLMELJER, E. T. (2012). The Impact of Emotional Well-Being on Long-Term Recovery and Survival in Physical Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 538-547. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9379-8>
- LAMPALZER, U., BEHRENDT, P., DEKKER, A., BRIKEN, P., & NIEDER, T. O. (2020). LSBTI* und Gesundheit: Partizipative Forschung und Versorgung im Zusammenspiel von Sexualwissenschaft, Psychologie und Medizin. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 256-273). Weinheim: Beltz Juventa.
- LIU, R. T., SHEEHAN, A. E., WAÖSH, R. F. L., SANZARI, C. M., CHEEK, S. M., & HERNANDEZ, E. M. (2019). Prevalence and Correlates of Non-Suicidal Self-Injury among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
- MEADS, C., MARTIN, A., GRIERSON, J., & VARNEY, J. (2018). Systematic Review and Meta-Analysis of Diabetes Mellitus, Cardiovascular and Respiratory Condition Epidemiology in Sexual Minority Women. *BMJ Open*, 8(4), e020776, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020776>
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- MITTEDORF, D., PERLMAN, G., & LATINI, D. M. (2019). Cancer in Men and Transgender Women. In J. S. Schneider, V. M. B. Silenzio & L. Erickson-Schroth (Hg.), *The GLMA handbook on LGBT health*. Volume 2 (S. 121-138). Santa Barbara, CA: Praeger.

NATIONAL LGB&T PARTNERSHIP (2018). #LBTWomensHealth18 Facts and Figures. Abgerufen am 30.06.2020 von <https://nationallgbtpartnership.org/lbtwh/lbtwh18-facts-and-figures/>

OKUN, M. A., STOCK, W. A., HARING, M. J., & WITTER, R. A. (1984). Health and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 111-132. <https://doi.org/10.2190%2FQJIN-0N81-5957-HAQD>

PASCOE, E. A., & SMART RICHMAN, L. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135, 531-554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

PLÖDERL, M. (2020). Suizidrisiko bei LSBTI*. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 291-306). Weinheim: Beltz Juventa.

PÖGE, K., DENNER, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

ROBINSON, K., GALLOWAY, K. Y., BEWLEY, S., & MEADS, C. (2017). Lesbian and Bisexual Women's Gynaecological Conditions: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124, 381-392. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14414>

SEMLYEN, J., CURTIS, T. J., & VARNEY, J. (2020). Sexual Orientation Identity in Relation to Unhealthy Body Mass Index: Individual Participant Data Meta-Analysis of 93429 Individuals from 12 UK Health Surveys. *Journal of Public Health*, 42, 98-106. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy224>

SEMLYEN, J., KING, M., VARNEY, J., & HAGGER-JOHNSON, G. (2016). Sexual Orientation and Symptoms of Common Mental Disorder or Low Wellbeing: Combined Meta-Analysis of 12 UK Population Health Surveys. *BMC Psychiatry*, 16, 67, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z>

SPAHN, A. (2018). Körperliche und psychische Gesundheit von queeren Jugendlichen. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt- Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule* (S. 80-82). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. <http://www.akzeptanz-fuer-vielfalt.de>

TATUM, A. K. (2017). The Interaction of Same-Sex Marriage Access with Sexual Minority Identity on Mental Health and Subjective Wellbeing. *Journal of Homosexuality*, 64, 638-653. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1196991>

ZEEMANN, L., SHERRIFF, N., MCGLYNN, N., MIRANDOLA, M., GIOS, L., DAVIS, R., ET AL. (2019). A Review of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex (LGBTI) Health and Healthcare Inequalities. *European Journal of Public Health*, 29, 974-980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

Autor*innen

Annika Spahn ist Doktorandin an den Universitäten Freiburg und Basel. Sie forscht zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Hochschule Köln und als Lehrbeauftragte u. a. an der Universität Freiburg, der Technischen Universität Braunschweig und der Universität Basel.
Kontakt: annika.spahn@unibas.ch

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des BMFSFJ geförderten „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de

7. Menschenbilder der Gesundheit: (Ent-)Pathologisierung und Normverständnis

„Die Geschichte von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*- und Inter*personen ist von zahlreichen Versuchen durchzogen, nicht-heteronormative und gendernonkonforme Lebensformen abzuwerten und zu diskriminieren. Die Zuschreibung einer psychischen Störung stellte dabei ein Disziplinierungsinstrument dar, weil daran vielfach medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen angeschlossen wurden, die die Betroffenen gar nicht wünschten bzw. die ihnen schaden“ (Wolf, 2014, S. 1-2).

Üblicherweise wird in Bezug auf die Geschlechtlichkeit eines Menschen von einer Triade – im Englischen „sex, gender and desire“ – ausgegangen. Im Deutschen etwas sperriger: biologisches Geschlecht, soziales Geschlecht und sexuelle Orientierung. Während *gender* als gelebte Geschlechtsidentität als vornehmlich sozialisiert betrachtet wird, indem die Umwelt die Biologie zu überformen vermag, stehen die sexuelle Orientierung und die körperliche Geschlechtlichkeit im Verdacht naturegegebene und damit statische Kategorien zu sein (Voß, 2018). Der Fakt, dass die soziale Zuordnung zu „einem von zwei“ Geschlechtern einer eindeutigen biologischen Grundlage entbehrt, ist bisher kaum in die aktuellen Debatten um Gendermedizin, geschlechtergerechtes Lernen, rechtlich verankerte Chancengleichheit und reproduktive Gerechtigkeit vorgedrungen. Es gilt die Annahme, dass determinierende Faktoren in der Embryonalentwicklung sowie hormonelle Einflüsse auf Körper und Gehirn die Menschen zu einer dyadischen Gattung machen würden: Die Biologie produziere eben nur zwei Geschlechter, welche sich als Einheit in körperlichem Aussehen und Anatomie (Phänotyp) samt zuordenbarem Verhalten und Einstellungen diametral gegenüber stünden. Alle Abweichungen von dieser Idee einer „gesunden“ Geschlechtsentwicklung („alignment“ der Genitalien mit der Geschlechtsidentität; vgl. Holmes, 2008, S. 126) werden als Störungen

benannt. Es soll aufgezeigt werden, dass diese Simplifizierung von Geschlecht, die sich auch in medizinischen Diagnoseschlüsseln widerspiegelt, falsch ist und weitreichende Konsequenzen hat.

Medizinische Diagnoseschlüssel als Normierungs- und Pathologisierungsinstrumente

Um die fortwährende Pathologisierung aller, die nicht in ein binäres Schema von Geschlecht und Begehren zu passen scheinen, zu verstehen, ist es wichtig, die grundlegende Bedeutung ihrer Einordnung in die gängigen Diagnosemanuale zu vergegenwärtigen. Die historische Bedingtheit von Diagnoseschlüsseln lässt sich gerade anhand fallen gelassener Diagnosen (z. B. der Hysterie und Homosexualität) gut illustrieren und macht gewonnene emanzipatorische Kämpfe der Frauen*bewegung und queeren¹ Community deutlich. Sie entheben die Domänen Jura und Medizin damit ein Stück weit aus der ihnen innewohnenden Objektivitätsbehauptung.

Wann gilt jemand derzeit als krank und behandlungsbedürftig? In Deutschland ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in deutscher Angleichung (ICD-10-GM) als Diagnoseschlüssel verbindlich. In den USA gilt zusätzlich das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), welches dem fünften Kapitel (F) „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10 entspricht und sich rein der Psychopathologie widmet. Jeder Diagnose geht ein Befund voraus. Befunde werden symptomorientiert erstellt, das heißt, sie orientieren sich zunächst an beobachtbaren Abweichungen von einer biopsychosozial gesetzten Norm (deskriptive Ebene), wel-

¹ „Queer“ als politischer Sammelbegriff vereint alle, die „sich nicht in das Korsett eindeutiger heterosexueller Orientierungen und binärer Geschlechtszuordnungen zwängen lassen wollen“ (Degele, 2008, S. 42) oder deren Körper, Identität und Sexualität sich per se außerhalb der Heteronormativität befindet.

che Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ versteht. Jener Normabweichung, welche der*dem Behandler*in auffällt, wird eine der verfügbaren Diagnosen zugeordnet (interpretatorische Ebene). Sie wird als physische Krankheit beziehungsweise psychische Störung klassifiziert – allerdings nur, wenn ein Krankheitswert, also ein Leid für sich oder andere, besteht (Pathologie). So hängt jeder Normabweichung, die zur Diagnose führt, ein statierter „Reparaturbedarf“ (Karkazis, 2008) an, der oft zusätzlich, gerade im Falle „moralischer Abweichungen“ von einer heterosexistischen und dyadischen Norm, mit einem Stigma behaftet ist (→ [Vorurteile](#)). Daher ist das Thema „Diagnosen“ für Minderheiten im Spektrum geschlechtlicher und sexueller Vielfalt für die körperliche wie seelische Gesundheit höchst relevant, vor allem wenn diese erst zu Leiden führen.

Jeder Diagnose der ICD-10 sind Behandlungsrichtlinien zugeordnet, die den vier medizinethischen Prinzipien der WHO entsprechen müssen: Benefizienz, Schadensvermeidung, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit (Beauchamp & Childress, 2008). Alle nicht akut zur Lebensrettung notwendigen Maßnahmen müssen mit informierter Zustimmung der Patient*innen geschehen, sie müssen zu ihrem Wohl beitragen und langfristiger Schaden soll abgewendet werden. Dies gilt nicht nur für medizinische Eingriffe an gesunden inter* Geborenen, sondern ist auch Maßstab für Behandlungen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, durch und in denen nicht-heterosexuelle, gendernonkonforme und trans* Menschen immer noch Diskriminierung ausgesetzt sind (Wolf & Meyer, 2017; Garcia Núñez & Schneeberger, 2018). Dabei muss die Benefizienz (der tatsächliche Nutzen) jeglicher Therapien objektiv nachweisbar sein, sonst sind diese nicht anzuwenden. Leider zeigen gleich mehrere Behandlungsstandards in Bezug auf queere Lebensweisen historische Trägheit bzw. Lösungsresistenz, wenn sie sich mit „blinden Flecken“ der Behandelnden und Forschenden bezüglich geschlechtlicher und sexueller Varianz überlappen und so durch die Behandlung Schaden zugefügt wird (Klöppel, 2016; Wolf, 2014; Wolf & Meyer, 2017).

Irrungen in Bezug auf Benefizienz sind häufig alltagsweltlichen Anschauungen geschuldet – weder Ärzt*innen noch Therapeut*innen können sich so einfach der Wirkmächtigkeit der heteronomativen Matrix entziehen (→ [Vielfalt](#)). So hätten sich eigentlich Normierungstherapien (zur Angleichung an sexuellen und geschlechtlichen Normen) in dem Maß erübrigt, in dem sich eine Gesellschaft von der Idee verabschiedet, dass Gesundheit und Wohlbefinden von der Erfüllung einer (der „beiden“) sozial zugedachten oder „gottgegebenen“ Geschlechtsrollen abhängen. Ebenso hat sich die Idee naturgegebener Heterosexualität mit ihren „krankhaften Abweichungen“ Homo- und Bisexualität (spätestens mit dem Kinsey-Reporten; Kinsey, Pomeroy & Martin, 1955; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1954) als normativ wirkendes Konstrukt entlarvt, welches faktischer Grundlage entbehrt. Vielmehr gehen wir in der Postmoderne von einem Spektrum romantischen und sexuellen Begehrens sowie vielfältigen Geschlechtsidentitäten und -ausdrücken aus (→ [Vielfalt](#)). Wieso finden diese Behandlungen mit Fokus auf Normalisierung geschlechtlicher und sexueller Minderheiten dennoch statt? Eine Ursache findet sich in den weiter bestehenden Klassifikationsmöglichkeiten. Eine andere in den immer wiederkehrenden Tendenzen in Medizin und (Populär-)Wissenschaft, das auf dichotomen Geschlechterrollen basierende Konstrukt der „Zweigeschlechtlichkeit“ als natürlich zu beschreiben (Voß, 2009, 2010).

(Ent-)Pathologisierung – Bewegung in der ICD

Zunächst soll der Blick auf Trans*identität (→ [Trans*](#)) und Homosexualität in der ICD gerichtet werden. Bisher wurden Trans* als psychisch Kranke mit einer „Störung der Geschlechtsidentität“ gedacht. Eine Diagnose sollte immer dann gestellt werden, wenn der „glaubhafte und dauerhafte Wunsch“ bestehe dem „Gegengeschlecht“ anzugehören (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008). Woll(t)en trans* Personen Zugang zu Hormonen und geschlechtsangleichenden Operationen erhalten, mussten sie bis dato zwei psychiatrische Gutachter*innen ihre binäre Verortung beweisen (→ [Rechte](#)). Sie mussten sich klar in einem

der zwei sich ausschließenden Pole des Zweigeschlechterkonstruktes verorten und aufgrund einer krankheitswertigen Körper- und Rollenablehnung (Dysphorie) einen Wechsel zum „Gegengeschlecht“ wünschen. Hierbei „punkten“ normkonforme Individuen: Wer sich durch die Transition im Begehren, der Selbstdarstellung und im Sexualverhalten in die heteronormative Matrix einreicht, sich also möglichst als heterosexuell, eingeschlechtlich, körperablehnend und stereotyp einer Geschlechtsrolle entsprechend darstellt, erhält erleichterten Zugang zu Gutachten, die zur Vorlage bei Krankenkasse (Kostenübernahme) und Standesamt (Personenstands- und Vornamensänderung) nötig sind (Wolf, 2014). Dieser omnipräsente Darstellungszwang (*doing bi-gender*; Hirschauer, 1993; Sabisch, 2013) resultiert aus einer Idee stereotyper Zweigeschlechtlichkeit, die gerade in Anbetracht der biologischen Mehrgeschlechtlichkeit nicht mehr haltbar ist. Die S3-Leitlinie von 2019 korrigierte das bisherige Vorgehen und sieht eine Öffnung somatischer Behandlungen für genderqueere, agender und nicht-binäre Menschen vor (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2019). Aktuelles Therapieziel ist alleinig die Minderung der Dysphorie. Die vormals zwangsweise vorgeschriebene Psychotherapie und Alltagstest der Geschlechterrolle sind nunmehr Empfehlungen, die eine Transition begleiten können, aber nicht müssen (AWMF, 2019).

Durch langjährigen Einsatz lesbischer und schwuler Interessenverbände sowie im Speziellen sich positionierender Psycholog*innen wurde in der Vergangenheit bereits Homosexualität als Krankheit – 1973 aus dem DSM-II und erst 1991 aus der weltweit verbindlichen ICD – gestrichen. Nun kommt zunehmend Bewegung in weitere Diagnosen, die queere Individuen pathologisier(t)en. Diagnosen und Gesetze bilden dabei auch nur gesellschaftliche Diskurse und Lernprozesse ab: 2020 wurde hierzulande eine Gesetzesvorlage zum bundesweiten Verbot von sogenannten „Konversionstherapien“ für Lesben, Schwule und Queers verabschiedet. Die Schädlichkeit von „Heilverfahren“, die momentan noch die ICD-10-Diagnosen „ich-dystone (mit der Vorstellung

von sich nicht vereinbarer) Sexualorientierung“ sowie „vorübergehende Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ als Schlupfloch für „Umpolungstherapien“ von Nicht-Heterosexuellen und geschlechtsrollen-nonkonformen Kindern und Jugendlichen nutzen, gilt als erwiesen. Depression, Sucht und Suizid sind häufige Folgen (Scholinski, 1995; Wolf, 2019). Im US-spezifischen Diagnosekatalog DSM-V wurden sämtliche Störungen im Zusammenhang mit der Sexualorientierung deshalb bereits ersatzlos gestrichen. Eine entsprechende Übernahme durch die WHO wäre ein bahnbrechender Erfolg für die Gesundheit queerer Menschen weltweit.

Ein Meilenstein der Ent-Psychopathologisierung wurde im Mai 2019 verabschiedet: Die veraltete Diagnose „Transsexualismus“ wird mit Neuauflage der ICD (Version 11) endlich aus der Abteilung „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ entfernt. Eine gewünschte operative wie hormonelle Geschlechtsangleichung Erwachsener wird ab 2022 nunmehr an die Feststellung einer „Geschlechtsinkongruenz“ in der Zusatzkodierung „Umstände im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit“ gekoppelt sein und löst sich damit zumindest teilweise aus einem Verständnis von Trans* als psychisch krank. Dafür führt die WHO eine höchst problematische Diagnosemöglichkeit für trans* Kinder und Jugendliche (entsprechend der Entfernten für Erwachsene) ein, welche hoffentlich gleich mit der ersten Revision gestrichen wird. Während in der ICD-11 trans* Personen teils entpathologisiert werden, tauchen inter* Körper hingegen weiterhin als Krankheiten auf.

Pathologisierung am Beispiel der Varianten der Geschlechtsentwicklung

*Intersex**, oder zu deutsch Intergeschlechtlichkeit bzw. kurz Inter*, ist ein Begriffsschirm, der unterschiedliche körperliche Konditionen umfasst (→ *Inter**) und daher nicht mit den Begriffen Trans*gender und Transgeschlechtlichkeit gleichzusetzen ist (→ *Vielfalt*). Inter* ist hochgradig unsichtbar, obwohl circa 1,7 % der weltweiten Bevölkerung Varianten der Geschlechtsentwicklung aufweisen, die medizinisch und sozial als nicht idealtypisch betrachtet und daher als Störung (*Disorders/Diffe-*

rences in Sex Development (DSD); Hughes, Houk, Ahmed, Lee & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006; aktuelle DSD-Auflistung z.B. Krämer & Sabisch, 2017) eingestuft werden. Das geschieht unabhängig davon, ob eine tatsächliche Gesundheitsgefährdung oder psychisches Leid vorliegt. Diese Variationen beziehen sich auf das hormonelle, gonadale (die Keimdrüsen betreffende, u. a. Eierstöcke und Hoden) und chromosomale Geschlecht eines Menschen sowie auf seinen Phänotyp (Aussehen: Fettverteilung, Körperbehaarung, Becken/Knochenstruktur) und die Ausprägung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane. Während einige Varianten geschlechtlicher Vielfalt bereits prä- oder postnatal anhand der äußeren Genitalentwicklung auffallen, werden gerade hormonelle, einige chromosomale und die inneren Organe betreffende Konstellationen erst in der Pubertät, bei Unterleibsschmerzen im Erwachsenenalter oder bei unerfülltem Kinderwunsch bemerkt. Seit den 1950ern wurde bei allen Formen von Intergeschlechtlichkeit (so unterschiedlich sie sind) das Ziel verfolgt, den variant geborenen, gesunden Körper zu „ver eindeutigen“, d. h. eine idealtypisch männliche bzw. weibliche äußere Erscheinung und innere Anatomie herzustellen – so früh wie möglich, möglichst ohne das Wissen der Betroffenen – um ihnen „ein gesundes Aufwachsen“ zu ermöglichen und sie durch Geschlechtszuweisung vor Identitätskrisen „zu schützen“ (sogenannte *optimal gender policy*). Vor Entwicklung der entsprechenden chirurgischen Eingriffe stellte sich die Geschlechtsrollenzuweisung vornehmlich als juristische Frage – relevant für Erbfragen und Eheschließung (Plett, 2012; Voß, 2010).

Die Wurzeln der medizinisch legitimierten Genitalverstümmelungen reichen bis zu den Menschenexperimenten durch KZ-Ärzt*innen wie Josef Mengele. Es zeigt sich ein diskursives Kontinuum Homosexualität und die „Intersexuelle Konstitution“ (NS-Terminus) als „minderwertige Erbanlage“ zu betrachten (Posner & Ware, 2000), dessen ungebrochenes Fortwirken sich in aktuellen Aussagen einiger Ärzt*innen bei der Übermittlung der Diagnose (Krämer & Sabisch, 2017) und in der Diskussion um Schwangerschaftsabbrüche in der Pränataldiagnostik (Feuerlein, 2015) wiederfindet. Erst ab Mitte der 1990er Jah-

re erhielt die Praxis zunehmend fachinterne Kritik (Diamond & Sigmondson, 1997; Kessler, 1990; Diskursüberblick s. Krämer & Sabisch, 2017). Bis dato liegen zahlreiche Betroffenenberichte und Studien vor, die die Schädlichkeit der Geheimhaltung und Operationspraxis ohne informierte Zustimmung dokumentieren (u. a. Kromminga, Klöppel & Klöppel, 2009). Die WHO spielt heute bei der Normanpassung von inter* Körpern eine zweiseitige Rolle: Einerseits sind medizinisch nicht notwendige „korrigierende“ Operationen, psychiatrische und Hormonbehandlungen von der WHO selbst als Menschenrechtsverletzung und Folter anerkannt worden (Ghattas, 2013). Andererseits dient der Diagnoseschlüssel der WHO weiterhin als medizinisch-rechtliche Grundlage zur Ausführung und Rechtfertigung ebendieser „Zurechtrückungen“ gesunder Körper. In Bezug auf „Varianten der Geschlechtsdifferenzierung“ stellt sich bereits das Fehlen von Körperbezeichnungen jenseits der diagnostischen Kategorien als bisher ungelöstes Problem dar. Das klinische Vokabular enthält Bezeichnungen als „gestört“, „abnormal“, „pathologisch“, „defekt“, „miss/fehlgebildet“ und „krank“, die einen direkten Beitrag zu gesellschaftlicher Diskriminierung und Stigmatisierung leisten. Der Titel „Störungen der Geschlechtsentwicklung“ wird trotz massiver Kritik von inter* Verbänden in die Neuauflage der ICD (Version 11) übernommen werden (Carpenter, 2018; Hinkle, 2009). Dabei „zielen“ Behandlungspraxen von Trans* wie Inter* „auf die als pathologisch definierte[n] Inkongruenzen zwischen binärem sex und gender“ ab (Eckert, 2013, S.2), sodass auch zukünftig allein durch das Vorhandensein einer Diagnose ein „Reparaturbedarf“ assoziiert wird. Zwar wird dessen Ausmaß durch neue Leitlinien begrenzt, in der Praxis liegt die Auslegung und Handlungsmacht allerdings weitgehend im Ermessen der Ärzt*innen bzw. Therapeut*innen, die mit ihrer jeweiligen Weltsicht aktiv Einfluss auf Eltern, inter* Menschen allen Alters und ihre Entscheidungen nehmen (vgl. Cabral & Carpenter, 2014; Lindenberg, 2020; Veith 2019). Dabei wird Zweigeschlechtlichkeit in jeder Behandlungssituation durch Zuschreibungen, (An-)Sprache und gegenderte Handlung

gen immer aufs Neue hergestellt (Hirschauer, 1993), selbst wenn die Behandler*innen kosmetische Operationen nicht forcieren.

Eine Mehrzahl der am Säugling durchgeführten Genitalkorrekturen betrifft die Hypospadien. Dabei handelt es sich um früh auffallende Varianten der Geschlechtsdifferenzierung, bei denen die Harnröhre nicht mittig in der Eichel mündet oder nur teilweise von Gewebe umschlossen wird. Eine Korrektur des Sitzes des Harnröhrenausgangs kann in sexueller Unempfindlichkeit durch Vernarbung, Erektionsstörungen und wiederkehrenden Infektionen resultieren, die häufige Antibiotikagaben oder Korrektivoperationen notwendig machen. Das einzige Resultat ohne Eingriff wäre hier der Gang zur Toilette im Sitzen (Diamond & Sigmundson, 1997). Eine weitere übliche Praxis ist die Klitoridektomie, die Kürzung eines intergeschlechtlichen Genitals. Die Normierung wird vollzogen, weil Maße und Aussehen nicht der medizinischen Definition eines „ausreichend“ langen infantilen Penis oder einer „ausreichend“ kurzen Klitoris („Phall-O-Meter“ als Persiflage von wahrgenommener Operationsnotwendigkeit; s. Abbildung 1) entsprechen und produziert vergleichbare Probleme. Die Idee, dass sich eine Vulva leichter als ein Penis formen ließe und ein „zu kurzer“ Penis immer psychisches Leiden produziere, hat(te) zur Folge, dass meist „feminisierende“ Operationen durchgeführt werden. Häufig schließen sich so weitere Operationen und Hormongaben an, die eine optische und funktionale Angleichung an einen normentsprechenden Körper ermöglichen sollen (zu „Behandlungsmarathons“ s. u. a. Nitschke, 2015; Veith, Hassel-Reusing & Kreuzer, 2008). Dies kann auch das Anlegen einer Neovagina umfassen, die mitunter lebenslang gedehnt, also durch die Eltern bougiert werden muss, um den feminisierten Körper auf den erwarteten heterosexuellen, penetrativen Koitus vorzubereiten. Das regelmäßige Dehnen und die häufigen Genitaluntersuchungen sind einige von mehreren als „gewalttätig und traumatisierend erfahrene(n) Behandlungen“ (Voß, 2009, S. 45) an inter* Kindern, welche sich als institutionalisierte sexualisierte Gewalt gegen den normabweichenden Leib verstehen lassen (z. B. Veith et al., 2008).

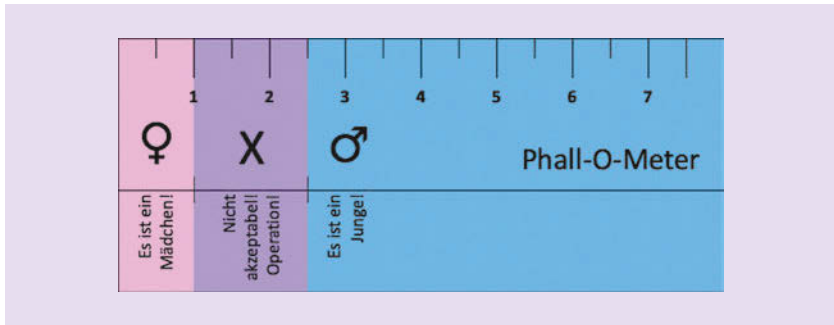


Abbildung 1: Die Maße (in Zentimeter) repräsentieren die klinischen Normwerte für Klitoris und Penis. Der Phall-O-Meter ist ein pädagogisches Instrument, erstellt von der *Intersex Society of North America*.

Eine ethisch wie auch medizinisch fragwürdige Operationspraxis ist zudem die Entfernung gesunder Keimdrüsen, wodurch die potentiell fortpflanzungsfähigen (und -interessierten) Menschen sterilisiert werden. Zur Gefahrenbeurteilung fehlen aktuelle, aussagekräftige Studien zum Entartungsrisiko innenliegender Hoden und der tatsächlichen Benefizienz langjähriger Hormonersatztherapie (Ghattas, 2013). Viele inter* Menschen, die ohne ihre Zustimmung „vereindeutigt“ wurden, entwickelten gravierende psychiatrische Symptome. Selbstwertgefühl und zwischenmenschliche Beziehungen werden nachhaltig geschädigt, wenn Beziehungserfahrungen von Geheimhaltung, Scham, Herabwürdigung, Fremdbestimmung und Vertrauensverlust gekennzeichnet sind. Die psychische Gesundheit und besonders das Intimleben leiden (Danon, 2015; Schönbucher, Ohm, Núñez Garcia, Schweizer & Richter-Appelt, 2012; Schweizer & Richter-Appelt, 2012a; Schweizer & Richter-Appelt, 2012b).

Diesen Operationen und Eingriffen gegenüber stehen medizinisch notwendige, lebensrettende Interventionen: So beispielsweise die Verhinderung einer seltenen Salzverlustkrise bei Androgenitalem Syndrom, die ohne Behandlung zwei bis drei Wochen nach der Geburt zum Tod führen würde. Diese Intervention hat jedoch nichts mit den beschriebenen kosmetischen Eingriffen gemein. Die fatalen Folgen der

durch Vereindeutigungspraxen und Fremdbestimmung verursachten physischen und psychischen Verletzungen hingegen beschäftigen inter* Menschen ein Leben lang (Bauer & Truffer, 2019; Diamond & Beh, 2008; Ghattas, 2013; Veith et al., 2008).

Obwohl es mittlerweile die Option gibt, den Geschlechtseintrag in die Geburtsurkunde zu verzögern oder „divers“ zu wählen (→ Rechte), hat sich an der Praxis und Anzahl der Operationen im deutschen Sprachraum nicht viel geändert. Der Beratungsbedarf ist groß, nicht nur bei frisch gebackenen Eltern (Klöppel, 2016; Tillmanns, 2015). „Die Geschlechter-Dichotomisierung führt (weiterhin) zur Pathologisierung von Intergeschlechtlichkeit und lässt sie als behandlungsbedürftige ‚Störung‘ erscheinen“ (Kromminga et al., 2009, S.21).

Natürliche Varianz der Geschlechtsentwicklung

Durch die weitestgehende Unsichtbarkeit und allgemeine Unkenntnis über inter* Existenzen wird das Alltagswissen nur selten in Frage gestellt – auch nicht innerhalb der queeren Community. Es entspricht den rudimentären physiologischen Kenntnissen, die im Biologieunterricht vermittelt wurden. Rund 1,7 % der Weltbevölkerung bilden aber einen anderen Phänotyp aus als ihr chromosomales Geschlecht es vermuten lassen würde (Klöppel, 2013; Krämer & Sabisch, 2017). Oder es finden sich andere Gonadenkonstellationen. Oder ihr Genital schaut anders aus. Variationen der Geschlechtsentwicklung betreffen das Genitaliaussehen, den Chromosomensatz, die Ausbildung der inneren Organe inklusive der hormonproduzierenden Drüsen und die Hormonsensitivität des Körpers. Rechnet man alle Geschlechtsvariationen zusammen, die von einem „männlichen“ oder „weiblichen“ Idealbild abweichen, lässt sich von 60 Variationen der Geschlechtsentwicklung (Klassifikation nach Hughes et al., 2006) ausgehen. Um die biologische Variationsfähigkeit des menschlichen Körpers nachzuvollziehen, folgt ein Einblick in die physische Geschlechtsdetermination. Diese beginnt im ersten Trimester der Schwangerschaft und ist erst mit der Ausformung des Körpers in Pubertät und Adoleszenz abgeschlossen.

Biologische Entwicklung von Geschlechtsmerkmalen

Zu Beginn sind alle Embryonen gleichen Geschlechts. Die undifferenzierte *äußere Genitalanlage* des Embryos, welche ab der siebten Schwangerschaftswoche (SSW) als Genitalhöcker und Kloake erkennbar ist, differenziert sich ab der Folgeweche. Dabei trennen sich zunächst die Anlage für den Urogenitaltrakt und die Analanlage voneinander. Das seitliche Verbindungsgewebe (labioscrotale Wulst) der entstandenen urogenitalen Rinne entwickelt sich in einem Spektrum weiter, dessen Entwicklungspole die äußeren Vulvalippen (Labia Majora) und der Hodensack (Scrotum) darstellen (s. Abbildung 2). Je stärker der Einfluss virilisierender („vermännlichender“) Hormone (Androgene), desto deutlicher ist das spätere Zusammenwachsen des labioscrotalen Gewebes als Hodensack. Der gemeinsame Ursprung lässt sich anhand der „Naht“ nachvollziehen, die oft gut sichtbar erhalten bleibt. Ab der neunten SSW wird sich die Urethralrinne des Fötus weiter schließen. Aus dem Genitalhöcker erwächst eine sensitive Spitze, welche der Ursprung variabler Genitalformen zwischen Klitoris und Eichel (Glans) ist (Frohneberg & Westermann, 2014). Bei der Entwicklung eines Penis wird die vollständige Schließung der Urethralrinne erwartet: Die Harnöffnung soll mittig in der Penisspitze liegen, was aber bei jedem 125. Jungen nicht der Fall ist (Hypospadie). Bereits in der zehnten bis zwölften SSW lässt sich etwas über die äußere Anatomie des Säuglings bei der Geburt (sog. „Hebammengeschlecht“) aussagen. Das ist aber nicht zwangsläufig die Form des Erwachsenengenitals. Es werden nämlich auch Menschen mit „eindeutig weiblichen“ Genitalien geboren, deren Klitoris sich bei Überwiegen der virilisierenden Hormone in der Pubertät (wenn die „verborgenen“, innenliegenden Hoden ihre Androgenproduktion steigern) zum Penis auswächst. Tritt der auslösende 5-alpha-Reduktase (DHT)-Mangel in einer Population gehäuft auf, kann sich eine Geschlechtsrollenwechsel-freundliche Kultur entwickeln, wie es in einer Region der Dominikanischen Republik der Fall ist. Dort werden die Wechsler*innen „Gueve doce“, zwölftes Ei (wörtlich: „Eier mit zwölf“), genannt (Bolin, 1996).

8. Schwangerschaftswoche

Legende:

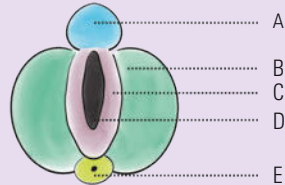
A = Genitalhöcker (sensitives Gewebe entwickelt sich zu Eichel, Klitoris)

B = Labioscrotale Wulst (Entwicklungsvarianten: Scrotum, fusionierte Labien, äußere große Labien)

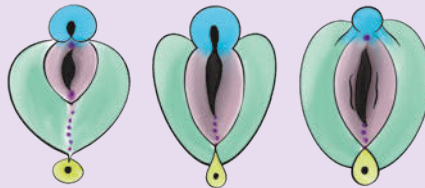
C = Urogenitalfalte (Gewebsursprung für Penischaft, kleine Labien, Vaginalöffnung, Harnleiter)

D = Urogenitale Furche (schließt sich zumeist, teils verbleibt eine Naht)

E = Analanlage



11.-17. Schwangerschaftswoche



Bei der Geburt (einige Varianten der Differenzierung)

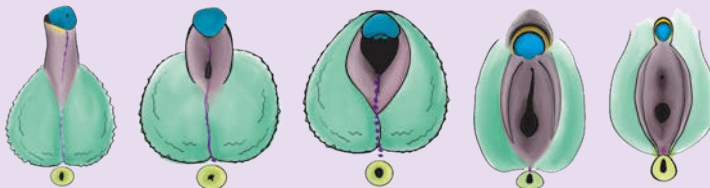


Abbildung 2: Entwicklungsgeschichte der äußeren Genitalien bis zur Bestimmung des „Hebammengeschlechts“. Die Bilder wurden von Felix Appiah erstellt.

Die *innere Geschlechtsanlage* des Embryos ist multipotential. Zu Beginn haben alle Embryonen dieselben Gänge und Drüsenanlagen, die sich regelhaft unter Androgenausschüttung virilisieren (bzw. sich ohne – teils oder gänzlich – „weiblich“ ausdifferenzieren). Bildet der Fötus Hoden aus, findet also regelhaft eine „Vermännlichung“ der äußeren wie inneren Geschlechtsanlage statt. Das Androgenlevel hängt dabei von der schwangeren Person, ihrem Stresslevel, etwaigen Medikamenten und weiteren Faktoren ab, die im Embryo selbst liegen. Da alle Körper (ja alle!) sowohl Östrogene als auch Androgene produzieren, hängt diese Entwicklung auch davon ab, ob der Körper die Signalwirkung der Androgene erkennt. Werden geringere Mengen ausgeschüttet oder die Hormonantwort bleibt ganz aus (weil die Rezeptoren fehlen), überwiegt trotz Hodentätigkeit das Östrogenlevel: Es bilden sich tendenziell weiblich lesbare primäre wie sekundäre Geschlechtsmerkmale aus (Voß, 2010). Klinisch wurde dies als „Pseudohermaphroditismus“ bezeichnet. Im Verlauf der Schwangerschaft bilden sich bei den meisten Föten die „gegengeschlechtlichen“ Gänge und Keimdrüsen zurück, aber eben nicht bei allen. Beim seltenen „Hermaphroditismus verus“ sind bei der Geburt gleichzeitig Testikel (Hoden), Ovarien (Eierstöcke), Vagina, Uterus, Eileiter und Penis vorhanden. Da die Beurteilung der genitalen Physis eine so große Rolle bei der Zuweisung sozialer Rollen spielt, schlägt die Biologin Fausto-Sterling (1993) vor, zumindest fünf Körpergeschlechter als Standard anzuerkennen. Sie regt ein hermaphroditisches Sprachspektrum zwischen den Polen der gänzlich „männlichen“ und gänzlich „weiblichen“ Differenzierungsvariante an: males – merms – herms – fermes – females. Ausschlaggebend für die fünf Zuordnungsmöglichkeiten ist das Aussehen des Geschlechts bei Geburt und die Art der Gonaden.

Die *genetische Determination* des menschlichen Organismus erfolgt bei der Befruchtung. Die Mehrheit der Bevölkerung besitzt 22 gleiche Genpaare und ein 23. „geschlechtsspezifisches“. Beim Fusionsvorgang von Eizelle und Spermium kann es zu mehr als den häufigsten Varianten XX und XY kommen – und selbst diese können „im Kontrast“ zum

Phänotyp stehen. Entgegen früherer Annahmen wissen wir heute, dass von den 1100 Informationen auf dem X-Arm nur ca. 4 % die Aufgabe haben, die geschlechtliche Entwicklung zu beeinflussen. Ein Großteil der geschlechtsdeterminierenden Faktoren ist weder auf diesem noch auf dem verhältnismäßig kleinen Y-Gen mit nur 312 Informationen zu suchen (Jordan & Vilain, 2002). Von der 23. Stelle hängt die prägeburtliche Entwicklung der Geschlechtsorgane zwar auch ab, eine klare Identifikation aller hoden- und eierstock-bestimmenden Faktoren steht aber noch aus. Sicher ist bis dato allein, dass die Expression mehrerer Genabschnitte in Interaktion mit weiteren Komponenten des Organismus für die Ausbildung des Phänotyps verantwortlich ist. Genaugenommen ist es somit nicht nur irreführend, sondern falsch von der 23. Stelle als Geschlechtschromosomen (Gonosomen) zu sprechen (Voß, 2010).

Interaktion endokriner und genetischer geschlechtsbestimmender Faktoren

Die komplexe Interaktion von Chromosomensatz (Karyotyp), Keimdrüsen und Hormonlevel lässt sich gut an Menschen verdeutlichen, die mit einem XY-Genpaar, Vulva und Klitoris geboren sind. Wenn XY-Menschen sich vorgeburtlich äußerlich weiblich gelesen entwickelt haben (verursacht durch komplette Androgeninsensitivität), wachsen sie in der weiblichen Geschlechtsrolle auf. Oft erfahren sie erst in der späten Pubertät oder bei unerfülltem Kinderwunsch von ihrem Chromosomensatz – und ihrem intergeschlechtlichen Entwicklungspotential. Die erwartete Regel blieb aus oder es werden bei einer gynäkologischen Untersuchung innenliegende Hoden (Kryptorchismus) oder andere Gonaden entdeckt. Ein männlich gelesener Phänotyp mit Penis, Hoden im Scrotum, Bartwuchs etc. entsteht nämlich nur, wenn der Organismus vorgeburtlich und in der weiteren Entwicklung genügend Androgenen ausgesetzt ist (Hormonausschüttung) und Rezeptoren (Hormonandockstellen) bereitstellt, welche das Signal empfangen und weiterleiten können. Dies ist bei Menschen mit Androgenresistenz bzw. -insensitivität (*Androgen Insensitivity Syndrom* (AIS)) nicht der Fall.

Bei starker Ausprägung des AIS (komplette Androgeninsensitivität (CAIS)) hat die Person/XY-Frau Hoden im Bauchraum, eine kurze Vagina ohne Vorliegen eines Uterus. Viele sind groß und langbeinig, haben schmale Hüften und produzieren mitunter keine pubertätstypische Körperbehaarung und Körperfluide. Damit fallen sie ins „Modellspektrum“, denn ihre Körper entsprechen westlichen Anforderungen an idealtypische Weiblichkeit. Bei partieller Androgeninsensitivität (PAIS) fallen die Genitalien in die Mitte des Differenzierungsspektrums und der Phänotyp entwickelt sich sehr unterschiedlich, sodass Mediziner*innen und Eltern sich gedrängt fühlen, eine Entscheidung über das (zumeist feminine) Erziehungsgeschlecht und die „körperliche Vereindeutigung“ zu fällen. Bei minimalem AIS (MAIS) liegt ein sogenannter Mikropenis bzw. eine große Klitoris mit Hypospadie vor, wodurch diese Menschen in der Regel als Jungen aufwachsen und später zeugungsfähig sein können. Da sie mitunter früh chirurgisch idealtypisch maskulinisiert wurden, identifiziert sich ein Großteil nicht als inter*. Umgekehrt führt das Androgenitale Syndrom bei XX-Karyotyp dazu, dass eine pränatale Androgenausschüttung äußerlich zur Bildung einer phalloiden Klitoris bzw. eines inter* Genitals mit Scrotum führt – bei innerem Vorliegen von Eierstöcken bzw. inter* Gonaden (Devor, 1989).

Es gibt weitere Geschlechtsvarianten, die auf einen seltenen Karyotyp zurückgehen. Bei Klinefelter-Männern liegt ein XXY-Chromosomensatz vor, bei Turner-Frauen XO, es gibt XXX, XXXX, XYY, XXXY, Mosaik und weitere Kombinationen aus Anzahl und Zusammensetzung der 23. Stelle, deren Geschlechtsentwicklung ähnlich detailliert aufgeschlüsselt werden könnte, wofür hier allerdings der Platz fehlt. Weitere Auslassungen betreffen die Diskussion des Hormoneinflusses auf die Gehirnentwicklung, welche nach dem Mosaikprinzip individuelle Differenzen in der Ausprägung als männlich oder weiblich deutbarer Strukturen verursachen. Auch muss die Multifunktionalität von reduktiv als „Sexualhormonen“ (z. B. Testosteron und andere Androgene, Östrogene, Progesteron) bezeichneten Hormonen und weiterer Gonadenprodukte ausgelassen werden.

Es sei zudem auf eine kleine Schnittmenge vom Trans*- und Inter*spektrum hingewiesen: Wenn das medizinisch „vereindeutigte“ Geschlecht bzw. das Erziehungsgeschlecht als nicht richtig erlebt wird, entsteht oft der Wunsch nach Eindeutigkeit in Bezug auf Körper und bevorzugte Geschlechtsrolle. Auch pubertäre Änderungen des Hormonlevels stellen die Geschlechtszuordnung in Frage. Das soziale bzw. Identifikationsgeschlecht kann dabei sowohl vom Erziehungsgeschlecht als auch vom Phäno- oder Karyotyp abweichen, weshalb einige inter* Menschen eine queere, nicht-binäre, Drittes Geschlecht- oder genderfluide Selbstbezeichnung bevorzugen.

Schlussfolgerungen

Das Zusammenspiel genetischer Faktoren und Hormonausschüttungen in dafür sensiblen Zeitfenstern in der embryonalen sowie kindlichen Körper- wie Gehirnentwicklung bestimmen in Interaktion mit ihrer Umwelt Ihre Geschlechtlichkeit. Für wie „typisch“ Ihr Körper, Ihre Denk- und Sprechvorlieben, Ihre sozialen Interaktionen und Ihr Begehren gehalten wird, bestimmen soziokulturelle Normen, die ihrerseits wieder von einer Zweigeschlechtlichkeit ausgehen, die es so (biologisch) überhaupt nicht gibt (→ *Vielfalt*). In Ansätzen sollte gezeigt werden, wie vielfältig menschliche geschlechtliche Entwicklung verläuft und zu wie vielen Varianten sie führen kann. Aus biologisch-medizinischer Sicht ist die Idee der Einheitlichkeit des Körpergeschlechts (*sex*) nicht zu halten und auch als höchst schädlich entlarvt.

Es handelt sich um einen naturalistischen Trugschluss, Durchschnittswerte (z. B. statistische Häufigkeit von Geschlechtsvariationen oder sexuellem Begehren) mit einer Vorstellung von Normalität oder Gesundheit gleichzusetzen. Die WHO (1986) bestimmt Gesundheit als vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen. Medizinische Eingriffe und psychotherapeutische Behandlungen müssen sich daran messen, ob sie diesem Ziel tatsächlich dienen. Wo diagnostizieren wir also Handlungsbedarf, um nicht (mehr) vorhandenes körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen (wieder) herzustellen

(restaurative Logik)? Und wo gilt es das Entstehen von Krankheit in ihren biopsychosozialen Aspekten zu verhindern (innovative Logik)?

Ähnlich wie wir als Gesellschaft in den letzten 70 Jahren einen Lernprozess durchgemacht haben, die Normalität nicht-heterosexuellen Begehrens, von Erwachsenen ohne Kinderwunsch, Patchworkfamilien oder die der politischen, beruflichen, sexuellen wie reproduktiven Selbstbestimmung von Frauen* anzuerkennen, gilt es jetzt, all jenen eine gute psychosexuelle Entwicklung zu ermöglichen, deren Körper und Psyche in den letzten 70 Jahren mit fatalen Folgen „zurechtgerückt“ wurde. Vielmehr braucht es über die Anerkennung eines natürlichen Spektrums von Geschlechtern, Sexualitäten und Identitäten hinaus eine Auflösung und Vervielfältigung bisheriger bipolar-dichotomer Vorstellungen von Geschlecht und Begehren. Um uns aus den Denkfolien alleiniger Mann-oder-Frau-Geschlechtlichkeit sowie Homo- oder Heterosexualität zu lösen, braucht es Folgendes:

- Eine (teils noch zu entwickelnde) vielfältige Sprache (→ Sprache)
- Verständnis davon, dass statistische Seltenheiten nicht mit Störungen oder Krankheiten zu verwechseln sind
- Entfernung der unzweckmäßigen Diagnosen, welche der Pathologisierung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt dienen
- Verfolgbarkeit gewaltsamer Korrekturen hin zur binären Schablone, welche sich insbesondere minderjährige inter* wie trans* Menschen ausgesetzt sehen
- Training der mentalen Fähigkeit es auszuhalten, wenn etwas nicht den Erwartungen entspricht (Ambiguitätstoleranz)
- Respektvoller und würdevoller Umgang mit unseren Mitmenschen, welche den Diskriminierungsschutz sexueller wie geschlechtlicher Minderheiten mit einschließt

„Es sind letztendlich die Kinder selbst, die herausfinden können und müssen, wer und was sie sind. Es ist unsere Aufgabe als Ärzte und Wissenschaftler, ihnen zuzuhören und zu lernen. Klinische Entscheidungen

dürfen weder von anatomischen Gegebenheiten noch vom ‚Funktionieren‘ der Sexualorgane abhängig gemacht werden“ (Reiner, 1997, S. 225).

Literatur

- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (2019). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Register-Nr. 138/001. Abgerufen am 07.08.2020 von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html>
- BAUER, M., & TRUFFER, D. (2019). NGO Report (for Session) to the 6th Report of Germany on the Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT). Zürich: StopIGM.org/Zwischengeschlecht.org. <https://intersex.shadowreport.org/>
- BEAUCHAMP, T. L., & CHILDRESS, J. F. (2008). Principles of Biomedical Ethics (6. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- BOLIN, A. (1996). Traversing Gender. Cultural Context and Gender Practices. In S. P. Ramet (Hg.), Gender Reversals and Gender Cultures. Anthropological and Historical Perspectives (S. 22-51). New York, NY: Routledge.
- CABRAL, M., & CARPENTER, M. (2014). Intersex Issues in the International Classification of Diseases: A Revision. Abgerufen am 23.09.2020 von http://intersexday.org/wp-content/uploads/2015/10/intersex_issues_in_the_international_classification_of_diseases-cabral-carpenter-2014.pdf
- CARPENTER, M. (2018). Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases. Health and Human Rights, 20(2), 205–214.
- DANON, L. M. (2015). The Body/Secret Dynamic: Life Experiences of Intersexed People in Israel. SAGE Open, 5(2), 1-13. <https://doi.org/10.1177%2F2158244015580370>
- DEGELE, N. (2008). Gender / Queer Studies. Paderborn: Wilhelm Fink.
- DEVOR, H. (1989). Gender Blending: Confronting the Limits of Duality. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- DIAMOND, M., & BEH, H. G. (2008). Changes in Management of Children With Differences of Sex Development. Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism, 4, 4–5. <https://doi.org/10.1038/ncpendmet0694>
- DIAMOND, M., & SIGMUNDSON, H. K. (1997). Management of Intersexuality. Guidelines for Dealing with Persons with Ambiguous Genitalia. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 151, 1046-1050. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1997.02170470080015>
- DILLING, H., MOMBOUR, W., & SCHMIDT, M. H. (Hg.) (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (6. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- ECKERT, L. (2013). Inter*sexualisierung – Klitorektomie und das Konzept der angeborenen Bisexualität. GENDER- Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 5(1), 24-38.
- FAUSTO-STERLING, A. (1993). The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough. The Sciences, 33(2), 20-24. <https://doi.org/10.1002/j.2326-1951.1993.tb03081.x>
- FEUERLEIN, M. (2015). Im Raster der Zweigeschlechtlichkeit. Gen-ethischer Informationsdienst, 31/229, 31-33.
- FROHNEBERG, D., & WESTERMANN, D. (2014). Embryologie – Entwicklung des Urogenitalsystems. In R. Hautmann & J. E. Gschwend (Hg.), Urologie (5. Aufl.) (S. 1-11). Berlin: Springer.
- GARCIA NÚÑEZ, D., & SCHNEEBERGER, A. R. (2018). Trauma unter dem Regenbogen: Stigmatisierung von Gender- und sexuellen Minderheiten. In M. Büttner (Hg.), Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen (S. 167-197). Stuttgart: Schattauer.

- GHATTAS, D. C. (2013). Menschenrechte zwischen den Geschlechtern. Vorstudie zur Lebenssituation von Inter*Personen. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung. <http://www.boell.de/2013/10/18/menschenrechte-zwischen-den-geschlechtern>
- HINKLE, C. E. (2009). Sexistische Genetik und ambivalente Medizin. Gen-ethischer Informationsdienst Spezial, 9, 27-29. https://oigermany.org/wp-content/uploads/GID_Spezial9_Hinkle.pdf
- HIRSCHAUER, S. (1993). Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- HOLMES, M. (2008). Intersex: A Perilous Difference. Selinsgrove, PA: Susquehanna University Press.
- HUGHES, I. A., HOUK, C., AHMED, S. F., LEE, P. A., & LWYPES/ESPE CONSENSUS GROUP (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. Archives of Disease in Childhood, 91, 554-563. <http://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>
- JORDAN, B. K., & VILAIN, E. (2002). SRY and the Genetics of Sex Determination. In S. A. Zderic, D. A. Canning, M. C. Carr, H. McC. Snyder III. (Hg.), Pediatric Gender Assignment. A Critical Reappraisal (S. 1-14). New York, NY: Springer Science+Business.
- KARKAZIS, K. (2008). Fixing Sex. Intersex, Medical Authority, and Lived Experience. Duke, NC: Duke University Press.
- KESSLER, S. J. (1990). The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. Signs: Journal of Women in Culture and Society, 16, 3–26. <https://doi.org/10.1086/494643>
- KINSEY, A. C., POMEROY, W. B., MARTIN, C. E., & GEBHARD, P. H. (1954). Das sexuelle Verhalten der Frau. Berlin: Gottfried Bermann Fischer.
- KINSEY, A. C., POMEROY, W. B., & MARTIN, C. E. (1955). Das sexuelle Verhalten des Mannes. Berlin: Gottfried Bermann Fischer.
- KLÖPPEL, U. (2013). Medikalisierung „uneindeutigen“ Geschlechts. In E. Barth, B. Böttger, D. C. Ghattas & I. Schneider (Hg.), Inter. Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter (S.87–95.). Berlin: NoNo.
- KLÖPPEL, U. (2016). Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien, Bulletin Texte, 42. <https://doi.org/10.25595/12>
- KRÄMER, A., & SABISCH, K. (2017). Intersexualität in NRW. Eine qualitative Untersuchung der Gesundheitsversorgung von zwischengeschlechtlichen Kindern in Nordrhein-Westfalen. Projektbericht. Essen: Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW. https://www.lzg.nrw.de/versorgung/vers_strukt/projekte/intersexualitaet/index.html
- KROMMINGA, I. A., KLÖPPEL, B., & KLÖPPEL, U. (Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (IVIM)) (2009). Intergeschlechtlichkeit ist kein medizinisches Problem! Gen-ethischer Informationsdienst Spezial, 9, 21-26.
- LINDENBERG, H. (2020). Rechtsfragen medizinischer Intervention bei intersexuell geborenen Minderjährigen. Baden-Baden: Nomos.
- NITSCHKE, S. (2015). Gespräch mit Gerda Janssen-Schmidchen, Beratungsstelle für Intersexuelle Menschen in Niedersachsen, am 17. Juli 2015 in Emden. Abgerufen am 23.09.2020 von https://www.isp-sexualpaedagogik.org/downloadfiles/Nitschke,%20J%C3%B6rg_Gespr%C3%A4ch%20mit%20Gerda%20Janssen-Schmidchen.pdf
- PLETT, K. (2012). Geschlecht im Recht – eins, zwei, drei viele? Rechtshistorische und gender-theoretische Betrachtungen. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen (S. 131-152). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- POSNER, G. L., & WARE, J. (2000). Mengele. The Complete Story. New York, NY: Cooper Square Press.
- REINER, W. (1997). To Be Male or Female – That Is the Question. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 151, 224-225. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1997.02170400010002>

SABISCH, K. (2013). Doing inter*. Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Zwischengeschlechtlichkeit. Abgerufen am 23.09.2020 von <http://www.hirschfeld-kongress.de/publikationen.html>

SCHOLINSKI, D. (1995). Daphne Scholinski, USA. In U. Vaidis & J. Hormel (Hg.), *The International Tribunal on Human Rights Violations Against Sexual Minorities* (S. 21-27). San Fransicso, CA: The International Gay & Lesbian Human Rights Commission & Community United Against Violence. <https://outrightinternational.org/sites/default/files/188-1.pdf>

SCHÖNBUCHER, V., OHMS, J., NÚÑEZ GARCIA, D., SCHWEIZER, K., & RICHTER-APPELT, H. (2012). Heterosexuelle Normalität oder sexuelle Lebensqualität? Behandlungsziele im Wandel. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 207-223). Gießen: Psychosozial-Verlag.

SCHWEIZER, K., & RICHTER-APPELT, H. (2012a). Behandlungspraxis gestern und heute. Vom „optimalen Geschlecht“ zur individuellen Indikation. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 99-118). Gießen: Psychosozial-Verlag.

SCHWEIZER, K., & RICHTER-APPELT, H. (2012b). Die Hamburger Studie zu Intersexualität. Ein Überblick. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 187-205). Gießen: Psychosozial-Verlag.

TILLMANN, M. (2015). *Intergeschlechtlichkeit. Impulse für die Beratung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

VEITH, L. (2019). Intersexuelle Menschen nicht länger pathologisieren! Stellungnahme zum Antrag Drs.-Nr. 17/3027. Abgerufen am 23.09.2020 von <https://landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST17-1020.pdf>

VEITH, L., HASSEL-REUSING, S. L., & KREUZER, C. K. (2008). Schattenbericht zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). Hamburg: Intersexuelle Menschen. Abgerufen am 23.09.2020 von http://www.im-ev.de/parallelberichte/cedaw_2008.php

VOSS, H.-J. (2009). Intersexuellenbewegung und zweigeschlechtliche Norm – Zwischen Emanzipation und Restauration. Eine kritisch-biologische Intervention. *Liminalis*, 2009/3, 42-59.

VOSS, H.-J. (2010). *Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive*. Bielefeld: Transcript

VOSS, H.-J. (2018). *Geschlecht. Wider die Natürlichkeit* (4. Aufl.). Stuttgart: Schmetterling Verlag.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Abgerufen am 05.04.2018 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

WOLF, G. (2014). Psychopathologisierungprozesse von LSBT*1-Lebensweisen in DSM-5 und ICD-10, Kapitel F. Abgerufen am 23.09.2020 von <http://www.hirschfeld-kongress.de/publikationen.html>

WOLF, G. (2019). Konversionsbehandlungen. Abgerufen am 23.09.2020 von <https://www.vlsp.de/wissenschaft/konversionsversuche>

WOLF, G., & MEYER, E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2/2017, 130-139.

Autor*in

Cathleen Tischoff absolvierte das Studium der Kulturwissenschaften & Ästhetischen Praxis (Diplom) mit Nebenfach Psychologie. Nach langjähriger Tätigkeit als Referent*in in der Politischen Bildung nun seit 2016 Ausbilder*in von Heilpraktiker*innen für Psychotherapie. Freie Seminararbeit und wissenschaftliche Beschäftigung mit den Schwerpunkten Queer Theory und Wissenschaftskritik, Psychotraumatologie, Visual Culture, Embodiment und Sexuelle Bildung. Therapeutische Arbeit mit Erwachsenen im Raum Hannover. Kontakt: c.tischoff@mail.de

8. Die Beziehungsgestaltung im professionellen Gesundheitssetting

Die Arbeitsbeziehung zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient*innen bzw. Klient*innen¹ ist ein professionelles Verhältnis, das gekennzeichnet ist durch die Übereinstimmung über (1.) die Ziele der Behandlung, (2.) das Ausmaß, in dem Übereinstimmung über die Aufgaben zur Zielerreichung und (3.) das Ausmaß, in dem Vertrauen und Sympathie besteht (Fuertes, Toporovsky, Reyes & Osborne, 2017; vgl. Büker, 2019). Die Bundesärztekammer (2019) erklärt die Erhaltung und Förderung von Vertrauen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen als besonderes Ziel – unter Berücksichtigung von Diversitätsmerkmalen wie u. a. der sexuellen Orientierung. Auch für andere Fachkräfte in Gesundheitsberufen – wie Pflegekräfte, Physiotherapeut*innen oder medizinische Fachangestellte – ist die Interaktion mit Patient*innen Kern des Berufs. Es ist die Aufgabe der Fachkräfte, ein professionelles Beziehungsangebot zu unterbreiten und auf die Beziehungsangebote der Patient*innen angemessen zu reagieren.

Beziehungsgestaltung

Eine gute Beziehung zwischen Patient*in und Gesundheitsfachkraft kann sehr bedeutsam für den Genesungs- und Behandlungsprozess sein – insbesondere bei einer langfristigen Betreuung. Im Vergleich zur privaten Beziehung ist die professionelle Beziehung dadurch gekennzeichnet, dass sie i. d. R. nicht freiwillig entstanden ist, dass sie zeitlich begrenzt, zweck- und zielgebunden sowie monetär abgegolten ist (Büker, 2019). Außerdem ist sie auch durch eine professionelle Distanz geprägt. Fuertes und Kolleg*innen (2017) fanden u. a., dass die Arbeitsbeziehung mit der Einhaltung der Behandlung/Therapie (Adhärenz),

¹ Im Folgenden wird ausschließlich der Begriff Patient*innen genutzt.

der Zufriedenheit und der Gesundheit der Patient*innen im Zusammenhang steht. Auch andere Studien bescheinigen der Arbeitsbeziehung zwischen Gesundheitsfachkraft und Patient*innen wünschenswerte Ergebnisse (ärztliche Beziehung, u. a. Arbutnott & Sharpe, 2009; Venetis, Robinson, LaPlant Turkiewicz & Allen, 2009; Beziehung in der Physiotherapie, u. a. Ferreira et al., 2013; Pflegebeziehung, u. a. Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013). Dabei liegen mehr empirische Befunde zur ärztlichen Beziehung vor als zur Pflegebeziehung oder anderen Beziehungen in Gesundheitsberufen.

Eine kritische Reflexion des eigenen Handelns der Fachkräfte ist deswegen stets notwendig – insbesondere in Bezug auf Patient*innen mit Minoritätenstatus. Queere² Menschen sind im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Menschen aufgrund von Minoritätenstress (→ Vorurteile) besonders betroffen von psychischen Belastungen und somatischen Beschwerden (→ Gesundheit). Dabei zeigt sich auch, dass sie die Angebote des Gesundheitswesens seltener in Anspruch nehmen (→ Gesundheit). Dadurch ergibt sich für Fachkräfte die Notwendigkeit einer besonderen Sensibilität, damit Unterstützungsangebote von den Patient*innen angenommen werden können. Aussagen wie „so etwas wie sexuelle Orientierung ist Privatsache, das geht mich nichts an“ mit der Idee, dass alle Patient*innen unabhängig von der sexuellen Orientierung gleich behandelt werden, blenden aus, dass für eine auf die individuelle Person ausgerichtete Behandlung auch die geschlechtliche Identität und die sexuelle Orientierung eine Rolle spielen (vgl. Beagan, Fredericks & Bryson, 2015; Kodadek et al., 2019; Plöderl & Winkler, 2019; Prüll, 2019).

Wie nehmen queere Menschen die Gesundheitsversorgung wahr? Allgemein geben die meisten homosexuellen Patient*innen an, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung die gleiche wie bei heterosexuellen cis Patient*innen ist (87 %, Stein & Bonuck, 2001). Auch gehen

² Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlecht abweichen (vgl. Henderson, 2019).

viele offen mit ihrer sexuellen Orientierung um (40 %, Hirsch Löttgen & Becker, 2016; 67 %, Quinn et al., 2015; 70 %, Stein & Bonuck, 2001). Bei Quinn und Kolleg*innen berichten relativ wenige schwule und lesbische Patient*innen von negativen Erfahrungen im Gesundheitskontext (< 10 %) bei Hirsch und Kolleg*innen (2016) berichten 12 % der lesbischen Frauen Diskriminierung und bei Casey und Kolleg*innen (2019) sind es für queere Menschen insgesamt 16 % (besonders hoch bei queeren Menschen mit zusätzlichem ethnischen Minoritätenstatus → [Intersektionalität](#)). Die relativen Anteile sollten je nach soziokulturellem Kontext und damit Offenheit für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt variieren. Dabei bleibt aber zu beachten, dass jede einzelne Person, die Diskriminierung erlebt, eine zu viel ist.

Selbsterfüllende Prophezeiungen in der sozialen Interaktion

Ein Modell von Nickel (1985; s. Abbildung 1), das ursprünglich für die Lehr-Lern-Beziehung erstellt wurde, lässt sich auch auf andere Beziehungsstrukturen anwenden (z. B. Beratung, Hackbart, Rapior & Thies, 2020; Kinder- und Jugendhilfe, Misamer, Hackbart & Thies, 2017). Das Modell kann als Grundlage für Reflexionsprozesse hilfreich sein und Erklärungen für Teufelskreisläufe sowie Engelskreisläufe, also für negative und positive Interaktionen, liefern. Nach Nickel (1985) verlaufen soziale Interaktionen immer im Kontext des soziokulturellen Bezugsrahmens der beteiligten Personen. Hierzu gehören z. B. bisherige und derzeitige Kontakte im Gesundheitswesen sowie objektivierte Einflüsse wie Medien, Richtlinien und Dienstanweisungen. Auch die Arbeitsbeziehung zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient*innen ist geprägt vom soziokulturellen Bezugsrahmen, also von politischen, juristischen, kulturellen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. Begenau, Schubert & Vogd, 2010; Ebenen der strukturellen und institutionellen Diskriminierung s. Gomolla, 2017), welche sich z. B. in der Entwicklung der ICD (*International Classification of Diseases*) widerspiegeln (→ [Menschenbild](#)). Zudem entstanden klinische Richtlinien, die queere Menschen berücksichtigen (Bundes-

ärztekammer, 2019; Klein et al., 2018). Dies hat Auswirkungen auf den Umgang mit queeren Menschen im Gesundheitssystem.

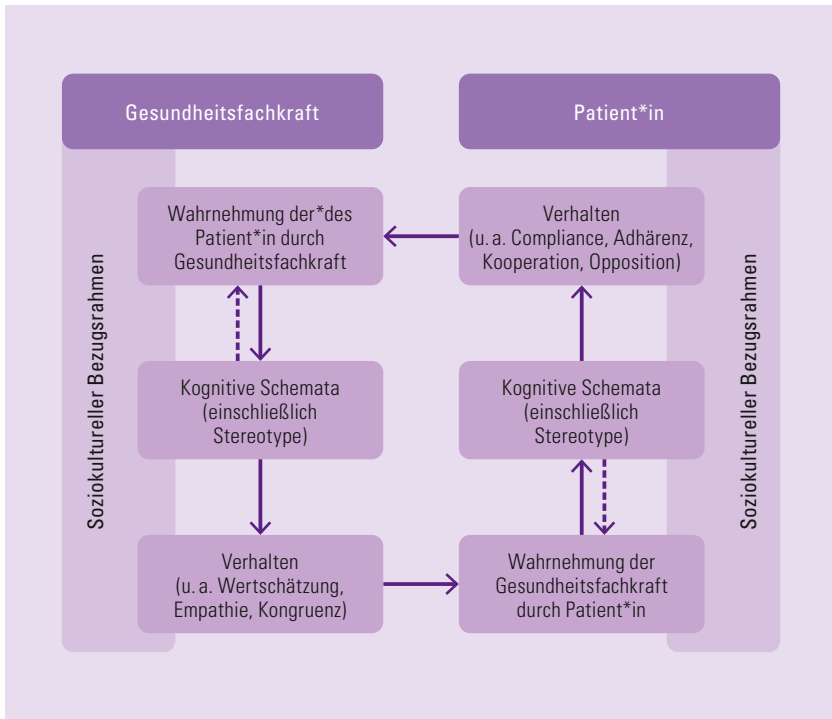


Abbildung 1: Das transaktionale Modell der Beziehung nach Nickel (1985)

Vor dem Hintergrund des soziokulturellen Bezugsrahmens entwickeln sich (durch Sozialisation und Erziehung) u. a. kognitive Schemata, Stereotype, Vorurteile und Erwartungen (z. B. Heteronormativität → Vielfalt) heraus (→ Vorurteile), welche die Wahrnehmung der anderen Person beeinflussen. So zeigen sich auch Vorurteile von Medizinstudierenden gegenüber schwulen und lesbischen Menschen (46 % bewusste und 82 % unbewusste Vorurteile, Burke et al., 2015). „Der Arzt [bzw. die Gesundheitsfachkraft] ist sehr oft gezwungen, sich aufgrund von

wenigen Informationen einen Eindruck vom Patienten zu bilden. Die Kooperation des Patienten wird beeinflusst vom Eindruck des Patienten über den Arzt. Die gegenseitige soziale Wahrnehmung ist also in der Arzt-Patient-Beziehung sehr wichtig“ (Meyer & Buddeberg, 2004, S. 35). Die soziale Wahrnehmung kann dabei durch Stereotype auf beiden Seiten verzerrt sein, welche weitergehend selbsterfüllend wirken können: Einerseits werden Informationen stereotypkonform wahrgenommen, interpretiert sowie erinnert und andererseits führt die bloße Erwartung an eine andere Person zu einem Verhalten, so dass die andere Person die Erwartung bestätigt (Greitemeyer, 2020).

Das Phänomen der selbsterfüllenden Prophezeiung (vgl. Greitemeyer, 2020) soll hier beispielhaft für Stereotype gegenüber schwulen Patienten beschrieben werden. Darüber hinaus können aber auch Gesundheitsfachkräfte von Stereotypisierung und Diskriminierung betroffen sein (u. a. Eliason, Dibble & Robertson, 2011), die die professionelle Interaktion erschweren können. Erwartet also beispielsweise eine heterosexuelle cis Hausärztin von schwulen Männern, dass sie offen und lebenslustig sind, wird ihr eigenes Verhalten bereits von Beginn an freundlicher sein. Dadurch kann sich ein schwuler Patient auch eher öffnen und positiver auf die Hausärztin zugehen (Kooperation). Andererseits kann es auch sein, dass die Hausärztin schwulen Männer sexuelles Risikoverhalten in starkem Ausmaß zuschreibt, so dass sie bei andauernden Infekten (z. B. Erkältungen) viel schneller nach sexuellen Kontakten fragt und einen HIV-Test (vgl. Starks, Rendina, Breslow, Parsons & Golub, 2013) durchführen möchte als bei heterosexuellen Männern. Sollte ein positiver Befund resultieren, kann dies zu einer Bestätigung des Stereotyps führen. Gleichzeitig kann der angebotene HIV-Test zu Trotz und Reaktanz auf Seiten des schwulen Patienten führen (Opposition).

Darüber hinaus spielen Prozesse auf Seiten der Patient*innen innerhalb der Arbeitsbeziehung eine wichtige Rolle: Wie stehen sie selbst zu ihrer geschlechtlichen Identität bzw. sexuellen Orientierung? Möchten sie ein Coming-Out vor den Gesundheitsfachkräften oder nicht? Wie

hoch ist die Angst vor einem Zwangs-Outing (vgl. Plöderl & Winkler, 2019)? Queere Patient*innen müssen in irgendeiner Form auf die heteronormative Annahme der Gesundheitsfachkräfte reagieren. Hier können Gesundheitsfachkräfte bereits im Vorfeld vertrauensbildende Maßnahmen standardmäßig für alle Patient*innen implementieren.

Macht und Vertrauen

Vertrauen ist durch folgende Aspekte charakterisiert (Petermann, 1997, S. 157):

- „Vertrauen ist mit Ungewißheit für die vertrauende Person verbunden.
- Der Vertrauende setzt sich einem potentiellen Risiko aus.
- Es besteht eine mangelnde Beeinflußbarkeit des eigenen Schicksals.
- Vertrauen ist zukunftsorientiert und setzt eine relative Beziehungsdauer voraus.“

Im Gesundheits-, Pflege- und Medizinalsetting müssen Patient*innen auf die Kompetenz und die Fähigkeiten der Gesundheitsfachkräfte vertrauen (für Beratungs- und Psychotherapiesetting s. Thies, in Druck). Auf der anderen Seite müssen Gesundheitsfachkräfte darauf vertrauen, dass die Patient*innen die Hinweise zur Behandlung befolgen – also Compliance zeigen (Petermann, 1997). Das interpersonale Vertrauen in der Arbeitsbeziehung ist aber keine symmetrische Beziehung: Einerseits besitzen die Gesundheitsfachkräfte mehr Machtmittel (Wissen, meist „Heimvorteil“ etc.) und andererseits sind die Folgen einer falschen Behandlung zumeist für Patient*innen massiver als für die Gesundheitsfachkräfte (Petermann, 1997; vgl. Faller & Vogel, 2019).

Gesundheitsfachkräfte können durch die Herstellung einer sicheren Atmosphäre Vertrauen aufbauen. Petermann (1997) beschreibt drei Phasen zum gezielten Aufbau von Vertrauen, die unabhängig von geschlechtlicher Identität und sexueller Orientierung sind: (1.) Herstellen einer verständnis-

vollen Kommunikation, (2.) Abbau von bedrohlichen Handlungen und (3.) gezielter Einsatz von vertrauensauslösenden und -fördernden Handlungen (z. B. Patient*innen Aufgaben übertragen und deren Selbstwert stärken).

Was kann getan werden?

Es gibt viele unterschiedliche Hinweise, wie der Umgang und die Arbeitsbeziehung mit Angehörigen einer sexuellen oder geschlechtlichen Minorität im Gesundheits-, Pflege- und Medizinalsetting verbessert werden kann (u. a. Büker, 2019; Burke et al., 2015; Coren, Coren, Pagliaro & Weiss, 2011; Faller & Vogel, 2019; Plöderl & Winkler, 2019; Prüll, 2019; Weinberger, 2013), die allerdings situationsspezifisch unterschiedliche Bedeutsamkeit haben können. Einige beziehen sich stärker auf die eigene Haltung und Reflexion, andere eher auf das konkrete Verhalten bzw. die Kommunikation. Insgesamt zeigen sich Diversity-Trainings als wirkungsvoll. Sie werden positiv angenommen, und es zeigen sich mittelgroße Effekte für den Wissensgewinn und für Verhaltensänderungen sowie kleine Effekte für Einstellungsänderungen (Bezrukova, Spell, Perry & Jehn, 2016; vgl. Plöderl & Winkler, 2019).

Professionell Tätige in Gesundheitsberufen sollten sich bewusst darüber sein, dass ihre Gegenüber nicht zwangsläufig heterosexuell und cis identifiziert sind (Kugler & Nordt, 2018). Sogenannte „Othering-Praxen“ (Diskriminierung durch Normalitätszuschreibungen, die Teile der Patient*innen systematisch ausschließen oder aber auch systematisches Tabuisieren queerer Lebensentwürfe) sollten vermieden werden (Debus, 2017). Funktionale Verhaltensweisen und Strategien sind:

- Haltung, dass alle Menschen den gleichen Wert haben
- Kontinuierliche Reflexion der eigenen Einstellungen und gezeigter Mikroaggressionen (→ Vorurteile)
- Verstehen der Lebenssituation von queeren Menschen und gesundheitlicher Risikofaktoren (→ Gesundheit)
- Perspektivübernahme und Empathieförderung (z. B. durch Awareness-Trainings)

Idealerweise äußert sich eine entsprechende Haltung dann auch im konkreten Verhalten und der eigenen Professionalisierung, u. a. durch:

- Aufbau von allgemeiner Beratungskompetenz (Empathie, Wertschätzung und Kongruenz)
- Nutzung der Kompetenzen der Patient*innen (als Expert*innen für ihr eigenes Leben)
- Diversitätssensible Anamnese
- Inklusive und geschlechtsbewusste Sprache (→ [Sprache](#))
- Regelmäßige Supervision

Zusätzlich sollten perspektivisch zumindest für manche Settings im Handlungsfeld Gesundheit auch strukturelle Veränderungen eingeführt werden, etwa:

- Einbettung von Themen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im medizinischen Curriculum, in Ausbildungen und in Schulungen (→ [Medizinpädagogik](#))
- Queer-inklusive Richtlinien, Materialien und Symbole

Eine queer-sensible Arbeitsbeziehung sollte also idealerweise immer mehrere Ebenen beachten: Die organisationalen Rahmenbedingungen, die intraindividuellen Einstellungen und die sozio-emotionale Kompetenz zur konkreten Beziehungsgestaltung.

Literatur

ARBUTHNOTT, A., & SHARPE, D. (2009). The Effect of Physician-Patient Collaboration on Patient Adherence in Non-Psychiatric Medicine. *Patient Education and Counseling*, 77, 60-67. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.022>

BEAGAN, B., FREDERICKS, E., & BRYSON, M. (2015). Family Physician Perceptions of Working with LGBTQ Patients: Physician Training Needs. *Canadian Medical Education Journal*, 6(1), e14-e22.

BEGENAU, J., SCHUBERT, C., & VOGD, W. (2010). Einleitung: Die Arzt-Patient-Beziehung aus soziologischer Sicht. In J. Begeau, C. Schubert & W. Vogd (Hg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung* (S. 7-33). Stuttgart: Kohlhammer.

- BEZRUKOVA, K., SPELL, C. S., PERRY, J. L., & JEHN, K. A. (2016). A Meta-Analytical Integration of over 40 Years of Research on Diversity Training Evaluation. *Psychological Bulletin*, 142, 1227-1274. <https://doi.org/10.1037/bul0000067>
- BÜKER, C. (2019). Die Pflegebeziehung – Begriff, Besonderheiten, Bedeutung. In C. Büker & J. Lademann (Hg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (S. 15-43). Stuttgart: Kohlhammer.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2019). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(5), A1-A9. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MB0/MB0-AE.pdf
- BURKE, S. E., DOVIDIO, J. F., PRZEDWORSKI, J. M., HARDEMAN, R. R., PERRY, S. P., PHELAN, S. M., ET AL. (2015). Do Contact and Empathy Mitigate Bias Against Gay and Lesbian People among Heterosexual First-Year Medical Students? A Report from the Medical Student CHANGE Study. *Academic Medicine*, 90, 645-651. <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000661>
- CASEY, L. S., REISNER, S. L., FINDLING, M. G., BLENDON, R. J. SAYDE, J. M., & MILLER, C. (2019). Discrimination in the United States: Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Americans. *Health Services Research*, 54, 1454-1466. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13229>
- COREN, J. S., COREN, C. M., PAGLIARO, S. N., & WEISS, L. B. (2011). Assessing Your Office for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *The Health Care Manager*, 30, 66-70. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3182078bcd>
- DEBUS, K. (2017). Nicht-diskriminierende Sexualpädagogik. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & E. G. Yüksel (Hg.), *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11119-9_45-1
- ELIASON, M. J., DIBBLE, S. L., & ROBERTSON, P. A. (2011). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Physicians' Experiences in the Workplaces. *Journal of Homosexuality*, 58, 1355-1371. <https://doi.org/10.1080/0918369.2011.614902>
- FALLER, H., & VOGEL, H. (2019). Arzt-Patient-Beziehung. In H. Faller & H. Lang (Hg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie* (5. Aufl.) (S. 223-251). Berlin: Springer.
- FERREIRA, P. H., FERREIRA, M. L., MAHER, C. G., REFSHAUGE, K. M., LATIMER, J., & ADAMS, R. D. (2013). The Therapeutic Alliance Between Clinicians and Patients Predicts Outcome in Chronic Low Back Pain. *Physical Therapy*, 93, 470-478. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120137>
- FUERTES, J. N., TOPOROVSKY, A., REYES, M., & OSBORNE, J. B. (2017). The Physician-Patient Working Alliance: Theory, Research, and Future Possibilities. *Patient Education and Counseling*, 100, 610-615. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018>
- GOMOLLA, M. (2017). Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 133-155). Wiesbaden: Springer VS.
- GREITEMEYER, T. (2020). Sich selbst erfüllende Prophezeiungen. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 82-89). Weinheim: Beltz.
- HACKBART, M., RAPIOR, M., & THIES, B. (2020). Wie werden Erziehungsberatende in Abhängigkeit von Geschlechts- und ethnischer Zugehörigkeit kognitiv repräsentiert? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 40, 116-132.
- HAUGAN, G., INNSTRAND, S. T., & MOKSNES, U. K. (2013). The Effect of Nurse-Patient Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2192-2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.

- HIRSCH, O., LÖLTGEN, K., & BECKER, A. (2016). Lesbian Womens' Access to Healthcare, Experiences with and Expectations Towards GPs in German Primary Care. *BMC Family Practices*, 17:162, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4>
- KLEIN, D. A., MALCOLM, N. M., BRRY-BIBEE, E. N., PARADISE, S. L., COULTER, J. S., KEGOVITZ BAKER, K., ET AL. (2018). Quality Primary Care and Family Planning Services for LGBT Clients: A Comprehensive Review of Clinical Guidelines. *LGBT Health*, 5(3), 153-170. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0213>
- KODADEK, L. M., PETERSON, S., SHIELDS, R. Y., GERMAN, D., RANJIT, A. SNYDER, C., ET AL. (2019). Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Information in the Emergency Department: The Divide Between Patient and Provider Perspectives. *Emergency Medicine Journal*, 36, 136-141. <https://doi.org/10.1136/ememed-2018-207669>
- KUGLER, T., & NORDT, S. (2018). Murat spielt Prinzessin, Alex hat zwei Mütter und Sophie heißt jetzt Ben. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt als Themen frühkindlicher Inklusionspädagogik. Handreichung für pädagogische Fachkräfte der Kindertagesbetreuung. Berlin: Bildungsinitiative Queerformat. <https://www.queerformat.de/murat-spielt-prinzessin-alex-hat-zwei-muetter-und-sophie-heisst-jetzt-ben/>
- MEYER, P. C., & BUDDERBERG, C. (1998). Grundlagen des Sozialverhaltens. In C. Buddeberg & J. Willi (Hg.), *Psychoziale Medizin* (2. Aufl.) (S. 29-71). Berlin: Springer.
- MISAMER, M., HACKBART, M., & THIES, B. (2017). Der Umgang mit Macht in der Sozialen Arbeit. Einschätzungen aus der Kinder- und Jugendhilfe. *Soziale Arbeit*, 12.2017, 450-456.
- NICKEL, H. (1985). Die Lehrer-Schüler-Beziehung aus der Sicht neuerer Forschungsergebnisse. Ein transaktionales Modell (1976). In R. Biermann (Hg.), *Interaktion-Schule-Unterricht* (S. 254-280). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- PETERMANN, F. (1997). Interpersonales Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung. In M. K. W. Schweer (Hg.), *Interpersonales Vertrauen. Theorien und empirische Befunde* (S. 155-164). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- PLÖDERL, M., & WINKLER, R. (2019). Sexuelle Orientierung im Gesundheitswesen. Umgang mit einer unsichtbaren Diversity-Dimension. In F. Steger (Hg.), *Diversität im Gesundheitswesen* (S. 299-317). Freiburg: Karl Alber.
- PRÜLL, L. (2019). Diversität in medizinischen Einrichtungen. Transgender als Beispiel. In F. Steger (Hg.), *Diversität im Gesundheitswesen* (S. 318-338). Freiburg: Karl Alber.
- QUINN, G. P., SUTTON, S. K., WINFIELD, B., BREEN, S., CANALES, J., SHETTY, G., ET AL. (2015). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ) Perceptions and Health Care Experiences. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 27, 236-261. <https://doi.org/10.1080%2F10538720.2015.1022273>
- STARKS, T. J., RENDINA, H. J., BRESLOW, A. S., PARSONS, J. T., & GOLUB, S. A. (2013). The Psychological Cost of Anticipating HIV Stigma for HIV-Negative Gay and Bisexual Men. *AIDS and Behavior*, 17, 2732-2741. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0425-0>
- STEIN, G. L., & BONUCK, K. A. (2001). Physician-Patient Relationships among the Lesbian and Gay Community. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(3), 87-92. <https://doi.org/10.1023/A:1011648707507>
- THIES, B. (in Druck). Beratung und Psychotherapie. In M. K. W. Schweer, (Hg.), *Facetten des Vertrauens und Misstrauens -Herausforderungen für das soziale Miteinander*. Wiesbaden: Springer VS.
- VENETIS, M. K., ROBINSON, J. D., LAPLANT TURKIEWICZ, K., & ALLEN, M. (2009). An Evidence Base for Patient-Centered Cancer Care: A Meta-Analysis of Studies of Observed Communication Between Cancer Specialists and Their Patients. *Patient Education and Counseling*, 77, 379-383. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.015>
- WEINBERGER, S. (2013). Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe (14. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Autor*innen

Marcel Hackbart ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des BMFSFJ geförderten „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: marcel.hackbart@waldschloesschen.org / m.hackbart@tu-braunschweig.de

Prof. Dr. Barbara Thies ist seit 2011 Professorin am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Themen der Interaktionsregulation, des Vertrauens, der Klassenführung und des Diversity Managements.

Kontakt: barbara.thies@tu-braunschweig.de

9. Der Umgang mit trans* Menschen in der Medizin

Wie auch bei den ärztlichen Bedürfnissen in Fragen der Geschlechtervielfalt so sind auch bei der Darstellung der Situation von trans* Menschen in der Medizin zwei Aspekte zu trennen: Der erste Aspekt betrifft die trans* Menschen als Klient*innen, die medizinische Hilfen speziell zur Umsetzung ihrer Transition (als Normvariante) in der bipolaren Geschlechtergesellschaft benötigen. Der zweite Aspekt betrifft trans* Menschen als Patient*innen in den unterschiedlichsten Behandlungskontexten der medizinischen Leistungsanbieter*innen – also deren Eigenschaft als „Patient*innen“ in denjenigen medizinischen Bereichen, in denen die Transidentität nicht im Mittelpunkt des Interesses steht (→ [Gesundheit](#)). Beide Aspekte sollen nacheinander behandelt werden, wobei Äußerungen zur allgemeinen Situation jeweils eingeflochten werden (grundsätzlich zum Thema s. Rauchfleisch, 2016).

Trans* Menschen und medizinische Spezialist*innen

Diejenigen Spezialist*innen, die trans* Menschen spezielle Hilfen zur Transitionsbewältigung anbieten, lassen sich grob in diejenigen gliedern, die für die psychosoziale Betreuung zuständig sind, also vor allem Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen, und diejenigen, die für die körperlichen Eingriffe oder Modifikationen zuständig sind, also Chirurg*innen, Endokrinolog*innen und immer häufiger auch Spezialist*innen aus der Reproduktionsmedizin. Hinzu kommen dann Berufsgruppen, die letztlich zwischen beiden Bereichen arbeiten, indem sie Körperarbeit mit psychosozialer Betreuung kombinieren. Zu nennen sind hier beispielsweise Logopäd*innen (also Stimmbehandler*innen), Ergotherapeut*innen sowie dann auch Genitoedukator*innen, die sich speziell auf das Kennenlernen und auf den Umgang mit dem eigenen Geschlechtsteil spezialisiert haben.

In allen genannten Berufsgruppen ist in den letzten Jahren zunehmend der Trend zu beobachten, aufgrund eines wachsenden Verständnisses für das Thema Trans* eine zugewandte Behandlung auf gleicher Augenhöhe anzubieten, die den Bedürfnissen der Klient*innen gerecht wird (→ *Beziehung*). Dennoch lassen sich massive Probleme nicht übersehen, wobei sich diese unterschiedlich auf die einzelnen Berufsgruppen verteilen.

Psychiatrie und Psychotherapie: Eine große Baustelle bleibt immer noch die Arbeit der Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen. Dies fällt schwer ins Gewicht, da sie nach wie vor die „Gatekeeper“ für den Zugang zur Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz (TSG → *Rechte*) sowie für geschlechtsangleichende Eingriffe vor allem im Genital-, Gesichts- und Halsbereich sind. Wiederum an erster Stelle steht das Problem der fehlenden bzw. unzureichenden Informiertheit über das Thema Trans*, was sich in inadäquater Betreuung von trans* Menschen widerspiegelt. Auch finden sich nach wie vor Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen, die Verhinderungs- und Vermeidungsstrategien anwenden, indem sie u. a. versuchen, den Transitionsprozess zu verzögern oder gar der*dem Klient*in die Transition „auszureden“. Dies wirkt sich besonders fatal im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin aus. Die Schäden werden bei Kindern und Jugendlichen meist durch diese Spezialist*innen selbst gesetzt: Durchlaufen Jugendliche die Pubertät, lässt sich ein gutes äußeres Passing, also die sozial erwartete äußere Erscheinung im Zielgeschlecht – je nach Abhängigkeit von der individuellen Situation – nur noch schwer bis gar nicht erreichen. Noch viel schwerer wiegen oft die Jahre der Quälerei und des Leidensdrucks, der den Jugendlichen und vor allem auch deren Familien und dem sozialen Umfeld zugemutet werden. Dabei wissen immer mehr Kinder und Jugendliche frühzeitig über ihre Identität (→ *Vielfalt*) und werden auch von ihren Eltern unterstützt. Und es gibt gute Erfahrungen durch Spezialist*innen in der behutsamen Beratung und der Begleitung der Transition auch minderjähriger Menschen (vgl. Günther, Teren & Wolf, 2019).

Medizinisch-organischer Bereich (Chirurgie, Endokrinologie etc.): Anders gestaltet sich die Situation bei den körperlich-organischen Dienstleister*innen, hier vor allem Chirurg*innen und Endokrinolog*innen. Aufgrund des gestiegenen Bedarfs wurden von Chirurg*innen in den letzten Jahrzehnten die geschlechtsangleichenden Operationen des Genitales stark verbessert bzw. in manchen Fällen so perfektioniert, dass beispielsweise eine Gynäkolog*in das Genital einer trans* Frau äußerlich nicht mehr von demjenigen einer endo, cis Frau unterscheiden kann. Ähnliches gilt für die Endokrinologie, die aufgrund gewonnener Erfahrungen trans* Menschen so gut betreuen kann, dass diese im Grundsatz problemlos Hormonersatz in Anspruch nehmen können. Schwierig ist vor allem der Zugang zu den jeweiligen körperlichen Maßnahmen und dann – im Falle der Chirurgie – die Nachsorge bzw. Nachbetreuung der Klient*innen. Zu beklagen ist ferner die zum Teil schlechte bzw. fehlende Aufklärung zum Thema Kinderwunsch. Im Falle der Endokrinologie findet sich generell noch ein Mangel an Spezialist*innen für trans* Menschen.

Das erste Nadelöhr, um die genannten Spezialist*innen in Anspruch zu nehmen, ist die Gewährung der Zahlung durch die Krankenkassen, die z. B. geschlechtsangleichende Operationen am Genital und der Brust im Rahmen von Einzelfallentscheidungen zusagt oder ablehnt. Diese Entscheidungsfindung ist oft nicht nachvollziehbar. Besonders betroffen sind dabei nicht zuletzt trans* Menschen, bei denen eine Hormontherapie abgelehnt wird. Dies Thema ist zu umfangreich und zu kompliziert, um hier ausführlich besprochen zu werden. Der Hinweis soll genügen, dass zur Zeit im Rahmen der Entpathologisierung von Trans* (→ *Menschenbild*) über die Bezahlung medizinischer Maßnahmen durch die Krankenkassen diskutiert wird. In der Diskussion ist auch die großzügigere Bezahlung von Laser- und Nadelepilation durch die Kassen sowie auch gesichtsfeminisierender Operationen. Nach wie vor können diese beiden letztgenannten Maßnahmen meist nur durch Selbstzahlung verwirklicht werden.

Das zweite Nadelöhr besteht in der Suche einer*eines Operateur*in bzw. Behandler*in. Da die meisten trans* Menschen selbst keine medizinische Expertise haben, sollten sie sich beraten lassen: Wichtig ist das persönliche Gespräch mit verschiedenen Operateur*innen, dann auch vor allem deren Erfahrung in der Durchführung der Maßnahme. Doch nicht nur der trans* Mensch entscheidet, sondern auch die*der Operateur*in. Dazu benötigt sie*er eine psychiatrische oder psychotherapeutische Stellungnahme. Allerdings braucht sie*er kein langes Gutachten. Und das Einfordern eines „Alltagstests“ ist nur bei Kindern und Jugendlichen sinnvoll, nicht aber bei Erwachsenen. Die entsprechende Forderung kann demütigende und pathologisierende Formen annehmen und hält die Durchführung der Maßnahmen tendenziell unnötig auf.

Ein Problemfeld ist ebenfalls die Nachsorge, deren Bedeutung auch von den Operateur*innen nicht immer genügend beachtet wird. So ist die Ausbildung des Pflegepersonals zum Teil unzureichend (→ *Pflege*), indem mangelhafte Kenntnisse über spezielle Wundpflege und den Erhalt des Operationsergebnisses bestehen. Und es sollte nicht passieren, dass eine trans* Frau auf dem Stationsflur einer auf geschlechtsangleichende Operationen spezialisierten Abteilung als „Herr“ angesprochen wird (→ *Sprache*). Problematisch ist zuweilen auch, dass die*Kder Klient*in erst bei oder nach der Entlassung aus dem Arztbrief erfährt, was sie jetzt zuhause noch zu tun hat. Hier ist dann oft die Unterstützung anderer Ärzt*innen notwendig, die dann zuweilen noch Informationen zur Wundversorgung und Infektionsprophylaxe geben müssen. Zur Zeit werden gerade von den Chirurg*innen unter Beteiligung von trans* Menschen S2k-Leitlinien zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen für die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt, die zu einer Standardisierung der Behandlung führen sollen.

Psychophysische Unterstützung (Logopädie, Ergotherapie etc.): Die Angehörigen derjenigen Berufsgruppen, die sich in einem Zwischenbereich der körperlichen und psychologischen Betreuung bewegen und beides bis zu einem gewissen Grad bedienen, beschäftigen sich oft ein-

gehend mit den trans* Klient*innen, wenn sie ihr Angebot auf dieses Thema hin ausdehnen. Hier besteht das Problem vor allem in einem Mangel an Fachkräften. Das ist insofern problematisch, als dieser Bereich wichtige gesellschaftsintegrative Funktionen hat, die weit über die körperliche Angleichung und die Herstellung bzw. Aufrechterhaltung einer psychischen Stabilität der betreffenden Person hinausgehen. So sind unter anderem Stimmtraining und Genitoedukation ein Teil der Gesundheitsversorgung von trans* Menschen, die die genannten anderen Maßnahmen ergänzen. Am Beispiel der Genitoedukation kann gezeigt werden, wie ausbaufähig der Support für trans* Menschen noch ist. Hierbei handelt es sich um Anleitungen zum Kennenlernen des neuen Geschlechtsteils nach erfolgter geschlechtsangleichender Operation. Erst dieses Kennenlernen ermöglicht einen zwanglosen Umgang mit dem Körper und eine entkrampfte Sexualität. Angebote gibt es, aber sie sind längst nicht flächendeckend.

Trans* Menschen und die allgemeine Medizin

Suchen trans* Menschen als Patient*innen auf dem Gesundheitsmarkt Unterstützung, so stoßen sie zunächst auf das Problem der fehlenden Information. Viele kennen die Notwendigkeit, der*dem Hausärzt*in erst einmal erklären zu müssen, was Trans* ist. Da manche Ärzt*innen noch paternalistisch „top down“ mit ihren Patient*innen umgehen, kann dies schwierig sein (→ [Beziehung](#)). Wenn die Offenheit für das Thema da ist, setzen sich die Ärzt*innen dann zuweilen intensiv für ihre Patient*innen ein, andere wiederum haben Berührungängste mit dem Thema. Wie auch immer es endet: Informationsdefizite sind eine permanente Baustelle (Loos, Köhler, Eyssel & Nieder, 2016). Fortbildungsveranstaltungen für sämtliche „Partner*innen im Gesundheitssystem“, für Studierende der Medizin und auch Psychotherapie sind daher unerlässlich. Das ist umso dringlicher, da viele trans* Menschen nicht in der Lage sind, das Phänomen gut zu erklären. Und es zeigt sich immer wieder, dass diejenigen, die das können, deutliche Vorteile haben. Denn es besteht zurzeit die Notwendigkeit, sich in vielen Situ-

ationen selbst durchzukämpfen und gegen Bevormundungen und Diskriminierungen vorzugehen, wenn beispielsweise Routinebehandlungen von Fachärzt*innen aus Angst oder Unkenntnis verweigert werden (vgl. Prüll, 2016).

Mit Unkenntnissen sind häufig Vorbehalte gegen trans* Menschen verbunden. Diesen wird durch die Pathologisierung Vorschub geleistet, die nach wie vor gegeben ist, indem die geltende *International Classification of Diseases*, der ICD-10, Transidentität nach wie vor als „Störung der Geschlechtsidentität“ etikettiert (→ [Menschenbild](#)). Diese „Krankschreibung“ beeinflusst nicht nur die Psychiatrie, Psychotherapie und die praktische Handhabung des TSG, das als medizinisch-rechtlicher Hybrid trans* Menschen nach wie vor pathologisiert. Ebenfalls bildet sie den Kontext der sozialen Stellung der trans* Menschen und so auch die allgemeinärztliche Behandlung. Die neuen S3-Leitlinien zur psychotherapeutischen Begleitung von trans* Menschen, die von der AWMF (2019) akkreditiert wurden und die im Geltungsbereich der Erwachsenen für einen moderaten Umgang und Entpathologisierung eintreten, entfalten erst langsam ihre Wirkung. Entsprechende Leitlinien für Kinder- und Jugendliche sind noch in Arbeit. Und der ICD-11, der auch auf internationaler Ebene Trans* als Krankheitszustand abschafft, soll erst 2022 in Kraft treten (→ [Menschenbild](#)).

Zu den genannten Faktoren, welche die Ärzt*innenbesuche jeder Art belasten, kommen die grundsätzlichen Diskriminierungen von trans* Menschen durch die Dominanz des binären Geschlechtersystems auch im Gesundheitswesen insgesamt hinzu (Heteronormativität → [Vielfalt](#)). Hier wirkt sich die historische Belastung einer naturwissenschaftlichen Medizin aus, die ihre Forschungen in der Pionierzeit des 19. Jahrhunderts auf den erwachsenen jungen Mann im erwerbsfähigen Alter ausgerichtet hatte und die erst seit dem frühen 20. Jahrhundert die Kategorien von Alter und Geschlecht zunehmend berücksichtigte (Prüll, 2019). Abgesehen von der psychischen Belastung der rigiden Mann-Frau-Schematisierung, sind die einseitige Interpretation von Labordaten und die fehlenden wissenschaftlichen Untersuchun-

gen zu sämtlichen Bereichen der gesundheitlichen Facette von Trans* Faktoren, die die Gesundheitsversorgung von trans* Menschen erschweren. Oft muss eine Behandlung von verschiedensten Leiden bei trans* Menschen neu diskutiert und mühsam den individuellen Gegebenheiten angepasst werden – in viel stärkerem Ausmaß, als dies bei cis Menschen der Fall ist. Die Ausrichtung des Gesundheitssystems am binären Geschlechtersystem ist nicht zuletzt brisant in der Alten- und Palliativpflege von trans* Menschen (→ [Altenpflege](#)). Aufgrund der besonderen Situation der Pflegebedürftigen im Hinblick auf biographische Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen ist eine besondere Schulung der Pflegekräfte erforderlich, die im Prinzip jetzt in unserer Zeit erst langsam entwickelt wird (Pöge et al., 2020 → [Medizinpädagogik](#) → [Pflege](#)).

Ein besonderes Problem stellt schließlich auch die allgemeinmedizinische Gesundheitsversorgung von trans* Menschen mit Migrationsbiografie dar und hier vor allem von denjenigen, die aus ihrem Heimatland geflüchtet sind. Sie sind durch ihre Ethnie von Mehrfachdiskriminierung (→ [Intersektionalität](#)) betroffen, traumatisiert und kennen oft den Umgang mit Trans* in Deutschland nicht. Sie müssen daher (trans*-)psychologisch betreut werden, wobei oft Dolmetscher*innen für die Kommunikation organisiert werden müssen. Sie sind nicht krankenversichert. Fakultative medizinische Dienstleistungen wie beispielsweise die Versorgung mit Hormonen (die ihnen oft vorher abgenommen wurden) müssen daher oft durch ehrenamtliche, medizinisch geschulte Helfer*innen mühsam organisiert werden. Denn die Zahlungen von Sozial- und Gesundheitsämtern beziehen sich auf akute Gesundheitsprobleme bzw. Notfälle. Die Trans*versorgung befindet sich in diesem System in einer Grauzone.

Fazit

Die hier geschilderten Zustände können insofern gravierende Folgen für das Verhalten von trans* Menschen haben, indem Ärzt*innen und andere Angehörige des Medizinalsystems generell gemieden werden.

Dies wiederum kann dazu führen, dass chronische bzw. lebensverkürzende Krankheiten zu spät erkannt werden. Ferner wirkt sich der diskriminierende soziale Kontext auch negativ auf die Gesundheitsvorsorge und Gesunderhaltung von trans* Menschen aus (→ *Gesundheit* → *Vorurteile*), indem Barrieren zum Eintritt in Sportvereine und entsprechende weitere Einrichtungen bestehen. Bisher liegen leider kaum Zahlen über die exakte gesundheitliche Situation von trans* Menschen vor (Pöge et al., 2020). Erst in neuerer Zeit wurden derartige Studien begonnen (z. B. Dennert, 2020), die dann hoffentlich relativ zeitnah einen besseren Einblick in die Situation gewähren. Insgesamt verdeutlichen aber die vorstehenden Ausführungen, dass die gesellschaftliche Integration und Anerkennung von trans* Menschen ganz grundsätzlich die Gesunderhaltung von trans* Menschen fördern (Pöge et al., 2020). Damit könnte das von der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verhängte Diskriminierungsverbot in der Gesundheitsversorgung verwirklicht werden, das den gleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung verlangt (Europäische Union, 2016).

Literatur

- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (2019). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Register-Nr. 138/001. Abgerufen am 07.08.2020 von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/138-001.html>
- DENNERT, G. (2020, 04. August). InTraHealth. „Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für inter- und transgeschlechtliche Menschen durch Abbau von Diskriminierung als vorsorgeseitiger Zugangsbarriere“. Abgerufen am 04.08.2020 von https://www.fh-dortmund.de/de/fb/8/forschung/intrahealth/intrahealth_start.php
- EUROPÄISCHE UNION (2016). Charta der Grundrechte der Europäischen Union. Abgerufen am 20.07.2020 von <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:12016P/TXT>
- GÜNTHER, M., TEREN, K., & WOLF, G. (2019). Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung. München: Ernst Reinhardt.
- LOOS, F. K., KÖHLER, A., EYSSEL, J., & NIEDER, T. O. (2016). Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung. Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung. Zeitschrift für Sexualforschung, 29, 205-223.
- PÖGE, K., DENNER, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

PRÜLL, L. (2016). Trans* im Glück. Geschlechtsangleichung als Chance. Autobiographie, Medizingeschichte, Medizinethik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

PRÜLL, L. (2019). Ernst Schwalbe als Pathologe in Rostock und die Ursprünge einer pluralistischen Medizin. In E. C. Reisinger & K. Haack (Hg.), Die Medizinische Fakultät der Universität Rostock. 600 Jahre im Dienst der Menschen (1419-2019) (S. 215-227). Köln: Böhlau.

RAUCHFLEISCH, U. (2016). Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Autor*in

Dr. Livia Prüll ist Privatdozentin am Institut für Funktionelle und Klinische Anatomie an der Universitätsmedizin Mainz. Sie ist Sprecherin des Kompetenzzentrums Trans* und Diversität in Frankfurt und Mittelhessen, das vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert wird. Sie leistet Öffentlichkeitsarbeit, führt Peerberatungen durch und fördert den Aufbau des Trans*-Unterrichts an Medizinischen Fakultäten. Ferner forscht sie auf dem Gebiet der Geschichte der Transidentität.

Kontakt: pruell@uni-mainz.de

10. Belange von inter* Menschen – Bedarfe in der medizinischen Regelversorgung

Was bedeutet inter*?

Die Unsinnigkeit, von zwei sich gegenseitig ausschließenden Geschlechtern auszugehen, zeigt sich am Beispiel von Inter*. Wenn körperliche und geschlechtliche Merkmale nicht dem binären Denken entsprechend als „männlich“ oder „weiblich“ eingeordnet werden können, werden sie demnach als „geschlechtlich uneindeutig“ oder „unklar“ klassifiziert. Weil Sprache unser Denken und Handeln formen kann, ist es wichtig, dass Begriffe sorgsam gewählt und reflektiert werden, gerade dann, wenn sich die Sprache noch als begrenzt erweist. Schweizer und Rosen (2020) setzen sich, dies bedenkend, damit auseinander, wie Inter* sichtbar gemacht und zugleich sprachlich gewürdigt werden kann. Sie schlagen vor, mit der Bezeichnung eines „mehrdeutigen Geschlechts“ zu beginnen, die der Ambiguität des biologischen Geschlechts Rechnung zu tragen vermag (Schweizer & Rosen, 2020; Voß, 2020 → [Menschenbild](#)). Es gibt eine ganze Reihe von üblicherweise verwandten Begriffen wie „Hermaphroditen“ oder „Zwitter“, „Intersexualität“, „Intergeschlechtlichkeit“, „Inter*“, „Inter*s“ oder „Intersex*“. Für Berufsgruppen, die sich in professionellen Kontexten im Gesundheitswesen mit Inter* beschäftigen, ist ein sorgsamer Umgang mit Begriffen wichtig. Denn Voraussetzung für Akzeptanz und Anerkennung ist eine positive Sprache (vgl. Ghattas et al., 2015 → [Sprache](#)).

Intersexualität ist ein Sammelbegriff für angeborene mehrdeutige geschlechtliche Merkmale, die auf unterschiedlichen Ebenen des körperlich-biologischen Geschlechts, d. h. Gonaden (Keimdrüsen), Chromosomen oder Anatomie (Baltes-Löhr, 2014) in Erscheinung treten und sich auf eine bzw. mehrere Ebenen beziehen können. Nicht alle dieser Formen geschlechtlicher Merkmale werden im Laufe eines Lebens entdeckt, andere in unterschiedlichen Phasen, etwa vor der Geburt, in

der Kindheit oder in der Pubertät (Victorian Department of Health and Human Services, 2019). Der Begriff Intersexualität stammt aus der Medizin und wurde bis 2006 noch als Diagnose verwandt (z. B. Ghattas et al., 2015; Gregor, 2015; vgl. Klöppel, 2010). Viele Lebensweltexpert*innen¹ und/oder Aktivist*innen lehnen daher den Begriff als Selbstbezeichnung ab, denn Inter* bleibt dadurch an die Norm gebunden, die sie grundsätzlich als Abweichung und als medizinisch behandlungsbedürftig erscheinen lässt.

Die medizinische Nomenklatur wird kontrovers diskutiert und ist seit einigen Jahren in Bewegung geraten. So ist auch im ICD-11 (*International Classification of Diseases*) zwar noch immer der Begriff *Disorders of Sex(ual) Development* (DSD, „Geschlechtsentwicklungsstörung“) aufgeführt (Hughes, Houk, Ahmed, Lee & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006 → [Menschenbild](#)). Gleichwohl wird das Akronym DSD zur Abkürzung der in medizinischen Fachkreisen etablierten Bezeichnung „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ genutzt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie & Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie, 2016; Schweizer & Rosen, 2020).

Intergeschlechtlichkeit wird in neueren Diskursen verwandt. Der Begriff hebt Geschlechtlichkeit als soziales Phänomen hervor (Gregor, 2015) und wird von einigen Aktivist*innen und Selbstvertretungen, z. B. der Internationalen Vereinigung intergeschlechtlicher Menschen e. V., bevorzugt (Gregor, 2015; Hechler, 2015). Die Frage der Geschlechtsidentität steht, so Hechler (2015), jedoch bei inter* Menschen nicht im Vordergrund. Einige verstehen sich als inter*, andere als zwischengeschlechtlich, abinär, non-binär, trans*, männlich oder weiblich. Ferner gibt es keine Bezüge zum sexuellen Begehren oder zur Partner*innenwahl – inter* Menschen leben u. a. homo-, hetero-, bi-, pan- oder asexuell (→ [Vielfalt](#)).

¹ Die Bezeichnung stellt Expertise auf der Basis von fundiertem Wissen und gelebtem Leben in den Vordergrund.

Im Folgenden wird der Begriff Inter* verwandt, der „die Vielfalt intergeschlechtlicher Lebensrealitäten, Körperlichkeiten und Selbstidentifizierungen“ (Hechler, 2015, S.63) und somit die Bandbreite des Erlebens von Geschlecht in den Mittelpunkt rückt.

In der medizinischen Regelversorgung relevante Belange

Am häufigsten erscheinen Studien, welche medizinische Behandlungen der mehrdeutigen körperlichen Geschlechtsmerkmale fokussieren (Frohn, Wiens & Buhl, 2020). Die Studienlage über gesundheitliche und psychosoziale Lagen, Bedürfnisse und Wünsche von inter* Menschen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensphasen und -alter ist ausgesprochen dürftig (vgl. für alte Menschen Veith, 2020; für Kinder und Jugendliche Focks, 2014; Sabisch, 2014).

Das hat damit zu tun, dass inter* Menschen erst seit einigen Jahren in der Öffentlichkeit verstärkt sichtbar werden. Das Erkämpfen von gesellschaftlicher Sichtbarkeit ist hoch bedeutsam, denn gesellschaftliche Unsichtbarkeit hat zur Folge, dass Erfahrungen nicht gedeutet, Lebensentwürfe nicht als anerkennungswürdig gelebt und nicht mit anderen Menschen kommuniziert werden können. Um die Belange von inter* Menschen in der medizinischen Regelversorgung angemessen berücksichtigen zu können, ist es wichtig, dass professionelle Fachpersonen (Ärzt*innen, Pflegepersonen, Logopäd*innen etc.) erfahren, was inter* Menschen erlebt haben, wie ihre Lebensbedingungen sind, welche Bedarfe und Bedürfnisse sie in Bezug auf die medizinische Regelversorgung haben. Hier bestehen noch erhebliche Lücken in der Aus- und Fortbildung der medizinischen Fachpersonen, in der Pflege und in der medizinischen Regelversorgung. Sie sind im sozio-kulturellen Zweigeschlechtersystem begründet (→ Vielfalt), welches es verhindert, die Vielfalt geschlechtlicher Normalitäten anzuerkennen und sichtbar werden zu lassen. Aus dem Zweigeschlechtersystem resultieren daher für nicht-binäre Menschen eine erhebliche Dauerbelastung und nicht zuletzt auch eine nicht bedarfsgerechte medizinische Versorgung (→ Gesundheit). Es ist ein erster Schritt, dass u. a. Dennert (2020)

in einem aktuellen Projekt die Erfahrungen von inter* Menschen in der Gesundheitsversorgung erforscht, um Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung zu initiieren. Die folgend zusammengestellten Aspekte stützen sich daher auf verschiedene Quellen wie Broschüren, Handreichungen, (qualitative) Interviewstudien, Selbstzeugnisse und Stellungnahmen.

Es ist zunächst bedeutsam, zwischen jüngeren und älteren inter* Menschen zu unterscheiden, weil es in den letzten Jahren für Jüngere (prinzipiell) möglich geworden ist, ohne normanpassende Operationen, mit offeneren Eltern und in einem liberaleren gesellschaftlichen Klima aufzuwachsen (vgl. Sabisch, 2014). Viele inter* Menschen teilen gleichwohl folgende Erfahrungen und Bewältigungsmechanismen:

Erfahrungen von Diskriminierung und Grenzverletzungen in der Biografie: Das Gefühl, nicht passend zu sein, begleitet viele inter* Menschen das ganze Leben. Alle inter* Menschen haben Diskriminierung erfahren (z. B. beim Besuch von Toiletten; Focks, 2014). Studien mit jüngeren inter* Menschen belegen, dass solche Erfahrungen durch soziale Unterstützung, besonders durch die Eltern, aufgefangen werden können (Focks, 2014; Sabisch, 2014). Fast alle inter* Menschen haben negative Erfahrungen in der medizinischen Versorgung gemacht. Viele haben erfahren, dass ihre mehrdeutige Körpergeschlechtlichkeit unabhängig von gesundheitlichen Beschwerden grundsätzlich abgelehnt und als pathologisch betrachtet wird. Ghattas und Kolleg*innen (2015) berichten, dass viele inter* Menschen in der ambulanten ärztlichen Versorgung erlebt haben, dass Ärzt*innen ihren negativen Gefühlen (Ablehnung, Ekel) offen Ausdruck verleihen, unangemessen neugierig sind und Inter* dafür verantwortlich machen, wenn Standard-Untersuchungen nicht funktionieren (→ [Beziehung](#)). Daraus folgt nicht selten, dass inter* Menschen notwendige Untersuchungen und Behandlungen vermeiden und hierfür Leiden in Kauf nehmen (TransInterQueer, 2013; Veith, 2020 → [Gesundheit](#)).

Körperliche und psychische Probleme als Folge der normanpassenden Behandlungen: Sehr viele inter* Menschen nehmen über lange Zeit

Hormone ein. Es ist beschrieben, dass paradoxe Hormonersatztherapien über lange Zeit erhebliche psychische und physische Probleme verursachen, zu denen u. a. Organ-, Nerven- und Stoffwechselfunktionen gehören (Veith, Kreuzer & Hassel-Reusing, 2011). In der Kindheit und im Jugendalter durchgeführte Operationen können Verwachsungen, Schmerzen oder Beschwerden bis ins hohe Erwachsenenalter verursachen. Häufig haben sich die Form und die Funktion der Genitalien durch die Operationen verändert (Veith, 2020). Das erforderliche Dehnen einer Neovagina wird nicht selten als Belastung erlebt (Focks, 2014). Solche körperlichen und psychischen Probleme treten unabhängig von akuten oder chronischen Erkrankungen auf und können Behandlungen und Pflege bis ins höhere und hohe Alter erschweren (z. B. Legen eines Blasenkatheters, Körperpflege). Bei vielen inter* Menschen treten zudem Funktionseinschränkungen früher auf als bei anderen Menschen gleichen Alters.

Viele inter Menschen, die normanpassend behandelt wurden, haben Traumata erfahren:* Dies geht häufig mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung einher (Gregor, 2015; Schweizer & Richter-Appelt, 2012). Bei nicht wenigen inter* Menschen liegen infolge der Traumata Schmerzen und Empfindungsstörungen der Genitalien bis ins hohe Erwachsenenalter vor. Sie können sich taub anfühlen oder aber hoch empfindlich sein. Nicht wenige ältere inter* Menschen sind so traumatisiert, dass sie jeglichen Kontakt zur medizinischen Versorgung verloren haben (vgl. Veith, 2020).

Ungesicherte und finanziell eingeschränkte Lebenslagen: Das Konglomerat aus Traumata und vielfältigen körperlichen und psychischen Einschränkungen führt nicht selten dazu, dass inter* Menschen nicht ausreichend lange und dauerhaft einer Erwerbstätigkeit nachgehen konnten/können, die sie ausreichend absichert. Dadurch leben nicht wenige unter finanziell sehr eingeschränkten und ungesicherten Lebensbedingungen, auch im höheren und hohen Alter (Veith, Remus et al., 2011).

Viele ältere inter Menschen finden keine Sprache für ihre Erfahrungen:* Veith (2020) weist darauf hin, dass viele Familien von inter* Menschen im jetzt mittleren und höheren Lebensalter verhindert hatten, dass sie mit anderen Menschen über ihre Erfahrungen sprechen konnten. Auch Ärzt*innen haben nicht selten ihre normanpassenden Therapien verheimlicht. So hat sich häufig Sprachlosigkeit entwickelt, welche ein positives Selbstverständnis massiv erschwert.

Empfehlungen für Mediziner*innen und Gesundheitsfachkräfte in der medizinischen Regelversorgung

Schweizer und Rosen (2020) weisen darauf hin, dass in der Mehrheitsbevölkerung, aber auch in vielen Gesundheitsfachberufen Wissen über verschiedene Formen körperlicher Geschlechtsmerkmale vielfach nicht vorhanden ist. Dieses Wissen sollte als allgemeines Wissen in die ärztliche Ausbildung und in die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe integriert werden (→ [Medizinpädagogik](#)). Dazu gehören:

- Wissen über verschiedene Formen mehrdeutiger körperlicher Merkmale einschließlich verschiedener Diagnoseschlüssel (damit diese z. B. von Pflegefachpersonen und Ärzt*innen in Krankenakten und Arztbriefen identifiziert werden können)
- Wissen über verschiedene Geschlechtsidentitäten
- Wissen über (mögliche) körperliche und psychische Folgen normanpassender Operationen
- Wissen über den Umgang mit Hormonersatztherapien und über Unverträglichkeiten zwischen Hormonersatz und anderen Medikamenten
- Infragestellen der Referenzwerte (z. B. Blutwerte), die für männliche bzw. weibliche Körper entwickelt wurden
- Wissen über Lebenslagen in verschiedenen Altersgruppen (Sozialmedizin)

Weil Körper und Identität häufig nicht als unversehrt, geschützt und positiv erlebt werden konnten und können sowie Diskriminierungserfahrungen zum Alltag gehören, ist es für inter* Menschen besonders wichtig, in der medizinischen Regelversorgung Achtsamkeit und Respekt zu erfahren (→ [Beziehung](#)). Diese können Sie zeigen durch:

- Direktes Nachfragen nach der gewünschten Anrede und dem gewünschten Pronomen, z. B. „Wie möchten Sie angesprochen werden?“
- Ausgehen von (möglichen) Traumata und Vorsicht vor unbeabsichtigten Re-Traumatisierungen
- Beachten von Selbstbestimmung in Bezug auf Körper und Selbst (Erklären der Untersuchung, Nachfragen nach Wünschen, gute Beobachtung um nicht-verbalisierte Gefühle wahrzunehmen; vgl. Trost, 2019)
- Besonderen Respekt vor der Intimsphäre und Behutsamkeit bei allen Untersuchungen und Behandlungen (Wünsche erfragen, z. B. nach Bedecken durch Kleidung)
- Behutsamkeit in allen körperlichen Untersuchungen und Behandlungen sowie in der Körperpflege
- Besondere Umsicht im Umgang mit älteren inter* Menschen und gute Beobachtung non-verbaler Kommunikation (Reuter & Brunnett, 2020)

Besonders für Ärzt*innen sind folgende Aspekte wichtig:

- Viele inter* Menschen sind sehr gut informiert und Expert*innen in eigener Sache (TransInterQueer, 2013) – sie kennen sich in einigen Bereichen (vermutlich) besser aus als Sie. In solchen Fällen kann das ärztliche Wissen und das der inter* Menschen idealerweise verknüpft und dies dazu genutzt werden, die medizinische Behandlung zu verbessern.

- Entscheidungen über medizinische Behandlungen (und Nicht-Behandlungen) sollten auf der Grundlage vollständiger Informationen und möglichst immer als *shared decision making* (gemeinsam Entscheiden) getroffen werden.
- Differentialdiagnosen müssen unter Berücksichtigung der hormonellen Situationen besonders sorgfältig gestellt werden, idealerweise in einem interdisziplinären Team und unter Einbeziehung von Spezialist*innen für Inter*. Die Empfehlung für interdisziplinäre Therapiekonzepte wird auch in der Sk2-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung gegeben (vgl. Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie & Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie, 2016).
- Co-Morbiditäten sollten unter Berücksichtigung der hormonellen Situation besonders sorgfältig behandelt und in ihrer Wechselwirkung betrachtet werden.
- Wechselbeziehungen zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit sind besonders zu beachten.
- Krankenakten sollten inter* Menschen immer vollständig in Kopie ausgehändigt werden, damit Behandlungsverläufe und Komplikationen rekonstruiert werden können.

Bei Unsicherheiten oder Unklarheiten kann es hilfreich sein, Kontakt zu Selbstvertretungen oder/und zu qualifizierter Peer-to-Peer-Beratung, wie sie aufsuchend bundesweit angeboten wird, aufzunehmen.

Literatur

BALTES-LÖHR, C. (2014). Immer wieder Geschlecht – immer wieder anders. Versuch einer Begriffsbestimmung. In E. Schneider & C. Baltes-Löhr (Hg.), Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz (3. Aufl.) (S. 17-40). Bielefeld: Transcript.

DENNERT, G. (2020, 04. August). InTraHealth. „Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für inter- und transgeschlechtliche Menschen durch Abbau von Diskriminierung als vorsorgeseitiger Zugangsbarriere“. Abgerufen am 04.08.2020 von https://www.fh-dortmund.de/de/fb/8/forschung/intrahealth/intrahealth_start.php

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE, DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDERCHIRURGIE & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDERENDOKRINOLOGIE UND -DIABETOLOGIE (2016). S2k-Leitlinie. Varianten der Geschlechtsentwicklung. Abgerufen am 24.07.2020 von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-001_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf

FOCKS, P. (2014). Lebenswelten von intergeschlechtlichen, transgeschlechtlichen und genderqueeren Jugendlichen aus Menschenrechtsperspektive. Expert*inneninterviews. Berlin. Abgerufen am 06.08.2020 von <https://opus.bs-zbw.de/fhdo08/frontdoor/index/index/docId/536>

FROHN, D., WIENS, M., & BUHL, S. (2020). Ergebnisbericht. Spezifika der Arbeitssituation von Inter* Beschäftigten in Deutschland auf Grundlage von qualitativen Interviews mit inter* Expert_innen. Köln: Institut für Diversity- und Antidiskriminierungsforschung. <https://www.diversity-institut.info/publikationen.html>

GHATTAS, D. C., KROMMINGA, I. A., MATTHIGACK, E. B., MOSEL, E. T., & WEITERE INTER*, DIE NICHT NAMENTLICH GENANNT WERDEN MÖCHTEN (2015). Inter* und Sprache. Von „Angeboren“ bis „Zwitter“. Eine Auswahl inter*relevanter Begriffe, mit kritischen Anmerkungen vom TrIQ-Projekt „Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*“. Berlin: TransInterQueer in Kooperation mit IVIM/OII Deutschland. <https://www.transinterqueer.org/unsere-publikationen/>

GREGOR, A. (2015). Constructing Intersex. Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie. Bielefeld: Transcript.

HECHLER, A. (2015). Intergeschlechtlichkeit in Bildung, Pädagogik und Sozialer Arbeit. In A. T. Sauer (Hg.), Gutachten: Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität (S. 63-75). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/gutachten--begrifflichkeiten--definitionen-und-disziplinaere-zugaenge-zu-trans--und-intergeschlechtlichkeiten-/73944>

HUGHES, I. A., HOUK, C., AHMED, S. F., LEE, P. A., & LWPES/ESPE CONSENSUS GROUP (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. Archives of Disease in Childhood, 91, 554-563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>

KLÖPPEL, U. (2010). XXOXY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität. Bielefeld: Transcript.

REUTER, F., & BRUNETT, R. (2020). Inter* und Alter(n). In T.-L. Zeyen, R. Lottmann, R. Brunnett & M. Kiegelmann (Hg.), LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit (S. 119-126). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

SABISCH, K. (2014). Geschlechtliche Uneindeutigkeit, soziale Ungleichheit? Zum Alltagserleben von intersexuellen Kindern. Psychosozial, 135(1), 55-61.

SCHWEIZER, K., & RICHTER-APPELT, H. (2012). Die Hamburger Studie zur Intersexualität. Ein Überblick. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hg.), Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen (S. 187-206). Gießen: Psychosozial-Verlag.

SCHWEIZER, K., & ROSEN, U. (2020). Intergeschlechtlichkeit in Familie und Gesellschaft. Wie wir über diverse Körper, Identitäten und Varianten der Geschlechtsentwicklung sprechen können. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 242-255). Weinheim: Beltz Juventa.

TRANSINTERQUEER (2013). Inter*. Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen und andere medizinische Berufsgruppen (2. Aufl.). Berlin: TransInterQueer. <https://www.transinterqueer.org/unsere-publikationen/>

TROST, A. (2019). Inter*- und Trans* im Arbeitsalltag – was nun?! Handreichung für Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen (3. Aufl.). Magdeburg: Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalt e.V. <https://www.geschlechtergerechtejugendhilfe.de/publikationen/braune-reihe/>

VEITH, L. (2020). Intersexuelle Menschen e. V., Bundesverband. In T.-L. Zeyen, R. Lottmann, R. Brunnett & M. Kiegelmann (Hg.), *LSBTIQ* und Alter(n)*. Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit (S. 153-159). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

VEITH, L., KREUZER, C. K., & HASSEL-REUSING, S. L. (2011). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Internationalen Pakt der Vereinten Nationen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR). Neu Wulmstorf: Intersexuelle Menschen/XY-Frauen. <http://www.im-ev.de/parallelberichte/sozialpakt.php>

VEITH, L., REMUS, J., MARKARD, N., ZALCBERG, J., WEINHARDT, C. & HAHN, L. (2011). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). Berlin: Intersexuelle Menschen/XY-Frauen & Humboldt Law Clinic: Grund- und Menschenrechte. http://www.im-ev.de/parallelberichte/5_staatenabkommen_cat.php

VICTORIAN DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2019). Health and Wellbeing of People with Intersex Variations. Information and Resources Paper. Melbourne: State of Victoria. <https://www2.health.vic.gov.au/about/populations/lgbti-health/health-of-people-with-intersex-variations>

VOSS, H.-J. (2020). Biologische Geschlechterbetrachtungen und ihre Relevanz für Perspektiven geschlechtlicher Vielfalt. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 230-241). Weinheim: Beltz Juventa.

Autor*in

Prof. Dr. Regina Brunnett ist Krankenschwester, Diplom-Soziologin und Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind gesundheitliche Ungleichheit sowie Diversität und Gesundheit. Sie ist Co-Herausgeberin der 2020 bei Vandenhoeck & Ruprecht erschienen Publikation „LSBTIQ und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit“. Kontakt: regina.brunnett@hwg-lu.de

11. Die Renaissance der Frigidität – Aktuelle Pathologisierungen von A*sexualität

In diesem Beitrag soll es um die Pathologisierung von A*sexualität gehen, d. h. inwiefern A*sexualität als etwas medizinisch Behandlungsbedürftiges galt und immer noch gilt und welche Auswirkungen die Diagnose *Hypoactive Sexual Desire Disorder* sowie die Therapie, z. B. durch Medikamente, auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung a*sexueller Menschen hat.

A*sexualität ist eine eigenständige sexuelle Orientierung, wie beispielsweise Heterosexualität und Bisexualität auch (→ *Vielfalt*). Die größte Organisation a*sexueller Menschen, das *Asexual Visibility and Education Network* (AVEN), definiert eine a*sexuelle Person als eine Person, die keine sexuelle Anziehung gegenüber anderen Menschen verspürt oder eine Person, die kein Verlangen nach sexuellen Handlungen mit anderen Menschen hat (AVEN, 2016). A*sexualität ist nicht dasselbe wie Antisexualität (d. h. Sexualität abzulehnen), wie das Zölibat (d. h. sich freiwillig dazu entscheiden, keinen Sex zu haben), A*romantik (d. h. sich nicht in andere Menschen zu verlieben und/oder keine romantischen Beziehungen mit anderen Menschen eingehen zu wollen), unterdrückte Sexualität, Angst vor Sexualität oder die Unfähigkeit eine*n Partner*in zu finden (AsexualityArchive, 2012). Schätzungen zufolge sind ca. 1 % der Menschheit a*sexuell (Decker, 2015).

Nicht-existente und wenig sexuelle Anziehung, damit auch A*sexualität, wird häufig medikalisiert, also als medizinisches Problem betrachtet, dass es zu ‚heilen‘ gilt. Dies geht auf das 19. und frühe 20. Jahrhundert zurück, als unter dem Begriff ‚Frigidität‘ ausschließlich Frauen pathologisiert wurden. Ab den 1960er Jahren wurde Frigidität als Produkt eines männlichen Missverstehens weiblicher Körper und deren abweichenden Befriedigungen (Cryle & Moore, 2011)

aufgearbeitet und teilweise entpathologisiert. Seit 1987 enthalten der DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der *American Psychiatric Association*) und der ICD (*International Classification of Diseases* der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) seit 1977¹ bzw. 1994 „Lack or loss of sexual desire“ („Keine oder wenig sexuelle Anziehung“) erneut verschiedene Syndrome und Krankheiten, wie beispielsweise *Female Sexual Dysfunction* (FSD, „Weibliche Sexuelle Dysfunktion“; vgl. Angel, 2012) oder *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD, „Verminderte sexuelle Anziehungsstörung“). Im DSM definiert sich HSDD bspw. durch eine langfristige Abnahme oder Verminderung sexueller Anziehung und sexueller Fantasien. „Die ICD-10 definiert mit dieser kategorisierten Darstellung einen sexuellen Normalzustand und (unter-)stützt eine pathogene Sichtweise und Manifestierung (a) sexueller Varianz“ (Schlag, 2016, S. 213). Das bedeutet: Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass alle Menschen sexuelle Anziehung verspüren. Abweichungen davon werden als pathologisch eingestuft – im Übrigen auch ein zu viel an sexueller Anziehung als *Hyperactive Sexual Desire Disorder*.

HSDD kann, anders als zuvor Frigidität, nun bei Männern und Frauen² diagnostiziert werden. Allerdings gelten Appetenzstörungen vor allem als ein Frauenproblem: „Störungen der sexuellen Appetenz stehen heute als häufigste weibliche Sexualproblematik im Mittelpunkt“ (Beier, Hartmann, Loewit & Bosinski, 2001, S. 143). Sie gelten nicht als physisches, sondern psychologisches Problem, als „Defizit der sexuellen Motivation“ (Beier et al., 2001, S. 143).

Sexualmedizinische Fachliteratur nennt als mögliche verursachende Faktoren für eine Appetenzstörung Beziehungsprobleme, Persönlichkeitsstörungen, Vermeidungsverhalten, organische Erkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten oder anderen Therapien, Trau-

¹ 1977 in der ICD-9 hieß die Diagnose noch *Inhibited Sexual Desire*.

² Personen, die keine Männer oder Frauen sind, werden in DSM und ICD nicht erwähnt.

mafolgen (teilweise nur bei Frauen), bedrückende Lebensumstände wie berufliche Belastungen, Depressionen (Kockott & Fahrner, 2004), neurologische oder psychiatrische Störungen wie Schizophrenien und Angststörungen, Stress, Alkoholabhängigkeit, Hormonstörungen wie Östrogenmangel (Beier et al., 2001) oder Testosteronmangel (Kingsberg, Simon & Goldstein, 2008). Bei Männern mit Appetenzstörungen werden als Ursachen außerdem deviante Sexualpräferenzen, Sexualängste, sexuelle Orientierungskonflikte, Missbrauchserfahrungen, soziale Faktoren wie Arbeitslosigkeit und Depressionen vermutet (Beier et al., 2001). Teilweise wird HSDD auch als ‚sexuelle PTBS‘ (Posttraumatische Belastungsstörung) bezeichnet und somit ausschließlich als Traumafolge konzipiert – auch wieder fast ausschließlich bei Frauen (Büttner, 2018).

Als Therapien und Heilungsmöglichkeiten von HSDD gelten laut sexualmedizinischer Fachliteratur Hormontherapien (Kingsberg et al., 2008), Anxiolytika (also Medikamente gegen Angststörungen; Kockott & Fahrner, 2004), Freizeitdrogen wie Kokain oder Amphetamine (Beier et al., 2001) oder Psychotherapien (Schlag, 2016). Der medizinische Fokus liegt darauf, Menschen an die gesellschaftliche Normvorstellung von Sexualität anzupassen – so schreiben beispielsweise Brotto, Yule und Gorzalka (2015, S. 2, eigene Übersetzung): „Angesichts der zentralen Bedeutung sexueller Anziehung als Kernmerkmal des Menschseins [...] haben Kritiker*innen argumentiert, dass Asexualität eine Manifestation einer zugrundeliegenden Psychopathologie sei“ – auch wenn sich für diese Psychopathologie kaum empirische Beweise finden lassen, die sich nicht auch z. B. durch Diskriminierungserfahrungen erklären lassen können (Brotto et al., 2015).

A*sexualität wird im sexualmedizinischen Diskurs teilweise als extreme Variante von HSDD verstanden bzw. analysiert (vgl. Brotto et al., 2015). Die genaue Abgrenzung von HSDD und A*sexualität ist dabei aus mehreren Gründen schwierig: Zum einen handelt es sich ggf. um unterschiedliche Blickwinkel auf dasselbe Phänomen. Zum Zweiten wissen HSDD-Patient*innen und ihre Ärzt*innen nichts oder zu wenig

über A*sexualität, um herauszufinden, ob die*der Patient*in a*sexuell (und nicht an HSDD leidend) ist. Zum Dritten wurden diese Kategorien von verschiedenen Gruppen entwickelt. Zuletzt gelten unterschiedliche Personen als Expert*innen für dieses Phänomen, weil mit HSDD bzw. A*sexualität verschiedene Wertungen verbunden sind (z. B. gilt HSDD als zu lösendes medizinisches Problem, A*sexualität als eine neutrale sexuelle Orientierung; Hinderliter, 2013).

Jutel (2010) geht es insbesondere auch um die Analyse finanzieller Interessen der Pharmaindustrie an der Diagnose HSDD, denn die Entwicklung von Medikamenten gegen HSDD verspricht einen großen finanziellen Erfolg. Dies wird insbesondere in Anbetracht von Schätzungen nachvollziehbar, die davon ausgehen, dass 38,7 % aller Frauen an HSDD leiden (Jutel, 2010). Jutel (2010; vgl. Schindele, 2016) zeigt auf, wie die Pharmaindustrie nicht nur von der Entwicklung eines Medikaments profitiert, sondern in der Definition und Kategorisierung von HSDD maßgeblich beteiligt war. Medikamente (z. B. Addyi) zeigen dabei schlechte Wirkung und massive Nebenwirkungen (Blutdruckabfall, Übelkeit, Schwindelgefühle und Ohnmachtsanfälle; Schindele, 2016).

Leidensdruck ist die zentrale Kategorie in der Frage nach Medikalisierung, Diagnostik und Behandlung von HSDD und anderen Erregungsstörungen. Therapien sollen abhängig davon geschehen, ob ein klinisch bedeutsamer Leidensdruck vorliegt, das heißt, ob die Person unter dem Fehlen sexueller Anziehung leidet und in ihrer Lebensqualität beschränkt ist (im Sinne des Gesundheitsbegriffs der WHO, 1986). Dabei ist es nicht wichtig, woher dieser Leidensdruck stammt (Jutel, 2010). Leidensdruck als Kategorie ist allerdings fragwürdig: Es kann sein, dass viele a*sexuelle Menschen nicht an ihrer A*sexualität leiden, sondern einfach nur deshalb, weil sie nicht wissen, was A*sexualität ist oder weil ihre A*sexualität in der Gesellschaft unsichtbar bleibt (z. B. in der sexuellen Bildung; Spahn, 2018), was dazu führt, dass a*sexuelle Personen unter ihrer sexuellen Orientierung leiden können. Leidensdruck kann außerdem auch durch normative gesellschaftliche

Erwartungen und Zuschreibungen in Bezug auf Geschlechterrollen, Beziehungen und Sexualität erklärt werden (Profus, 2016).

Eine weitere solche Kategorie im Diskurs um HSDD, wenn auch nicht ganz so zentral, ist die der sexuellen Motivation. Diese beschreibt die Beweggründe einer Person, sexuell aktiv zu werden und hängt mit dem Sexualtrieb zusammen – allerdings kann eine Person auch einen Sexualtrieb, aber keine sexuelle Motivation verspüren (Kingsberg et al., 2008). Kingsberg und Kolleg*innen (2008) beschreiben aber auch den umgekehrten Fall – dass eine Person keinen Sexualtrieb verspürt, aber eine sexuelle Motivation, z. B. weil die*der Partner*in der entsprechenden Person einen Sexualtrieb verspürt. Die Aufgabe der Sexualmedizin ist nach Kingsberg und Kolleg*innen (2008), einen Sexualtrieb herzustellen – und nicht zu überlegen, inwiefern eine solche Beziehungskonstellation anders gelebt werden könnte. Dieser Ansatz ist problematisch.

Für a*sexuelle Personen stellt die Pathologisierung eine besondere Art von Stigmatisierung dar (Aßmann, Bobka, Kaiser, Klaudat & Koch, 2018 → [Vorurteile](#)). Insbesondere beeinflusst die Pathologisierung den Kontakt von a*sexuellen Personen mit dem Gesundheitssystem, der von ihnen als unangenehm und traumatisierend beschrieben wird (Profus, 2016). So werden a*sexuelle Menschen von ihren Ärzt*innen als sexuell gestört fremddefiniert oder ihnen werden Heilungsmöglichkeiten vorgeschlagen (Schlag, 2016). Gegen diese Pathologisierung wehren sich a*sexuelle Menschen schon seit über 10 Jahren (Hinderliter, 2013). Kritiken von a*sexuellen Personen und Organisationen an diesen Umständen haben aber Erfolge zu verbuchen: So wurde 2013 in den DSM die Selbstidentifikation als a*sexuell als Ausschlusskriterium für eine Erregungsstörung aufgenommen – allerdings nur bei Frauen (Profus, 2016; Falkai et al., 2018).

Von medizinischem Personal wird oft grundsätzlich angenommen, dass ihre Patient*innen sexuell aktiv sind. Dies führt ggf. zu einem erzwungenen Coming-Out bei a*sexuellen Patient*innen (aber natürlich allen Patient*innen, die unabhängig von ihrer sexuellen Orientie-

rung nicht sexuell aktiv sind), die befürchten, sonst nicht die richtige medizinische Versorgung zu bekommen. Ein solches Coming-Out ist meistens aber auch mit Ängsten bezüglich der Reaktion des medizinischen Personals verbunden. Mögliche negative Reaktionen wären Pathologisierung, Invalidierung der a*sexuellen Identität, die Zuschreibung eines psychischen bzw. sexualisierten Traumas und Versuche einer Konversionstherapie (Goshua, 2018). Grundsätzlich ist über die gesundheitliche Situation und Versorgung von a*sexuellen Personen kaum etwas bekannt – ganz besonders in Bezug auf Deutschland. Goshua (2018, eigene Übersetzung) resümiert dazu: „Lücken in Bildung und Forschung beeinträchtigen die medizinische Versorgung asexueller Menschen. Sie verhindern Ehrlichkeit gegenüber unseren Ärzt*innen oder medizinische Leistungen vollständig in Anspruch zu nehmen. Wir sollten uns aber in der Lage fühlen, unsere Sexualität im Rahmen der Gesundheitsversorgung offen zu diskutieren, ohne die Angst, dass Ärzt*innen nicht zuhören, einen Aspekt unserer Identität als Ursache unserer Asexualität gegen uns zu verwenden oder versuchen, uns eine Konversionstherapie aufzuzwingen.“

Solange keine belastbaren Daten über die gesundheitliche Lage von a*sexuellen Personen in Deutschland vorliegen, können nur sehr oberflächliche Empfehlungen zum Umgang mit a*sexuellen Patient*innen in der Medizin getroffen werden. Dazu gehört in jedem Fall, nicht anzunehmen, dass alle Menschen Sex haben (wollen) bzw. sexuell aktiv sind und ein a*sexuelles Coming-Out in der Praxis ernst zu nehmen und A*sexualität nicht als etwas Behandlungsbedürftiges zu begreifen. Eine gute Übersicht mit Tipps finden Sie bei Aktivista (o. J.).

Literatur

AKTIVISTA (o. J.). Asexualität: Grundlegende Informationen für Heilberufe. Abgerufen am 01.06.2020 von <https://aktivista.net/wp-content/uploads/2017/10/infoblatt-health-professionals-v8.pdf>

ANGEL, K. (2012). Contested Psychiatric Ontology and Feminist Critique. ‚Female Sexual Dysfunction‘ and the Diagnostic and Statistical Manual. *History of the Human Sciences*, 25(4), 3-24. <https://doi.org/10.1177%2F0952695112456949>

- ASEXUALITYARCHIVE (2012). Asexuality: A Brief Introduction. Abgerufen am 04.03.2017 von <http://www.asexualityarchive.com/book/>
- ASEXUAL VISIBILITY AND EDUCATION NETWORK (2016). About AVEN. Abgerufen am 02.03.2017 von <http://asexuality.org/?q=about.html>
- ASSMANN, K., BOBKA, A. J., KAISER, A. F., KLAUDAT, A., & KOCH, S. (2018). Wie schafft man ein Bewusstsein für eine Abwesenheit? – Ursachen und Folgen der Stigmatisierung von Asexualität aus der Perspektive Betroffener. In D. Lindner & A. Gregor (Hg.), *Identitätsforschung in der Praxis. Lehrforschungsberichte von Studierenden für Studierende* (S. 55-110). Berlin: Springer Spektrum.
- BEIER, K. M., HARTMANN, U., LOEWIT, K., & BOSINSKI, H. A. G. (2001). *Sexualmedizin*. München: Urban & Fischer.
- BROTTO, L. A., YULE, M. A., & GORZALKA, B. B. (2015). Asexuality. An Extreme Variant of Sexual Desire Disorder? *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 646-660. <https://doi.org/10.1111/jsm.12806>
- BÜTTNER, M. (2018). Hyposexuelle Störung oder „sexuelle PTBS“? In M. Büttner (Hg.), *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (S. 60-67). Stuttgart: Schattauer.
- CRYLE, P., & MOORE, A. (2011). *Frigidity. An Intellectual History*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- DECKER, J. S. (2015). *The Invisible Orientation. An Introduction to Asexuality*. New York, NY: Skyhorse
- FALKAI, P., WITTCHEM, H.-U., DÖPFNER, M., GAEBEL, W., MAIER, W., RIEF, W., ET AL. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- GOSHUA, A. (2018, 22. Oktober). Asexual People Deserve Better from Our Medical Providers. Abgerufen am 25.03.2020 von https://www.huffpost.com/entry/opinion-asexual-people-doctors_n_5bccfd6e4b0d38b58796672?guccounter=1
- HINDERLITER, A. (2013). How Is Asexuality Different from Hypoactive Sexual Desire Disorder? *Psychology & Sexuality*, 4, 167-178. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774165>
- JUTEL, A. (2010). Framing Disease. The Example of Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Social Science & Medicine*, 70, 1084-1090. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.040>
- KINGSBERG, S. A., SIMON, J. A., & GOLDSTEIN, I. (2008). The Current Outlook for Testosterone in the Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 182-93. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00961.x>
- KOCKOTT, G., & FAHRNER, E.-M. (2004). *Sexualstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- PROFUS, A. (2016). Unsichtbares sichtbar machen. Asexualität als sexuelle Orientierung. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hg.), *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge* (S. 225-242). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- SCHINDELE, E. (2016, 17. Januar). Sex Sells. Wie weibliche Unlust zur Krankheit wurde. Abgerufen am 25.03.2020 von https://www.deutschlandfunk.de/sex-sells-wie-weibliche-unlust-zur-krankheit-wurde.740.de.html?dram:article_id=341955
- SCHLAG, N. (2016). Asexualität. Eine diskursive Annäherung. In M. Katzer & H.-J. Voß (Hg.), *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge* (S. 209-223). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- SPAHN, A. (2018). Asexualität im Fachunterricht thematisieren. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule* (S. 170-171). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. <http://www.akzeptanz-fuer-vielfalt.de>
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Abgerufen am 05.04.2018 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Autor*in

Annika Spahn ist Doktorandin an den Universitäten Freiburg und Basel. Sie forscht zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Hochschule Köln und als Lehrbeauftragte u. a. an der Universität Freiburg, der Technischen Universität Braunschweig und der Universität Basel.

Kontakt: annika.spahn@unibas.ch

Vielfaltsperspektiven aus den
und auf die Professionen

12. Was brauchen Ärzt*innen im Umgang mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt?

Seit den 1990er Jahren und mit steigendem Tempo seit der Jahrtausendwende entwickelt sich Deutschland zur Diversitätsgesellschaft. Das betrifft nicht zuletzt die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt, was sich vor allem auch an der zunehmenden Emanzipation von inter* und trans* Menschen in den letzten Dekaden ablesen lässt. Dieser Prozess erfasst sämtliche gesellschaftlichen Bereiche. So unter anderem auch die Medizin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016, 2017; Steger, 2019).

Ärzt*innen sind vor allem in drei großen Themenfeldern direkt angesprochen. Einmal geht es um *Klient*innen*, die den medizinischen Fachkräften im Rahmen ihrer Tätigkeit begegnen: Menschen, die spezielle medizinische Hilfeleistungen benötigen, um ihre sexuelle und geschlechtliche Identität ausleben zu können – vor allem inter* und trans* Personen. Zum anderen handelt es sich um *Patient*innen*, die mit den unterschiedlichsten gesundheitlichen Themen und Problemen in die ärztliche Praxis kommen, die aber gleichzeitig ein Thema aus dem Bereich der geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt mitbringen, sei es im Rahmen ihrer geschlechtlichen Identität oder ihrer sexuellen Orientierung. Drittens schließlich ist die*der Ärztin*in ein Mitglied in einer *medizinischen Institution*, die im Rahmen einer „Willkommenskultur“ diversitätsfreundlich ausgerichtet werden muss und in der den Ärzt*innen zunehmend auch „Betroffene“ unter Kolleg*innen oder Vertreter*innen benachbarter medizinischer Hilfsberufe begegnen. Diese Felder werden im Folgenden nacheinander dargestellt, denn dadurch lässt sich erarbeiten, was von Ärzt*innen für den Umgang mit Diversität benötigt wird. Der Fokus wird hier auf geschlechtliche Vielfalt gelegt.

Klient*innen: Inter* und trans* Menschen in der Medizin

Dieses Betätigungsfeld ist das Älteste und auch das, welches heute noch am heißesten diskutiert wird. Bereits im 19. Jahrhundert gerieten trans* Menschen und „Homosexuelle“ in das Fadenkreuz einer Psychiatrie, die sich seinerzeit als segregierende Wissenschaft für eine Beobachtung und Aussonderung von unliebsamen Bevölkerungsgruppen die Zuständigkeit und Deutungsmacht aneignete (→ [Menschenbild](#)). Schwule und Lesben konnten den pathologisierenden Patient*innenstatus (Homosexualität als behandlungsbedürftig) und letztlich die gesamte Zuständigkeit der Medizin beseitigen. Mit der Abschaffung der Strafbarkeit der Homosexualität in Deutschland 1994 wurde eine der letzten Hürden genommen (→ [Rechte](#)).

Der mühsame Entpathologisierungsprozess für inter* und trans* Menschen läuft erst seit den 1990er Jahren. Sie sind und bleiben dennoch von der Medizin abhängig und somit Klient*innen aufgrund ihres Geschlechts bzw. ihrer Geschlechtsidentität. Trans* Menschen brauchen Gutachten von Psychotherapeut*innen bzw. Psychiater*innen für die Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz und für eine Lebensbegleitung. Sie brauchen ferner Endokrinolog*innen für die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung sowie Chirurg*innen für geschlechtsangleichende Operationen an den Genitalien, im Gesicht, am Hals (→ [Trans*](#)). Inter* Menschen brauchen je nach Kondition Endokrinolog*innen, oft auch Chirurg*innen und eine Lebensbegleitung (zur historischen Dimension s. Herrn, 2005; Prüll, 2016).

Diejenigen medizinischen Spezialist*innen, die in die genannten Maßnahmen involviert sind, müssen eine Einstellung mitbringen, die der gegenwärtigen gewandelten Situation Rechnung trägt: Inter* und trans* Menschen sind nicht krank. Sie sind also im Hinblick auf ihre Identität Klient*innen und keine Patient*innen. Sie benötigen Hilfestellung, um in der bipolaren Geschlechtergesellschaft leben zu können, aber sie benötigen betreffend ihre Transition selbst keine Therapie. Das Setting ist also dasjenige einer Lebensbegleitung und Beratung auf Augenhöhe. Wichtig sind in diesem Zusammenhang vor allem Informa-

tionen, denn es sind diese Informationen, die bei den Behandler*innen oft Verständnis und Empathie erzeugen (Günther, Teren & Wolf, 2019). Aus diesem Grund bemühen sich verschiedene Institutionen und Organisationen, z. B. dgti (Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e. V.), BVT* (Bundesverband Trans*) oder IMeV (Intersexuelle Menschen e. V.), um Informationsvermittlung und Beratung. Das ist dann die Basis für regelmäßige Fortbildungen, die dafür sorgen sollten, dass die jeweiligen medizinischen Dienste auf dem neuesten Stand der Themen Inter* und Trans* arbeiten.

Für die Dienstleister*innen der organischen Disziplin bedeutet dies, nicht nur ihr Fachgebiet grundsätzlich zu beherrschen, sondern das eigene Angebot und Können immer wieder im Hinblick auf die Bedürfnisse der Klient*innen neu zu durchdenken und gegebenenfalls auch neu auszurichten. So müssen Operateur*innen in neuester Zeit eine Haltung zu den extraordinären Operationswünschen von non-binären (trans*) Menschen gewinnen. Operative Verfahren und Möglichkeiten ändern sich fortlaufend.

Eine schwierigere Aufgabe stellt sich den psychologischen Lebensbegleiter*innen (meist Psychotherapeut*innen). Deren Aufgabe geht über das empathische, ergebnisoffene und ressourcenorientierte Beratungsgespräch oft hinaus. Das bedeutet nicht nur, dass zuweilen Begleiterkrankungen behandelt werden müssen, die sich aus einer durch das Umfeld behinderten Transition ergeben. Arbeit mit inter* und trans* Menschen ist in Ergänzung dazu ganz besonders auch Arbeit mit deren gesellschaftlichem Kontext: Partner*innen, Kinder, Familie, Freund*innen, Arbeitgeber*innen usw. können und müssen teils auch zu Gesprächspartner*innen der*des Lebensbegleiter*in werden. Lebensbegleiter*innen müssen ferner so viel Wissen über die verschiedenen organmedizinischen Hilfsdienste, über Stimmtraining, Styling und Schminkhilfen haben, dass die*der Klient*in zumindest erste Hilfen an die Hand gegeben und sie eventuell schnell weiterverwiesen werden kann. Ferner besteht gerade hier zunehmend auch die Notwendigkeit zu einem engen Kontakt zu Peer-Berater*innen. Ist dieser gut

ausgebaut, wird die Betreuung der Klient*innen optimiert (zur psychotherapeutischen Begleitung s. Günther et al., 2019).

Patient*innen: Diverse Menschen in der ärztlichen Praxis

Das zweite Feld gehört (wie das dritte noch Folgende) zu den vernachlässigten Gebieten des ärztlichen Handels, wenn es um sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Medizin geht. Grundsätzlich ist auf dem Gebiet der Medizinethik der Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtung der Patient*innen verankert. Diese wird als Basis der ärztlichen Behandlung angesehen (Maio, 2017). Dennoch machen sich in der allgemeinen ärztlichen Praxis ebenso wie bei den Spezialist*innen häufig Informationsdefizite bemerkbar. Besonders deutlich treten diese hervor, wenn es um trans* Menschen geht. Dies führt zu Unsicherheiten im Umgang mit den betreffenden Menschen, wenn diese als Patient*innen wegen einer Erkrankung in die Sprechstunde kommen. Und das führt dann gegebenenfalls zu einer inadäquaten diagnostisch-therapeutischen Behandlung des Anliegens. Denn was in diesem Zusammenhang meist zu wenig beachtet wird, ist der Umstand, dass (Routine-)Therapien und Behandlungen von Leiden, die nichts mit Trans* zu tun haben, von der geschlechtlichen Identität oft indirekt beeinflusst werden. Wenn beispielsweise ein dreitägiger stationärer Aufenthalt wegen eines operativen Eingriffs zur Behebung eines Leistenbruchs notwendig wird, so kann dies ungewollt zu einem Zwangsouting eines trans* Menschen führen. Ferner ist es für die behandelnden Ärzt*innen sehr wichtig, die Begleitmedikation einer Transition (z. B. Estradiol, Testosteron, Testosteronblocker) zu kennen, um diese bei der Behandlung einer Erkrankung mit zu berücksichtigen. Daher ist es ein Kernanliegen, Ärzt*innen mit dem Thema Trans* vertraut zu machen. Strahlen Ärzt*innen Sicherheit aus, öffnet sich der trans* Mensch eher (→ [Beziehung](#)). Tut er dies wiederum, erfahren Ärzt*innen wichtige Punkte für den adäquaten Umgang mit dem aktuellen Thema der Patient*innen.

Letztlich ist es aus diesem Grund wichtig, bereits Medizinstudierenden während ihrer Studienjahre einen Einblick in die verschiedenen Themen von Geschlechtsidentitäten und -ausrichtungen sowie sexueller Orientierung zu geben (→ [Medizinpädagogik](#)). Der Unterricht zum Thema Trans* kann hier als Beispiel dienen, zumal hier auch medizinische Hilfen zur Lebensbewältigung erforderlich sind. Die Autorin dieses Beitrags hat in diesem Sinne schon seit Jahren an der Universitätsmedizin Mainz mit gutem Erfolg das Thema in der Klinik und in der Vorklinik unterrichtet. Zunehmend wird das Thema auch an verschiedenen anderen Universitäten in der Lehre berücksichtigt. Als Teilaspekt des Gebietes der Diversität in der Medizin, zu dem z. B. auch der Umgang mit verschiedenen Ethnien gehört, ist das Thema Geschlecht auch dazu geeignet, Toleranz und Offenheit und damit Demokratiebewusstsein im Studium zu unterrichten. Es geht in diesem Zusammenhang darum, sehr früh zu lernen, mit eigenen Vorurteilen umzugehen (→ [Vorurteile](#)), diese abzubauen und damit eine Geisteshaltung zu erarbeiten, die die Gleichbehandlung aller Menschen in der ärztlichen Praxis vertritt – egal ob sie schwarz, schwul, tätowiert oder trans* sind (vgl. Prüll, 2019).

Medizinische Institution: Der Aufbau einer „Willkommenskultur“ und LGBTQI+¹ Fachkräfte

Eine Konsequenz der vorstehenden Ausführungen ist eine passende Rahmengestaltung medizinischer Institutionen. Damit wird eine Atmosphäre hergestellt, die die Grundeinstellung der Betreiber*innen signalisiert und die die Herstellung von Vertrauen fördert. Ein wichtiger Baustein hierfür ist die Schulung des gesamten Personals von medizinischen Einrichtungen. So hat das Projekt „Praxis Vielfalt“ der Deutschen Aidshilfe (2018; o. J.) den Hebel im Diversitäts-Unterricht von ärztlichen Praxen angesetzt, um hier im Rahmen eines Pilotprojektes

¹ LGBTQI+ = lesbisch, schwul (gay), trans*, inter*, queer und weitere (→ [Vielfalt](#))

Akzente zu setzen. Denn bereits die Sprechstundenhilfe am Empfang stellt oft die Weichen für ein solidarisches oder eher konfrontatives Erlebnis mit den Patient*innen bzw. den Klient*innen.

Ergänzend zur Schulung des Personals ist die Gestaltung der Räumlichkeiten, die betreten werden, von elementarer Bedeutung. Ausliegendes faltmaterial für verschiedenste Belange und vor allem entsprechende Bilder an den Wänden sorgen so schon oft zu Beginn des Ärzt*innenbesuchs für einen Ersteindruck, der den gesamten Aufenthalt beeinflussen kann. Wird beispielsweise das Bild einer Regenbogenfahne gleich in den Empfangsbereich einer medizinischen Institution aufgehängt, so signalisiert dies Offenheit und sagt: Jede*r ist hier willkommen, egal wer, wie oder was der Mensch ist (vgl. Prüll, 2019).

Dieser letzte Aspekt ist auch bedeutsam, wenn es um den Umgang mit bzw. die Integration von Kolleg*innen und Fachkräften geht, die selbst einer sexuellen und/oder geschlechtlichen Minorität angehören. Immer öfter müssen sich Ärzt*innen, Pfleger*innen, Medizinisch-Technische Assistent*innen und die Angehörigen anderer Medizinalberufe damit beschäftigen, dass sie mit einer*inem Kolleg*in umgehen müssen, die einer sozialen Gruppe des LGBTIQ+ Bereichs angehört. Dabei gilt auch hier, dass die Grundlage einer erfolgreichen Zusammenarbeit der Erwerb von ausreichendem Wissen zu den Themen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt darstellt. Dies ermöglicht Verständnis und dann auch, dass das Personal die erforderliche Geduld aufbringt, um mit der besonderen Lage der neuen mitarbeitenden Person(en) umzugehen. Auf dieser Basis kann es gelingen, mit Behutsamkeit auch die Geduld bei neuen Mitarbeiter*innen für ihr Umfeld einzufordern: Auch die LGBTIQ+ Person muss wissen, dass die neuen Kolleg*innen Zeit brauchen, um sich an sie zu gewöhnen. Ferner ermöglicht das Wissen aber auch, das Thema einordnen zu können und die Mitarbeiter*innen bzw. Kolleg*innen nicht nur als Lesbe, Schwulen, inter* oder trans* Menschen zu sehen und zu „etikettieren“ sondern als qualifizierte kollegiale Fachkraft. Das ist wichtig, um der entsprechenden Person die Leistungsfähigkeit zuzuerkennen, die diese auch de facto hat. Nur so,

quasi mit einer letztendlichen Relativierung der Diversität als einem Teil des Lebens – sowohl durch die LGBTIQ+ Personen als auch durch die Umgebung – gelingt eine effektive gesellschaftliche Integration sexueller und geschlechtlicher Vielfalt.

Literatur

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2016, 29. Juni). Fachaustausch „Beratungs- und Unterstützungsbedarfe für transsexuelle/trans* Menschen und ihre Angehörigen in verschiedenen Lebenssituationen“. Abgerufen am 07.09.2020 von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/fachaustausch-beratungs-und-unterstuetzungsbedarfe-fuer-transsexuelle-trans-menschen-und-ihre-angehoerigen-in-verschiedenen-lebenssituationen-/76088>

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2017). Dokumentation Fachaustausch „Beratungs- und Unterstützungsbedarfe für transsexuelle/trans* Menschen und ihre Angehörigen in verschiedenen Lebenssituationen“. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/dokumentation-fachaustausch-beratungs-und-unterstuetzungsbedarfe-fuer-transsexuelle-trans-menschen-und-ihre-angehoerigen-in-verschiedenen-lebenssituationen-/112294>

DEUTSCHE AIDSHILFE (2018, 20. September). Ein Gütesiegel für Praxen ohne Diskriminierung. Abgerufen am 28.07.2020 von <https://www.aidshilfe.de/meldung/guetesiegel-praxen-ohne-diskriminierung>

DEUTSCHE AIDSHILFE (o. J.). Gütesiegel Praxis Vielfalt. Vielfältig gleich behandelt. Abgerufen am 07.09.2020 von <https://www.praxis-vielfalt.de/>

GÜNTHER, M., TEREN, K., & WOLF, G. (2019). Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung. München: Ernst Reinhardt.

HERRN, R. (2005). Schnittmuster des Geschlechts. Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag.

MAIO, G. (2017). Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

PRÜLL, L. (2016). Das Unbehagen am transidenten Menschen. Ursprünge, Auswirkungen, Ausblick. In G. Schreiber (Hg.), Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften. Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven (S.265-293). Berlin: De Gruyter.

PRÜLL, L. (2019). Diversität in medizinischen Einrichtungen. Transgender als Beispiel. In F. Steger (Hg.), Diversität im Gesundheitswesen (S. 318-338). Freiburg: Karl Alber.

STEGER, F. (Hg.) (2019). Diversität im Gesundheitswesen. Freiburg: Karl Alber.

Autor*in

Dr. Livia Prüll ist Privatdozentin am Institut für Funktionelle und Klinische Anatomie an der Universitätsmedizin Mainz. Sie ist Sprecherin des Kompetenzzentrums Trans* und Diversität in Frankfurt und Mittelhessen, das vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert wird. Sie leistet Öffentlichkeitsarbeit, führt Peerberatungen durch und fördert den Aufbau des Trans*-Unterrichts an Medizinischen Fakultäten. Ferner forscht sie auf dem Gebiet der Geschichte der Transidentität.
Kontakt: pruell@uni-mainz.de

13. Lesben zeigen Zähne!

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Zahnmedizin

Man könnte annehmen, dass die sexuelle Orientierung oder das Geschlecht einer Person keine Auswirkung auf die Zahngesundheit haben. Eine nähere Betrachtung dieses Themas aber zeigt, dass die Zahnmedizin durchaus eine wichtige Disziplin für die allgemeine Gesundheitslage und -versorgung von LSBAATIQ+¹ Personen ist. Die gesundheitliche Lage von LSBAATIQ+ Personen ist vor allem von zwei Faktoren bestimmt: Diskriminierungserfahrungen im medizinischen System (bzw. alleine die Erwartung, Diskriminierung zu erleben → *Vorurteile*) führt dazu, dass LSBAATIQ+ Personen seltener Ärzt*innen aufsuchen, sowohl in Bezug auf Vorsorgeuntersuchungen als auch bei akuten Schmerzen und Verletzungen (→ *Gesundheit*). Wer aber zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen seltener oder nicht in Anspruch nimmt, hat öfter zahnmedizinische Probleme (Heima, Heaton, Ng & Roccoforte, 2017). Zusätzlich erwirken Diskriminierungserfahrungen in und außerhalb des medizinischen Systems sogenannten Minoritätenstress bei LSBAATIQ+ Personen (→ *Gesundheit* → *Vorurteile*). Minoritätenstress bedeutet, dass Personen zusätzlich zu individuellen Stressoren (z. B. Konflikte am Arbeitsplatz, Beziehungsprobleme) soziale Stressoren wie Diskriminierung, Stigmata oder Vorurteile erleben. Dieser Minoritätenstress führt wiederum zu psychischen Problemen, Suchterkrankungen, selbstverletzendem Verhalten und anderen gesundheitsgefährdendem Verhalten, da er oft internalisiert wird und z. B. Alkohol zu einem Ventil wird. Beide Prozesse münden in einem schlechteren Gesundheitszustand von LSBAATIQ+ Personen (vgl. Meyer, 2003 → *Gesundheit*).

¹ LSBAATIQ+ = lesbisch, schwul, bisexuell, a*sexuell a*romantisch, trans*, inter*, queer und weitere nicht heterosexuelle, endo, cis (→ *Vielfalt*)

Inwiefern ist nun die sexuelle Orientierung oder das Geschlecht bedeutsam für die Zahngesundheit einer Person? Statistisch gesehen weisen LSBAATIQ+ Personen häufiger verschiedene Risikofaktoren auf, die sich negativ auf die Zahngesundheit auswirken (zur Gesundheit allgemein: Deschamps & Singer, 2017; Pöge et al., 2020; Zeeman et al., 2018): Sie rauchen häufiger (Deutsches Krebsforschungszentrum & Bundeszahnärztekammer, 2010; Fan et al., 2018), haben häufiger Essstörungen (somit Unterversorgung bei Anorexie oder Probleme aufgrund der Magensäure bei Bulimie; Schlueter, Gans, Pötschke, Klimek & Hannig, 2012; Wölber & Gärtner, 2019), konsumieren häufiger Drogen (Abdollahi & Radfar, 2003), sind häufiger HIV-positiv (Aškinytė, Matulionytė & Rimkevičius, 2015), haben häufiger Hepatitis (Henderson et al., 2001), haben häufig(er) ungeschützten Oralsex bzw. praktizieren häufiger Rimming (Analstimulation mit Mund und Zunge; Saini, Saini & Sharma, 2010), nehmen häufiger Hormonersatztherapien ein (Lee et al., 2019), nehmen häufiger Medikamente ohne Rücksprache mit Ärzt*innen ein, leiden häufiger an Depressionen (Kisely, 2016) und zeigen häufiger selbstverletzendes Verhalten (dies kann z. B. auch Selbstvernachlässigung beinhalten und sich keine Hilfe bei Beschwerden und Schmerzen zu holen).

Zusätzlich belegen Studien, dass Personen, die psychologische Traumata (also bspw. Diskriminierung) erlebt haben, größere Angst vor zahnmedizinischen Behandlungen haben – und sie in der Konsequenz auch seltener in Anspruch nehmen (Heima et al., 2017). Auch in zahnmedizinischer Behandlung sind LSBAATIQ+ Personen nicht vor Diskriminierung und Gewalt geschützt – von befragten trans* Personen gaben in einer Studie 85,5 % an, mindestens einmal während einer zahnmedizinischen Behandlung Gewalt erlebt zu haben (z. B. unnötig grobe Behandlung) und 14,2 % gaben an, vor entsprechender Gewalt sehr viel oder extreme Angst zu haben (Heima et al., 2017).

Insbesondere nicht-binäre Personen berichteten von einer großen Angst vor einer zahnmedizinischen Behandlung und in der Konsequenz von einer Vermeidung von Besuchen bei Zahnärzt*innen

(Heima et al., 2017). Gerade trans* Personen nehmen Vorsorgeuntersuchungen, z. B. den regelmäßigen Termin bei der*dem Zahnärzt*in nicht in Anspruch, wenn z. B. die juristische Namens- und Personenstandsänderung (noch) nicht erfolgt ist. Dies hat zur Folge, dass der Deadname und ein falsches Geschlecht auf der Krankenkassenskarte vermerkt sind. Falsch angesprochen und aus dem Wartezimmer aufgerufen zu werden bzw. alleine die Vorstellung oder Erwartung davon können so viel Stress verursachen, dass komplett auf Kontakte mit dem Gesundheitssystem verzichtet wird, solange keine Lebensgefahr droht. Solche Erfahrungen von Mikroaggressionen (→ [Vorurteile](#)) kann die Beziehung zwischen Patient*in und medizinischem Personal nachhaltig schädigen (→ [Beziehung](#)). Grundsätzlich ist außerdem festzuhalten, dass medizinisches Personal nicht darin geschult ist, mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt sensibel umzugehen, was den Aufbau einer guten Behandler*innen-Patient*innen-Beziehung (→ [Beziehung](#)) grundsätzlich erschwert.

Bisher setzt sich die Zahnmedizin kaum mit dem Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt auseinander – größtenteils beschränkt sich die Beschäftigung auf Patient*innen, die HIV-positiv sind, was an vielen Stellen noch als Krankheit schwuler Männer gedacht wird (vgl. Stürmer & Salewski, 2009). In einer Studie zur zahnmedizinischen Ausbildung in den USA und Kanada wurde festgestellt, dass ein Drittel bis zu einer Hälfte der Zahnmedizin-Studiengänge sexuelle und geschlechtliche Vielfalt überhaupt nicht anspricht – und wenn es angesprochen wird, werden im Schnitt weniger als vier Stunden auf das Thema aufgewendet. Die meistgelehrtesten Aspekte sind dabei HIV (Seacat, Litt & Daniels, 2009), sexuell übertragbare Infektionen, orale Gesundheit und Barrieren für die optimale Gesundheitsversorgung von LSBAA-TIQ+ Personen (Hillenburg, Murdoch-Kinch, Kinney, Temple & Inglehart, 2016). Themen wie die psychische Gesundheit von LSBAA-TIQ+ Personen (darunter Hürden zum Aufsuchen von medizinischer Versorgung), Safer Sex und die spezifischen Anliegen von trans* und inter* Personen werden also nur sehr selten angesprochen.

Ein schwuler Mann, der anonym bleiben wollte, beschrieb in einer Studie, inwiefern die Zahnmedizin zur besseren sexuellen Gesundheitsvorsorge für LSBAATIQ+ Personen beitragen könnte: „Im Zusammenhang mit der Rolle, die Zahnärzt*innen bei der sexuellen Gesundheit spielen, wird eine Chance verpasst. Ich nehme meine sexuelle Gesundheit ernst und meines Erachtens sind Zahnärzt*innen gut dazu in der Lage, Ratschläge zur sexuellen Gesundheit zu geben, insbesondere zur Mund- und Zahnfleischgesundheit ihrer Patient*innen. Viele Menschen benutzen beim Oralsex keine Kondome oder Dental Dams², aber in meiner Erfahrung mit Zahnarztpraxen im Laufe der Jahre habe ich nie irgendwelche Prospekte über sexuelle Gesundheit oder Hinweise darauf bemerkt, dass die Praxis ‚LGBT-freundlich‘ sein könnte, und dass es in Ordnung ist, sexuelle Gesundheit zu thematisieren“ (LGBT Foundation, 2017, eigene Übersetzung).

Es ist also wichtig, dass auch die Zahnmedizin sich mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt auseinandersetzt und sich selbst als Teil der sexuellen Gesundheitsvorsorge bzw. der Sexualmedizin sieht.

Literatur

ABDOLLAHI, M., & RADFAR, M. (2003). A Review of Drug-Induced Oral Reactions. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 4(1), 10-31.

AŠKINYTĖ, D., MATULIONYTĖ, R., & RIMKEVIČIUS, A. (2015). An Oral Manifestations of HIV Disease: A Review. *Stomatologija*, 17(1), 21-28.

DESCHAMPS, D., & SINGER, B. (2017). *LGBTQ Stats. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer People by the Numbers*. New York, NY: The New Press

DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM & BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER (Hg.) (2010). *Rauchen und Mundgesundheit. Erkrankungen des Zahn-, Mund und Kieferbereiches und Interventionsstrategien für Zahnärzte*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum. <https://www.bzaek.de/praevention/rauchen-und-mund-gesundheit.html>

² Es bleibt anzumerken, dass Kondome und Dental Dams (Lecktücher) für die Vermeidung von sexuell übertragbaren Infektionen beim Oralsex nicht sonderlich effektiv sind – hier geht es aber eher darum, dass Patient*innen sich solche Fragen stellen und diese mit ihren Ärzt*innen besprechen können sollten.

- FAN, X., PETERS, B. A., JACOBS, E. J., GAPSTUR, S. M., PURDUE, M. P., FREEDMAN, N. D., ET AL. (2018). Drinking Alcohol Is Associated with Variation in the Human Oral Microbiome in a Large Study of American Adults. *Microbiome*, 6:59. <https://doi.org/10.1186/s40168-018-0448-x>
- HEIMA, M., HEATON, L. J., NG, H. H., & ROCCOFORTE, E. C. (2017). Dental Fear among Transgender Individuals – A Cross-Sectional Survey. *Special Care Dentistry*, 37, 212-222. <https://www.doi.org/10.1111/scd.12245>
- HENDERSON, L., MUIR, M., MILLS, P. R., SPENCE, E., FOX, R., MCCRUDDEN, E. A. B., & BAGG, J. (2001). Oral Health of Patients with Hepatitis C Virus Infection: A Pilot Study. *Oral Diseases*, 7, 271-275. <https://doi.org/10.1034/j.1601-0825.2001.00695.x>
- HILLENBURG, K. L., MURDOCH-KINCH, C. A., KINNEY, J. S., TEMPLE, H., & INGLEHART, M. R. (2016). LGBT Coverage in U.S. Dental Schools and Dental Hygiene Programs: Results of a National Survey. *Journal of Dental Education*, 80, 1440-1448. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2016.80.12.tb06231.x>
- KISELY, S. (2016). No Mental Health Without Oral Health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 277-282. <https://doi.org/10.1177%2F0706743716632523>
- LEE, Y., KIM, I., SONG, J., HWANG, K.-G., CHOI, B., & HWANG, S.-S. (2019). The Relationship Between Hormone Replacement Therapy and Periodontal Disease in Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study the Korea National Health and Nutrition Examination Survey from 2007 to 2012. *BMC Oral Health*, 19:151. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0839-9>
- LGBT FOUNDATION (2017, 13. September). Why Should My Dentist Be Concerned about My Sexual Health? Abgerufen am 12.06.2020 von <https://lgbt.foundation/news/why-should-my-dentist-be-concerned-about-my-sexual-health/6>
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- PÖGE, K., DENNER, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- SAINI, R., SAINI, S., & SHARMA, S. (2010). Oral Sex, Oral Health and Orogenital Infections. *Journal Global Infectious Diseases*, 2, 57-62.
- SCHLUETER, N., GANS, C., PÖTSCHKE, S., KLIMEK, J., & HANNIG, C. (2012). Enzyme Activities in the Oral Fluids of Patients Suffering from Bulimia: A Controlled Clinical Trial. *Caries Research*, 46, 130-139. <https://doi.org/10.1159/000337105>
- SEACAT, J. D., LITT, M. D., & DANIELS, A. S. (2009). Dental Students Treating Patients Living with HIV/AIDS: The Influence of Attitudes and HIV Knowledge. *Journal of Dental Education*, 73, 437-444. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2009.73.4.tb04714.x>
- STÜRMER, S., & SALEWSKI, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 263-281). Wiesbaden: VS.
- WÖLBER, J., & GÄRTNER, M. (2019). Ernährung und parodontale Gesundheit. *ZWR – Das Deutsche Zahnärzteblatt*, 128, 483-490. <https://doi.org/10.1055/a-1001-4046>
- ZEEMANN, L., SHERRIFF, N., MCGLYNN, N., MIRANDOLA, M., GIOS, L., DAVIS, R., ET AL. (2019). A Review of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex (LGBTI) Health and Healthcare Inequalities. *European Journal of Public Health*, 29, 974-980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

Autor*innen

Annika Spahn ist Doktorandin an den Universitäten Freiburg und Basel. Sie forscht zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Hochschule Köln und als Lehrbeauftragte u. a. an der Universität Freiburg, der Technischen Universität Braunschweig und der Universität Basel.

Kontakt: annika.spahn@unibas.ch

Annika Kern studiert Zahnmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im 10. Fachsemester und promoviert im Themenfeld LGBTIQ* und Dentistry.

14. Trans* in der Pflege

„Mit der aktuellen Gesundheitsversorgung von trans* Personen können wir insgesamt nicht zufrieden sein: Immer noch erleben viele trans* und queere Personen auf der Suche nach Versorgung Diskriminierungen, Verachtung und Verweigerung notwendiger Behandlungen“ (Günther, Teren & Wolf, 2019, S. 15).

Ausgangslage

Hintergrund dieser Aussage sind Diskriminierungserfahrungen von trans* Personen im Gesundheitswesen, die 44,7 % der befragten Personen nach einer Studie von LesMigraS (2012) gemacht haben. Insgesamt liegen aber immer noch zu wenige oder keine Daten aus Deutschland zur gesundheitlichen Versorgung von trans* Personen vor (Pöge et al., 2020). Gesundheit verbessert oder verschlechtert sich mit dem zunehmenden oder abnehmenden Grad der Stigmatisierung (→ [Gesundheit](#)). Mithin ist Gesundheit nicht alleine auf einer individuellen Ebene erlangbar, sondern eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. So zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen dem sozialen Status und der Gesundheitskompetenz (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer & Kolpatzik, 2020). Dies ist auch bei trans* Menschen der Fall (Günther et al., 2019 → [Trans*](#)). Günther und Kolleg*innen (2019) beziehen sich auf Untersuchungen verschiedener Studien und stellen fest, dass trans* Personen eine hohe psychische Belastung erleben (müssen). Minoritätenstress (→ [Vorurteile](#)) führt zum sozialen Rückzug und Leistungen des Gesundheitssystems wie Vorsorgeuntersuchungen werden nicht wahrgenommen (→ [Gesundheit](#)). Die Gesundheitsversorgung ist nicht ausreichend an die Bedarfe von LSBTI¹ Personen angepasst, es mangelt an Fach-

¹ LSBTI+ = lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter* und weitere (→ [Vielfalt](#))

wissen und Sensibilisierung im Umgang mit LSBTI+ -spezifischen Gesundheitsthemen (Pöge et al., 2020).

Gesundheitskompetenz beruht auf persönlichen Fähigkeiten und wird als Prozess der Informationsverarbeitung verstanden, der aus dem Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen beruht. Dafür sind einerseits persönliche Fähigkeiten aber auch systemische oder organisatorische Anforderungen notwendig. So stellt sich beispielsweise die Frage nach der Komplexität des Gesundheitswesens und ob das professionelle Personal auf die Bedürfnisse aller – auch der vulnerablen Gruppen – eingeht (Schaeffer et al., 2020). Geht es doch darum „durch entsprechende System- oder Organisationsentwicklung, gezielte Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen die an die Nutzer gestellten Anforderungen [des Gesundheitswesens] zu reduzieren“ (Schaeffer et al., 2020, S. 14).

Trans* in Klinik und Lehre

Trans* Personen und das Pflegepersonal stehen gleichermaßen vor einer schwierigen Situation, wenn eine trans* Person in einer Klinik aufgenommen werden muss oder ein Notfall vorliegt. Das Gesundheitswesen ist insgesamt gesehen kaum auf die Behandlung von trans* oder nonbinären Personen eingestellt. Es orientiert sich traditionell sowohl in der Lehre als auch in der praktischen Arbeit an einer strikten Vorstellung von Zweigeschlechtlichkeit (→ [Menschenbild](#)). Bis in die 1980er Jahre gab es in vielen Kliniken in Deutschland sogenannte Männer- und/oder Frauenstationen. Patient*innen wurden einerseits nach ihren notwendigerweise zu behandelnden Erkrankungen auf getrennte Stationen wie Chirurgie oder Innere Medizin gelegt und dann noch nach ihrem Zuweisungsgeschlecht getrennt (Stella & Auer, 2015). Mit zunehmender Ökonomisierung des Gesundheitswesens wurde die Trennung in reine Männer- oder Frauenstationen weitgehend aufgehoben und ging in eine getrennte Belegung nach Zimmern über. Dennoch gibt es aber bis heute kaum andere Möglichkeiten der Zimmerbelegung, und das Problem beginnt, sobald eine trans* oder eine nonbinäre Person stationär behandelt werden muss.

Denn leider gibt es heute weder in der Pflegeforschung, noch in der Pflegelehre Ansätze für einen modernen nicht-pathologisierenden Umgang mit trans* Personen. Die Pflegelehre und die Pflegeforschung stecken fest in ihrem binären Geschlechterverständnis sowie einem krankheitsbedingten Verständnis von trans*. So sprechen Roper, Logan und Tierney (2002) in ihrem Pflegemodell in der Lebensaktivität (LA) 10: „Sich als Mann oder Frau fühlen“ noch immer von Transsexualität und postulieren, dass der transsexuelle Mensch eine gegensätzliche geschlechtliche Identität aufweist. Später schreibt Krohwinkel (2013) diesen Passus in ihrem ABEDL-Modell wortwörtlich ab. Spätere Lehrbücher wie Thiemes „I care“ (2020) subsumieren das Thema Transsexualität einfach unter das Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen und übernehmen unhinterfragt die Definition aus der ICD-10 (→ [Menschenbild](#)).

Generell hat sich in der Pflege noch kein unvoreingenommener Umgang mit Sexualität und Geschlecht durchgesetzt. Beim Thema Sexualität ist zumindest auf der heteroerotischen Ebene Besserung in Sicht. Immerhin beschäftigt sich die Pflege mit Sexualität aus der Sichtweise von Bewohner*innen von Seniorenresidenzen (→ [Altenpflege](#)). Schwule und Lesben existieren als Thema im Prinzip nicht. Und das Geschlecht wird eigentlich nur im Zusammenhang mit Fortpflanzung und bei Erkrankungen der Genitale erwähnt. Eine Geschlechtervielfalt existiert in der Pflege nicht, geschweige denn die Bedarfe von LSBTI+ Personen. Diese werden von der Pflege ignoriert. So mutet es denn nicht einmal befremdlich an, wenn Pflegeauszubildende im Unterricht Ideen entwickeln sollen, welche Pflegeprobleme und Ressourcen unter die LA 10 „Die eigene Geschlechtlichkeit leben“ auftreten könnten, nur das Mamma- und das Prostatakarzinom einfallen. Den meisten Pflegelehrer*innen dürfte es ähnlich ergehen, oder es werden, um wenigstens irgendetwas zu schreiben, die absurdesten Ressourcen vermerkt, wie zum Beispiel, dass ein männlicher Patient seine Männlichkeit durch das Tragen eines Hemdes ausdrücke und er die Pflege durch eine weibliche Pflegefachkraft akzeptiere.

Ansätze in der Pflege sind aber vorhanden. Erstens möchte ich hier auf den Ethikkodex für Pflegende des *International Council of Nurses* (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2012) verweisen, der sich zum Ziel gesetzt hat, auch und gerade für die vulnerabelsten Gruppen eine gute Pflege anzubieten, so dass im pflegeethischen Ansatz bereits eine Begründung und ein Anspruch zur Auseinandersetzung mit der Pflege von LSBTI+ Personen besteht. Zum Zweiten haben Roper, Logan und Tierney (2016) die Pflegenden aufgefordert, ihr Pflegemodell praktisch anzuwenden, kreativ zu nutzen und weiterzuentwickeln, was eine Aufgabe für alle Pflegenden ist. Zum Dritten fordert der BVT* (Bundesvereinigung Trans*, 2017; heute: Bundesverband Trans*) entsprechende Aus- und Fortbildungsangebote für Pflegende und auch der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz fordert explizit gezielte Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionellen, um „die an die Nutzer gestellten Anforderungen zu reduzieren“ (Schaeffer et al., 2020, S. 14). Hinzu treten einzelne Aktivist*innen in der Pflege selber, die sich mit dem Thema beschäftigen und für die Altenpflege gilt, dass es hier schon eine ganze Reihe von verschriftlichten Ansätzen zur Pflege von LSBTI+ Personen gibt (→ [Altenpflege](#)).

Zu guter Letzt sei hier noch darauf hingewiesen, dass dank der generalisierten Pflegeausbildung es jetzt einen bundesweiten Rahmenlehrplan für die Pflegeschulen gibt, in dem festgeschrieben ist, dass die Lebenssituation von LSBTI+ Personen in der Pflege mit unterrichtet werden muss (Fachkommission nach Pflegeberufegesetz, 2020). Beispielsweise wurde im Bremer Muster-Curriculum, das für die Bremer Pflegeschulen verbindlich ist, ein ganzes Lernfeld gebildet („Bremer Curriculum“, Muths & Darmann-Finck, 2020). Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass es immer auch die guten Beispiele gibt. Pflegekräfte, die sich aus ihrem eigenen Berufsverständnis um eine gute Pflege für trans* Personen kümmern und auch Pflegelehrer*innen, die das Thema in ihren Unterricht einbinden. Aber die Pflege ist eine Profession, der die Patient*innen ihr höchstes Gut – die eigene Gesundheit – anvertrauen (→ [Beziehung](#)). Pflegekräfte genießen ein hohes Ansehen,

weswegen es nicht allein einzelnen Personen überlassen bleiben darf, auch die Bedarfe von trans* Personen und anderen LSBI+ Personen als Empfänger*innen von Pflege zu berücksichtigen. Damit wird die Pflege ihrem professionellen Anspruch für eine gute Pflege für alle Gruppen, auch den vulnerabelsten, zu sorgen, nicht gerecht.

Trans* Personen im Krankenhaus

Die Autor*in dieses Beitrags kennt das Gesundheitssystem sowohl als Krankenschwester, als Patient*in und als trans* Frau. Ich war in verschiedenen Phasen meiner Transition als Patient*in in stationärer Behandlung und habe dabei eine Menge Ängste durchgestanden – vor allem die Angst beschämt zu werden und mich immer wieder als trans* Person outen zu müssen. Patient*innen sind auf das Wohl und Wehe der Pflegenden, der Mediziner*innen und der Institution Krankenhaus angewiesen. Alleine bei der oben gestellten Frage nach der Unterbringung kann die Klinik an die Grenzen ihrer Möglichkeiten kommen. Hinzu kommt die Anrede mit dem gewünschten Namen, die Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts und der Umgang mit dem Körper, der anderen Personen befremdlich erscheinen vermag. Ganz abgesehen davon, dass keine adäquate Pflegeanamnese erhoben werden kann, weil kein geeignetes Instrument und kein dafür ausgebildetes Personal zur Verfügung steht. Dabei hatte ich aber Glück, denn ich stieß auf sehr viel Verständnis und hatte sogar ein Zimmer mit einem gesperrten zweiten Bett. Allerdings hatte ich auch zwei geplante Operationen und war insofern kein Notfall. Als Alternative bleibt eigentlich nur ein Behandlungsabbruch.

Bei Notfällen kann die Irritation über den Körper, der nicht dem Zuweisungsgeschlecht entspricht, noch größer sein, vor allem wenn eine Person vielleicht nicht ansprechbar ist. Dem entsprechend berichtet Neander (2014) von dem Fall eines trans* Mannes, der als Notfall nach einem Unfall operiert werden musste und im Laufe seines Klinikaufenthaltes so stark diskriminiert wurde, dass er zunächst die Therapie abbrach und sich später das Leben nahm. So etwas darf auf keinen Fall

passieren und Pflegenden sowie Mediziner*innen sollten Acht darauf geben, mit der ihnen gegebenen Macht sorgsam umzugehen (→ [Beziehung](#)), was sich auch in der verwendeten Sprache ausdrückt (→ [Sprache](#)).

Zwölf Basics für eine trans*sensible Pflege

In Anlehnung an die Forderung von Roper und Kolleg*innen (2016), ihr Modell weiterzuentwickeln, stelle ich im Folgenden meine zwölf Basics für eine trans*sensible Pflege dar, um einen entpathologisierten Umgang mit trans* und nonbinären Personen in der Pflege anzustreben. Analog nach Günther und Kolleg*innen (2019, S. 15) möchte ich folgenden modifizierten Satz voranstellen: Trans* Personen benötigen eine trans*sensible und trans*kompetente Pflege. Die Qualität der Pflege hängt davon ab, wie gut die Pflegenden die Situation von trans* Personen kennen und in welchem Maß sie das Recht auf Selbstbestimmung insbesondere in Bezug zum Körper und zum Geschlecht achten.

Und: Trans* Personen benötigen den besonderen Schutz durch die Pflegenden, denn sie gehören einer ganz besonders vulnerablen Gruppe von Menschen an, die häufig bereits traumatischen Erlebnissen ausgesetzt war. Gerade Diskriminierungen durch das Gesundheitssystem lassen trans* Personen häufig ihre Gesundheit vernachlässigen (Pöge et al., 2020 → [Gesundheit](#)). Die Bedarfe von trans* Personen müssen der Pflege bekannt sein, sonst laufen alle Maßnahmen ins Leere. Dazu ist es erforderlich, diese Bedarfe nicht nur in die Ausbildung, sondern auch in die Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften einzubinden (Weiß, 2019 → [Medizinpädagogik](#)). Folgende zwölf Basics für eine trans*sensible Pflege können dabei hilfreich sein:

1. Respektvoller Umgang mit trans* Menschen
2. Eigene Unsicherheiten und Ängste offen ansprechen
3. Fragen mit Bedacht stellen. Unnötige Neugierde vermeiden
4. Respektieren der Selbst-Identifikation/des Identitätsgeschlechts
5. Anrede mit dem Pronomen und dem Namen des Identitätsgeschlechts

6. In Absprache mit der trans* Person: Zusammenlegung mit Patient*innen des Identitätsgeschlechts oder Einzelzimmer oder Zweibettzimmer mit gesperrtem zweiten Bett oder Benutzung eines Vorhangs zwischen den Betten. Intimsphäre aller Patient*innen wahren
7. Verlegung bei Diskriminierungen durch den*die andere*n Patienten*in
8. Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts sicherstellen.
9. Vorsicht beim Entkleiden
10. Bougieren der Neo-Vagina kann eine Pflegehandlung werden
11. Umgang mit Klitorispenoid oder Penoidaufbau kann eine Pflegehandlung werden
12. Zwangsouten vermeiden

Eine Ausarbeitung der einzelnen Punkte ist aktuell in Arbeit und soll demnächst veröffentlicht werden, genauso wie ein pflegerisches Assessment zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, das aber nur von geschulten und erfahrenen Pflegekräften angewendet und auch nur insofern benutzt werden sollte, soweit es für die Pflege der Person wirklich relevant ist, diese Informationen zu erheben.

Somit möchte ich mich der Stellungnahme des BVT* (2017, S. 7) anschließen: „Um die Diskriminierung von trans*Menschen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu beenden, müssen zeitnah Aus- und Fortbildungsprogramme für alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Berufe entwickelt und implementiert werden.“ Ergänzend möchte ich hinzufügen: Und das am besten getreu dem Motto „nicht ohne uns über uns“, sondern von trans* Menschen selbst.

Literatur

BUNDESVEREINIGUNG TRANS* (HEUTE: BUNDESVERBAND TRANS*) (2017). Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an medizinische Instanzen und an die Politik. Berlin: Bundesvereinigung Trans*. <https://www.bundesverband-trans.de/portfolio-item/policy-paper-gesundheit/>

-
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE (2012). ICN-Ethikkodex für Pflegendе. Abgerufen am 26.07.2020 von <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>
- FACHKOMMISSION NACH DEM PFLEGEBERUFEGESETZ (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pfl BG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht (2. Aufl.). Leverkusen: Barbara Budrich. <https://www.bibb.de/de/86562.php>
- GÜNTHER, M., TERENCE, K., & WOLF, G. (2019). Psychotherapeutische Arbeit mit trans*Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung. München: Ernst Reinhardt.
- KROHWINKEL, M. (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber.
- LESMIGRAS (2012). „... nicht so greifbar und doch real“ Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. Berlin: LesMigraS. <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/studie-von-lesmigras-2013.html>
- MUTHS, S., & DARMANN-FINCK, I. (2019). „Bremer Curriculum“ für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/ zum Pflegefachmann. (Entwurf). Lehrplan gem. § 1 Brem. Pflegeberufausführungsgesetz i.V.m. § 6 Abs. 2 Pflegeberufegesetz (PflBG) auf der Grundlage des PflBG und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV). Abgerufen am 30.07.2020 von https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Bremer_Curriculum_Endfassung_V%D6%202019_12_04%281%29.docx.pdf
- NEANDER, K.-D. (2014). „Sich als Mann oder Frau fühlen...“. Zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege. Brake: Prodos.
- PÖGE, K., DENNER, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- ROPER, N., LOGAN, W., & TIERNEY, A. (2002). Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA). Bern: Verlag Hans Huber.
- ROPER, N., LOGAN, W., & TIERNEY, A. (2016). Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA) (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- SCHAEFFER, D., HURRELMANN, K., BAUER, U., & KOLPATZIK, K. (HG.) (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/nationaler-aktionsplan-gesundheitskompetenz>
- STALLA, G., & AUER, M. (HG.) (2015). Therapieleitfaden Transsexualität (2. Aufl.). Bremen: UNI-MED.
- THIEME (2020). I care. Krankheitslehre. Stuttgart: Thieme.
- WEISS, I. C. (2019). Trans* in der Pflege. In A. Naß, S. Rentzsch, J. Rödenbeck, M. Deinbeck & M. Hartmann (Hg.), Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen. Geschlechtliche Vielfalt (er)leben – Band II (S. 63-79). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Autor*in

Ilka Christin Weiß wurde 1963 als Holger Torsten geboren. Sie lebt seit 2013 als Frau und ist examinierte Krankenschwester, Dozent*in für Pflege mit dem Schwerpunkt trans*sensible Pflege und zertifizierte Berater*in für transgeschlechtliche Menschen. Sie gründete und leitet das Netzwerk/die Selbsthilfegruppe (SHG) Trans*Net Osterholz (OHZ) und ist 1. Ansprechpartner*in der SHG Trans*Net Bremen.
Kontakt: ilka.weiss@freenet.de

15. Interview mit Cocoon – Queerfeministisches Hebammen*kollektiv

Ihr seid aus dem queerfeministischen Hebammen*kollektiv Cocoon.

Wie ist dieses Kollektiv zusammengesetzt? Wieso habt ihr das Projekt gestartet, was war eure Motivation? Welches Ziel verfolgt ihr als Kollektiv?

Motiviert, abseits eines heteronormativen, hierarchischen Modells zu arbeiten (→ **Vielfalt**), haben wir zu viert das Kollektiv gegründet. Wir wollen sowohl den Gebärenden, als auch Menschen in der Planung der Elternschaft sowie Schwangerschaft einen Raum damit schaffen, welcher sensibel ist und offen für verschiedenste Lebensrealitäten.

Als queerfeministisches Hebammen*kollektiv sind unsere politischen Überzeugungen Grundlage für unser Arbeiten. Das bedeutet für uns, zu versuchen, intersektional, tolerant und lebensweltakzeptierend, sex- und bodypositiv zu denken sowie unser eigenes Handeln und Arbeiten vor diesem Hintergrund zu reflektieren. Wir wollen sich überlappende Diskriminierungsformen (→ **Intersektionalität** → **Vorurteile**), von denen Menschen betroffen sind, mitdenken und sensibel dafür zu sein. Dabei begreifen wir unsere Zusammenarbeit mit den Klient*innen als täglichen Lernprozess. Es ist uns wichtig, die Menschen als Expert*innen für sich selbst zu begleiten und mit ihnen gemeinsam zu lernen.

Wo kann in der Geburtshilfe sexuelle und geschlechtliche Vielfalt vorkommen?

Überall wo Menschen vorkommen! Die Vielfalt der Identitäten spiegelt sich in der Arbeit mit Menschen wieder. Es gibt sowohl unter uns als Hebammen* eine breite Vielfalt an Identitäten als auch bei unseren Klient*innen und auch den Babys, die wir auffangen dürfen.

Wichtige Gruppen, wie beispielsweise der Bundesverband Intersexuelle Menschen e.V., versuchen in der Medizin bewusst zu machen, dass Hebammen* und Ärzt*innen die ersten, wichtigen Informations-

quellen für Familien mit inter* Kindern sind. Deshalb ist es beispielsweise wichtig, dass genau wir gut informiert sind und dass wir Vielfalt willkommen heißen.

Welche Herausforderungen ergeben sich aus der geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt für Fachkräfte in der Geburtshilfe? Wie erlebt ihr die Arbeit mit queeren Menschen im Vergleich zur Arbeit mit heterosexuellen, endo, cis Menschen?

Was wir am meisten gerade in Berlin beobachten (uns ist wichtig anzuerkennen, dass Berlin eine relativ diverse und tolerante Stadt ist) ist eine nicht immer besonders gut informierte Form von Neugier und „Othering“ in der Begleitung von Menschen, die nicht in die heteronormative Familiennorm passen.

Ich (Imogen) muss an eine Fortbildung denken, wo die Fachkraft kommentiert hat, wie überraschend es war, dass die trans* Frau im Warteraum ihrer Praxis eine größere (und dabei impliziert: schönere und bessere) „Körbchengröße“ hatte als die cis Frauen im Raum. Haha, wunderbar! Spannend! Alle im Publikum haben laut gelacht. Für uns war es enorm unangenehm.

Wir glauben, Menschen suchen uns als Kollektiv für die Begleitung in der Schwangerschaft, zur Geburt und im Wochenbett aus, weil es entspannend sein kann, nicht immer besonders oder „other“/anders zu sein. Wir sehen uns im Spektrum unserer Hebammen*arbeit hier insbesondere in der Verantwortung eine queerfeministische Haltung einzunehmen, um begleitend in dieser Lebensphase zur Seite zu stehen. Auch weil wir glauben, dass in dieser Lebensphase heteronormative Strukturen und Rollenmuster sowie Machtverhältnisse besonders wirkmächtig sind.

Wie werden Fachkräfte in der Geburtshilfe auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Beruf vorbereitet? Was ist gut, wo ist noch Verbesserungspotenzial?

Ein großer Faktor in unserem Beruf ist, dass die Diversität unserer Klient*innen auch unter Lehrkräften und Fachkräften präsentiert und

sichtbar sein sollte. Solange Lehrkräfte und Fachpersonal sehr oft durch cis, hetero und weiße Menschen repräsentiert werden, erhalten wir eine relativ enge Sicht auf unseren Beruf, unsere Aufgaben und unser Potential.

An dieser Stelle möchte ich (Imogen) eine Geschichte erzählen, welche mich aus meiner Ausbildung weiterhin begleitet. Zu Beginn haben wir Schüler*innen unkommentiert einen Text zum Lesen bekommen. Relativ kurz, aus einem alten Fachbuch. Als ich las, wurde ich aufgeregt und wütend. Der Text hat eine Hierarchie im Kreißaal beschrieben. Es wurde die Metapher einer patriarchalen, heteronormativen Familie genutzt: Die gebärende Frau ist wie das „Kind“. Sie gilt als hilflos, ahnungslos, kann sich nicht um sich selbst kümmern. Die Hebamme als „Mutter“, die der Frau (Kind) das Händchen hält, ihre Stirn streichelt und emotional zur Seite steht. Hinter beiden steht der Arzt als „Vater“, der Patriarch, Schützer, der den Überblick behält, der die fachliche Kompetenz und das Wissen hat, sowie aufpasst, dass alle sicher sind und im Notfall die Entscheidungen trifft. Als ich den Text zu Ende gelesen hatte, habe ich mich gefreut ihn gleich in der Gruppe zu besprechen und kritisch auseinanderzunehmen. Natürlich, so dachte ich, hatten die Lehrpersonen ihn uns zum Lesen gegeben, um diesen Ansatz kritisch zu hinterfragen. Allerdings wurde schnell klar: das Modell ist uns als Vorbild vorgestellt worden und anscheinend von allen als richtig empfunden. Genau so sollte die Beziehung im Kreißaal sein. Ich war alleine mit meiner kritischen Sicht. Das war bitter. Mir wurde deutlich, was in der Geburtshilfe zu verändern ist. Ich denke seit meiner Ausbildung vor 9 Jahren hat sich einiges bewegt. Eines unserer Kollektivmitglieder erzählt einiges Positive aus dem Studium. Beispielsweise gibt es eine explizite Thematisierung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt bei der recht neuen Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV; Anlage 1, I, 3j sowie Anlage 1, III, 1 → [Medizinpädagogik](#)).

Mit Gründung des Kollektives und bereits zuvor nehmen wir ein großes Interesse an einer Geburtshilfe wahr, die sich u.a. mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt auseinandersetzen möchte. Wir

bekommen sowohl von Hebammen*studierenden, als auch von Hebammen*, Journalist*innen oder auch von wissenschaftlicher Seite Anfragen zu Interviews, Fortbildungen oder nach Praxiserfahrungen.

Wie erlebt ihr Kolleg*innen in der Geburtshilfe im Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt?

Wir haben sehr positive und auch sehr negative Erfahrungen gemacht. Es gibt immer noch unter Hebammen* die Erwartung, dass Hebammen* cis Frauen sein sollen/sind. Langsam zeichnet sich allerdings eine Bewegung in der Auseinandersetzung mit diesen Themen ab. Es ist eine nicht immer schöne oder respektvolle Auseinandersetzung, aber wir sehen positive Fortschritte. Seit wir unser Kollektiv gegründet haben (Ende 2019), sind wir Teil einer immer weiterwachsenden internationalen Vernetzung geworden, die sich mit Diversität in der Geburtshilfe und in Familien beschäftigt. Es gibt viel Interesse an Vernetzung zu anderen Hebammen*, welche sich mit queersensibler Geburtshilfe und Geburtsvorbereitung beschäftigen und diese auch an ihren jeweiligen Arbeitsorten umsetzen bzw. umsetzen wollen.

Welche Hinweise habt ihr für (queere) Menschen mit Kinderwunsch bei der Suche nach Geburtshilfe-Fachkräften?

Wir möchten Menschen bestärken sich Fachkräfte zu suchen, die die Klient*innen als Expert*innen für sich selbst sehen und sie in ihrer individuellen Lebenssituation unterstützen. Hierbei ist es auch wichtig, dass sie sich in ihrer Handlungsfähigkeit bestärkt fühlen. Die Fachperson sollte sowohl eine bedürfnisorientierte als auch eine an vorhandenen Ressourcen orientierte Begleitung anbieten (→ *Beziehung*).

Eine selbstbestimmte, vertrauensvolle Beziehung zum Fachpersonal spielt unserer Meinung nach für die Geburtshilfe eine wichtige Rolle. Es geht also darum Fachkräfte zu finden, welche einen offenen und hierarchiearmen Raum für Fragen, Informationen und gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making*) kultivieren. Für Menschen, die eine Geburt an einem Ort planen, wo es vorher nicht

feststeht, wer dabei sein wird, ist es möglich eine vertraute Begleitung zu organisieren wie beispielsweise eine Doula (erfahrene Geburtsbegleiter*in).

Welche Herausforderungen seht ihr noch für die Zukunft hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Geburtshilfe?

Die Variation der Themen, denen sich die Geburtshilfe zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt widmen kann, ist sehr groß. Darunter fallen z. B.:

- Ungleichheiten darin, wie wir schwanger werden können, wie viel es kostet, und wie wir als Eltern unserer Kinder anerkannt werden
- Communitybuilding, indem Familien, die mit anderen als der heteronormativen Struktur der Kleinfamilie leben, in unserer Gesellschaft anerkannt und integriert werden
- Hohe Erwartungen an gebärende Personen in den ersten Lebensjahren des Kindes, und wie diese Lebensphase unterstützender und präventiver begleitet werden kann.

Wo können sich Interessierte weiter informieren?

Es gibt unterschiedliche Orte, an denen sich Menschen weiter erkundigen können. Hier eine kleine Auswahl:

- Gynformation (o. J.). Gynformation – Kollektiv für gynäkologische Selbstbestimmung. Abgerufen am 28.05.2020 von <https://www.gynformation.de/>
- Intersexuelle Menschen e. V. (2015). Was ist es denn? Intersexualität/DSD. Ein Ratgeber für Hebammen (4. Aufl.). Hamburg: Intersexuelle Menschen e. V. <https://www.im-ev.de/publikationen/>
- Walsh, J. (o. J.). Doula Jes Walsh. Abgerufen am 06.09.2020 <http://www.jeswalsh.com/>

-
- TransFormingSpaces Podcast (2019). Making spaces for trans pregnancy. Abgerufen am 06.09.2020 von <https://open.spotify.com/episode/0usbEZY7Mri4sPp1p-PUkLN?si=dol8BpNgRMW5Wu6g5TBfqg>

Weitere Links und Ressourcen finden sich auf unserer Homepage unter <https://www.cocoon-hebammenkollektiv.de/links-und-ressourcen/>.

Autor*innen

Imogen Raye Minton, Cato Warm und **Lenonie Friedrich** bilden mit Kjell Bühler das queerfeministische Hebammen*kollektiv Cocoon. Sie begleiten Menschen vom Kinderwunsch über Schwangerschaft und Geburt bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Dabei wollen sie als queerfeministisches Hebammen*kollektiv politische Überzeugungen zur Grundlage ihrer Hebammen*arbeit machen.
Kontakt: <https://www.cocoon-hebammenkollektiv.de/>

Ralf Lottmann

16. „Wir pflegen jeden gleich?“

Ergebnisse einer Studie zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in der Altenpflege¹

„Wieso denn jetzt LSBTI*? Wir pflegen jeden gleich.“ Diese Frage hörten wir – auf der Suche nach Interviewpartner*innen – auf einem Heimleiter*innen-Treffen eines Kooperationspartners im Rahmen des Forschungsprojekts „Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter (GLEPA)“. Sie deutet zum einen darauf hin, wie die Pflege mit ihren Rahmenbedingungen wahrgenommen wird und zum anderen auf die Grundlage eines Übersehens von Minoritäten im Pflegealltag. Dieser Beitrag fokussiert die Situation von LSBTI*² Senior*innen. Er thematisiert die soziodemografische Situation und Bedarfe von LSBTI* Pflegebedürftigen. Für diesen Beitrag werden einige Ergebnisse der GLEPA-Studie vorgestellt, die von 2015 bis 2017 an der Alice Salomon Hochschule Berlin in Kooperation mit der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin durchgeführt wurde. Hierfür wurden biografisch-narrative Interviews mit LSBTI* Pflegebedürftigen sowie Interviews mit Expert*innen aus Heim- und Wohnbereichsleitungen geführt.

Forschungsstand

Die Bevölkerungsgruppe, die mit dem Akronym LSBTI* beschrieben wird, ist eine höchst heterogene Gruppe, die in der Gerontologie und den Pflegewissenschaften bislang nur wenig Beachtung fand (Lottmann, 2016). Neuere Studien zu LSBTI*, Alter(n) und Pflege zeigen auf, dass LSBTI* Personen sich mit ihrer sexuellen und geschlecht-

¹ Der Beitrag ist ein bearbeiteter Wiederabdruck des Artikels „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenpflege“ von Lottmann (2020). Vielen Dank an die Zeitschrift Heilberufe für die Erlaubnis zum Wiederabdruck.

² LSBTI* = lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter* und weitere (→ Vielfalt)

lichen Identität in „traditionellen“ Einrichtungen der Altenpflege oftmals nicht willkommen fühlen, Unsichtbarkeiten beschreiben und sich im Alter nicht mehr (proaktiv) erklären können oder wollen (Gerlach & Szillat, 2017; Westwood, 2015). Qualitative Studien beschreiben beispielsweise die Befürchtung von LSB Senior*innen, dass sie im Alter ihr offenes Leben als LSB Senior*in nicht so weiterführen können wie sie es sich über Jahre erkämpft hatten (Lottmann, 2018). Meist negative Folgen sogenannter heteronormativer Strukturen (→ [Vielfalt](#)) in der Altenhilfe wurden in angloamerikanischen Studien und insbesondere für den pflegerischen Bereich auch in deutschen Studien aufgezeigt (Gerlach & Schupp, 2018; Kenel, Gather & Lottmann, 2018; King, 2016).

Unterstützungsressourcen von LSBTI* im Alter und in der Pflege

Wird bei heterosexuellen cis Senior*innen für die soziale und pflegerische Unterstützung im Alter meist auf die Unterstützung von Kindern, Ehepartner*innen und anderen Verwandten gesetzt, so ist dies bei LSBTI* Senior*innen nicht unbedingt der Fall. Bei den älteren Homosexuellen sind in der Regel Freund*innen auf Platz eins der Unterstützungshierarchie im Alter. Bei LSBTI* Senior*innen können Freundschaftsnetzwerke, die als „Wahlfamilie“ verstanden werden, als Rückgrat der sozialen Unterstützung verstanden werden (Brennan-Ing, Seidel, Larson & Karpiak, 2014; Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Muraco & Hoy-Ellis, 2013). Für bisexuelle, trans* und inter* Personen liegen hierzu keine validen Daten vor. Auch für nicht-heterosexuelle Senior*innen gelten Partner*innen als Hauptunterstützungsressource für die pflegerische Versorgung (Heaphy, Yip & Thompson, 2004). Doch ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere für schwule ältere Männer von einem hohen Anteil an Singles auszugehen ist. Haben heterosexuelle Frauen im Alter von 50+ zu circa 85 % mindestens ein Kind, so sind LSBTI* Senior*innen häufig kinderlos. In einer Studie zu älteren lesbischen Frauen gaben knapp 15 % der befragten Lesben zwischen 50 und 73 Jahren an, mindestens ein Kind zu haben (Braukmann & Schmauch, 2007; Gerlach & Szillat, 2017).

Besondere Verantwortung der Altenhilfe und Altenpflege

Aufgrund eines über den Lebensverlauf erlebten Minderheitenstresses (→ *Vorurteile*), wonach Angehörige z.B. sexueller Minderheiten überproportional Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität mit unterschiedlichen Folgen für ihre psychische Gesundheit erfahren (→ *Gesundheit*), bestehen bei LSBTI* Senior*innen vielfältige herausfordernde Situationen in der Lebensphase Alter – insbesondere bei eintretender Pflegebedürftigkeit (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Wallace, Cochran, Durazo & Ford, 2011). Die Kriminalisierung von Homosexualität durch den Strafrechtsparagrafen 175 hinterlässt in Biografien insbesondere von älteren schwulen Männern Spuren (Lautmann, 2012). Folgen dieser Repression zeigen sich auch im pflegerischen Handeln (Gerlach & Schupp, 2018). Insbesondere bei trans* und inter* Senior*innen besteht zudem die Gefahr von Re-Traumatisierungen durch häufig negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem in früheren Lebensphasen (Appenroth & Castro Varela, 2019; Elder, 2016 → *Ärzt*innen* → *Pflege*). Die Risiken für eine gute Lebens- und Pflegequalität im Alter sind vor dem Hintergrund der o. g. Angaben zu Partnerschaften, Kinderlosigkeit und Alleinleben zu betrachten. Diese soziodemografischen Kennzeichen begründen eine besondere Abhängigkeit von formellen Pflegeleistungen, weshalb den Regeldiensten der Altenhilfe für LSBTI* Senior*innen eine besondere Verantwortung zukommt. Das gilt insbesondere auch für das Fachpersonal in der Altenhilfe bzw. in der ambulanten und stationären Pflege – bis hin zur Sterbebegleitung (Almack & Crossland, 2018; Lottmann & King, in Druck; Stinchcombe, Smallbone, Wilson & Kortés-Miller, 2017). Aufgrund der häufig intimen und persönlichen Hilfestellungen und der Abhängigkeit durch Dritte bei LSBTI* Senior*innen gibt es einen Bedarf an Personal mit lebensweltlichen Kompetenzen im Bereich LSBTI*. Doch zeigt sich in Studien gegenüber Altenhilfeeinrichtungen ein starkes Unbehagen seitens homosexueller Menschen, das u. a. aufgrund der über den Lebenslauf gemachten Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gilt (Stichwort: Heteronormativität). Sowohl

schwule Männer als auch lesbischen Frauen bewerten Einrichtungen der Altenhilfe hinsichtlich einer Berücksichtigung von LSB Senior*innen negativ (je nach Einrichtungsart zwischen 50 % und 81 % Ablehnung bei schwulen Senioren, 96 % bei lesbischen Seniorinnen; Gerlach & Szillat, 2017). Die Perspektive von trans* und inter* Senior*innen bleibt in diesen Studien unberücksichtigt.

Handlungsempfehlungen für eine diversitätssensible Pflege

Die GLEPA-Studie beschreibt anhand der empirischen Analyse mit LSBTI*-Pflegebedürftigen u. a. „Heteronormativität“ (→ [Vielfalt](#)), die sich auf die Praxis in der Altenhilfe auswirkt. Heteronormativität meint ein generelles Unterstellen einer Heterosexualität bei (neuen) Klient*innen und zu Beratenden in der Altenhilfe und in der Pflege. Damit einher geht die Zuschreibung eines von zwei Geschlechtern: männlich und weiblich (Cis-Normativität). In der ambulanten wie stationären Altenpflege wird dieses „Unsichtbarmachen“ von Menschen mit ihren Lebensgeschichten durch die in der Pflege schwierigen Rahmenbedingungen verstärkt (Castro Varela & Lottmann, 2018). Die alltägliche Arbeit in der Pflege ist durch einen Mangel an Zeit und Fachpersonal gekennzeichnet, die die in der Pflege Tätigen vor Herausforderungen stellt. Das Ziel einer personenzentrierten Pflege (Kitwood, 2000 → [Beziehung](#)) kann so generell kaum erreicht werden. Interviews mit Heimleiter*innen im Rahmen von GLEPA offenbaren, dass Maßnahmen des Diversity-Managements in der Altenpflege fehlen, die bei einer Sensibilisierung für Bedarfe und der Vermeidung von Diskriminierung helfen würden (Kemel et al., 2018). Sensibilisierungen über Fort- und Weiterbildung zielen auf eigene Ängste, mögliche Vorurteile, Wissen um mögliche heteronormative Strukturen im Betrieb auf sowie um Diskriminierungserfahrungen bei den älteren und hochaltrigen LSBTI* Pflegebedürftigen ab, aber auch auf Ideen zur Angehörigenarbeit und Lebensweltkenntnissen (Stichwort: Wahlfamilie; vgl. Lottmann, 2018). Die Autor*innen der GLEPA-Studie verweisen insbesondere auf Ressourcen, die Mitarbeiter*innen, die selbst offen LSBTI* sind, für die Pflege einbringen

können – in Hinsicht auf das Erkennen von LSBTI*-Pflegebedürftigen sowie bei Lebensweltkenntnissen für eine gute soziale Teilhabe. Diese Mitarbeiter*innen beschrieben in den Interviews LSBTI* Personen differenzierterer und weniger stereotypkonform als ihre heterosexuellen Kolleg*innen (Kenel et al., 2018). Handlungsempfehlungen für eine diversitätssensible Pflege sind eng verknüpft mit diesen Kenntnissen und einer Willkommenskultur. Beides wird in einigen Pflegeeinrichtungen insbesondere in den Niederlanden praktiziert („Pink Passkey“; Linschoten, Lottmann & Lauscher, 2016) und in deutschen Metropolen über Diversity-Zertifikate bereits verfolgt („Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“). Ein neues bundesweites Modellprojekt wird vom AWO Bundesverband zur Öffnung der Altenhilfe für LSBTI* durchgeführt. In 2021 soll ein Handbuch mit der Konzeption und Trainingsmaterialien an die deutschen Sozialverbände zu diesem Thema abgegeben werden (Andrée, 2019). Bei dem Thema LSBTI*, Alter(n) und Pflege wird deutlich, dass für die offene und stationäre Altenhilfe insbesondere die Soziale Arbeit besondere Bedeutung erlangt (z.B. soziale Aktivitäten zum Themenfeld LSBTI*). Eine kompetente Praxis inklusiver Altenpflege hält auch nicht-normatives Begehren und nicht-normative Körper für möglich und erkennt spezifische Bedarfe sowie Ressourcen und Strategien (Castro Varela & Lottmann, 2018). Der unerlässliche Blick auf Biografien der zu Pflegenden und die aus der Lebensgeschichte sich erklärenden Vulnerabilitäten (Frieling-Sonnenberg, 2016) erfordern insbesondere die Profession der Sozialen Arbeit in der Altenpflege und damit eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit von Pflege und Sozialer Arbeit – nicht nur für LSBTI* Senior*innen, sondern für eine gute Pflegequalität im Alter für alle.

Literatur

- ALMACK, K., & CROSSLAND, J. (2018). Erfahrungen von LSBT*-Patient_innen am Ende ihres Lebens. Die Situation Sterbender in England und Erkenntnisse der Studie „The Last Outing“. *Pflege & Gesellschaft*, 3, 245-261.
- ANDRÉE, L. (2019, 17. Mai). Queer im Alter. AWO Blog. Abgerufen am 27.07.2020 von <https://www.awo.org/queer-im-alter>

- APPENROTH, M. N., & CASTRO VARELA, M. D. M. (HG.) (2019). *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: Transcript.
- BRAUKMANN, S., & SCHMAUCH, U. (2007). *Lesbische Frauen im Alter – ihre Lebenssituation und ihre spezifischen Bedürfnisse für ein altengerechtes Leben*. Forschungsberichte des gFFZ (gemeinsames Frauenforschungszentrum der Hessischen Fachhochschulen). Frankfurt am Main: Fachhochschule Frankfurt am Main. <https://www.gffz.de/publikationen/forschungsberichte>
- BRENNAN-ING, M., SEIDEL, L., LARSON, B., & KARPIAK, S. E. (2014). Social Care Networks and Older LGBT Adults: Challenges for the Future. *Journal of Homosexuality*, 61, 21-52. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835235>
- CASTRO VARELA, M. D. M., & LOTTMANN, R. (2018). *Altenpflege – die letzte weiße deutsche heterosexuelle Bastion? Eine Vielfaltskritik*. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 2/2018, 80-89.
- ELDER, A. B. (2016). Experiences of Older Transgender and Gender Nonconforming Adults in Psychotherapy: A Qualitative Study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3, 180-186. <https://doi.org/10.1037/sgd0000154>
- FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I., KIM, H.-J., BARKAN, S. E., MURACO, A., & HOY-ELLIS, C. P. (2013). Health Disparities among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results from a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 103, 1802-1809. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301110>
- FRIELING-SONNENBERG, W. (2016). *Bedeutung der Lebensgeschichte für Gesundheit und Krankheit im (pflegebedürftigen) Alter – Zur Frage einer krankheitsfördernden Dynamik in Pflegeheimen und deren Anachronismus*. In R. Lottmann, R. Lautmann & M. d. M. Castro Varela (Hg.), *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis* (S. 69-80). Wiesbaden: Springer VS.
- GERLACH, H., & SCHUPP, M. (2018). *Homosexualitäten in der Langzeitpflege. Eine Theorie der Anerkennung*. Berlin: Peter Lang.
- GERLACH, H., & SZILLAT, C. (2017). *Schwule im Alter. Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg*. Wiesbaden: Springer VS.
- HEAPHY, B., YIP, A. K. T., & THOMPSON, D. (2004). Ageing in a Non-Heterosexual Context. *Ageing & Society*, 24, 881-902. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001600>
- KENEL, P., GATHER, C., & LOTTMANN, R. (2018). „Das war noch nie Thema hier, noch nie!“ Sexuelle Vielfalt in der Altenpflege – Perspektiven für ein Diversity Management. *Pflege & Gesellschaft*, 23, 211-228.
- KING, A. (2016). *Older Lesbian, Gay and Bisexual Adults. Identities, Intersections and Institutions*. London: Routledge.
- KITWOOD, T. (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Hans Huber.
- LAUTMANN, R. (2012). *Eine Lebenswelt im Schatten der Kriminalisierung – der Homosexuellenparagraf als Kollektivschädigung*. In *Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung* (Hg.), § 175 StGB. *Rehabilitation der nach 1945 verurteilten homosexuellen Männer* (S. 71-93). Berlin: *Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung*.
- LAUTMANN, R. (2016). *Die soziokulturelle Lebensqualität von Lesben und Schwulen im Alter*. In R. Lottmann, R. Lautmann & M. d. M. Castro Varela (Hg.), *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis* (S. 15-50). Wiesbaden: Springer VS.

LINSCHOTEN, M., LOTTOMANN, R., & LAUSCHER, F. (2016). „The Pink Passkey®“ – ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBT*I-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen. In R. Lottmann, R. Lautmann & M. d. M. Castro Varela (Hg.), *Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis* (S. 227-241). Wiesbaden: Springer VS.

LOTTOMANN, R. (2018). LSBT*I-Senior*innen in der Pflege: Zu Relevanz und Besonderheiten sozialer Netzwerke und der Arbeit mit Angehörigen. *Pflege & Gesellschaft*, 23, 228-244.

LOTTOMANN, R. (2020). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenpflege. *Heilberufe*, 72(5), 40-42.

LOTTOMANN, R., & KING, A. (in Druck). Who Can I Turn To? Social Networks and the Housing, Care and Support Preferences of Older Lesbian and Gay People in the UK, Findings from the SAFE Study. *Sexualities*. <https://doi.org/10.1177/1363460720944588>

STINCHCOMBE, A., SMALLBONE, J., WILSON, K., & KORTES-MILLER, K. (2017). Healthcare and End-of-Life Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Older Adults: A Scoping Review. *Geriatrics*, 2(1), 1-13. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2010013>

WALLACE, S. P., COCHRAN, S. D., DURAZO, E. M., & FORD, C. L. (2011). The Health of Aging Lesbian, Gay and Bisexual Adults in California. Policy brief (UCLA Center for Health Policy Research), (PB2011-2), 1–8.

WESTWOOD, S. (2016). 'We See It as Being Heterosexualised, Being Put into a Care Home': Gender, Sexuality and Housing/Care Preferences among Older LGB Individuals in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 24, e155–e163. <https://doi.org/10.1111/hsc.12265>

Autor*in

Dr. Ralf Lottmann studierte Soziologie in Berlin und Gerontologie in Amsterdam. Er arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Bundestag und an der Alice Salomon Hochschule Berlin. 2017 bis 2019 war er Marie Skłodowska-Curie Fellow am Centre for Research on Ageing and Gender der University of Surrey in Großbritannien. Derzeit ist er Vertretungsprofessor für Gesundheitspolitik an der Hochschule Magdeburg-Stendal.
Kontakt: ralf.lottmann@posteo.de

17. Inter* als Thema in der Medizinpädagogik?

Ableitungen aus dem Curriculum zur qualifizierten Beratung von intergeschlechtlichen Menschen und deren Familien¹

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt wird inzwischen in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften immer stärker, auch juristisch, berücksichtigt. So soll beispielsweise nach dem Gesetz über die Pflegeberufe die Pflege „die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen“ (PflBG §5 Absatz 2 Satz 3) berücksichtigen. Der Rahmenlehrplan der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz (2020) greift explizit sexuelle und geschlechtliche Vielfalt als Thema in der Ausbildung (für das 1./2. Ausbildungsdrittel) auf (→ [Pflege](#)). Und auch in der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) gibt es Hinweise auf die Thematisierung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt (→ [Geburtshilfe](#)). Andere Gesundheitsberufe wie die Physiotherapie haben keine expliziten bundesweiten Regelungen, sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Ausbildung zu thematisieren (vgl. MPhP; PhysTh-APrV), kann jedoch implizit enthalten sein.

Aufgrund der Komplexität des Themas Inter* (→ [Inter*](#) → [Menschenbild](#)) erscheint es notwendig, dass eine angemessene Thematisierung für Fachkräfte in Gesundheitsberufen einen entsprechenden zeitlichen Raum einnehmen sollte – angepasst an die (spätere) berufliche Tätigkeit. So benötigen Menschen in der Geburtshilfe andere, spezifische Kompetenzen als Fachkräfte in der Physiotherapie. Ziel sollte es aber sein, sowohl kognitive als auch affektive Kompetenzen aufzubauen. Das Curriculum für die Beratung von Rosen, Fischer, Wunn und Kumst

¹ Dieser Beitrag beinhaltet Ableitungen sowie Textstellen aus dem Curriculum zur qualifizierten Beratung von intergeschlechtlichen Menschen und deren Familien (Rosen, Fischer, Wunn & Kumst, 2020).

(2020) beinhaltet vier unterschiedliche Module, von denen hier zwei in ihrer Zielsetzung überblicksartig präsentiert werden sollen: Das Modul zum Thema „Geschlecht“ (Auswahl methodischer Hinweise s. Tabelle 1) sowie zum Thema „Inter* und Medizin“ (Auswahl methodischer Hinweise s. Tabelle 2).

Kompetenzen zum Thema Geschlecht

Inhaltsbezogene Kompetenzen zum Thema Geschlecht (→ [Vielfalt](#)):

- Lernende kennen die Begriffe Geschlecht (*sex/gender*) und Geschlechtsidentität und wissen um die diskriminierenden Wirkungen der gesellschaftlichen Geschlechternormen.
- Lernende unterscheiden verschiedene Ebenen von Geschlecht (Identität, Biologie, Begehren, Ausdruck).
- Lernende grenzen Inter*, Trans* und Cis-Geschlechtlichkeit gegeneinander ab.
- Lernende können das binäre Geschlechtersystem der Gesellschaft dekonstruieren und sind in der Lage, dieses zu vermitteln.
- Lernende kennen geschlechtssensible Sprache und wissen um die Problematik diskriminierender Begriffe im Themenfeld Inter* (→ [Sprache](#)).

Inhaltsbezogene Kompetenzen im Teilbereich Biologische Grundlagen:

- Lernende haben grundlegendes Wissen über die Vielzahl von angeborenen Variationen der Geschlechtsentwicklung beim Menschen.
- Lernende kennen den Ablauf der embryonalen Geschlechtsentwicklung (→ [Menschenbild](#)).
- Lernende kennen die hormonproduzierenden Keimdrüsen bei Männern, Frauen, inter* Personen.
- Lernende können die Wechselwirkung zwischen Hormon und Rezeptor erklären.
- Lernende wissen um die Wirkung von Hormonen (nicht nur an den Geschlechtsorganen).

Zeit	Einheit/Ziel	Inhalt/Methodenvorschlag	Material/Anmerkung
Geschlecht			
75 min	Theorie: Ebenen von Geschlecht	Input: Von welchem Geschlecht sprechen wir eigentlich? Klärung der Ebenen von Geschlecht (Identität, Biologie, Ausdruck, Begehren, <i>sex/gender</i>) sowie Geschlechtsentwicklung	Genderbread-Person Film „Junge oder Mädchen – wann sich das Geschlecht entscheidet“
45 min	Theorie: Binarität von Geschlecht	Textarbeit: Arbeit anhand von Texten zur Geschichte von Zweigeschlechtlichkeit und anschließende Plenumsdiskussion	
45 min	Theorie: Sozialisation	Input: geschlechtliche Sozialisation bei Kindern und Heranwachsenden	
45 min	Praxis: Sprache	Gruppenarbeit: Wie kann eine geschlechtssensible Sprache aussehen? Wo sind Schwierigkeiten in Bezug auf das Thema Inter*? Wie kann Sprache diskriminierungsarm sein?	Kleingruppenarbeit mit Präsentation im Plenum Gruppe 1: Gendern Gruppe 2: Pronomen Gruppe 3: Begriffe, Bezeichnungen
70 min	Reflexion	Biographiearbeit zum Hintergrund der eigenen Geschlechtlichkeit Fragen: Welche Erfahrungen, Anrufungen, Aufforderungen, Verbote, Zuweisungen und Verletzungen in Bezug auf Geschlecht habe ich erlebt, die mich zu der Person haben werden lassen, die ich bin?	Methode „Biographie-Kurve“
<i>Anmerkungen:</i> Materialpool und Druckvorlagen s. Rosen et al. (2020).			

Tabelle 1: Hinweise zur methodischen Umsetzung in der Lehre (Auswahl)

Inhalts- bzw. prozessbezogene Kompetenzen in Bezug auf Geschlechtsidentität:

- Lernende haben ein grundlegendes Wissen über die Entwicklung der Geschlechtsidentität (→ *Vielfalt*).
- Lernende sind sich ihrer eigenen geschlechtlichen Identität und Sozialisation bewusst.

Zeit	Einheit/Ziel	Inhalt/Methodenvorschlag	Material/Anmerkung
Inter* und Medizin			
45 min	Theorie: Inter* und Medizin	<i>Input durch externe*n Referent*in / Erfahrungsexpert*in über die geschichtliche Entwicklung des Umgangs der Medizin mit inter* Menschen „Von der ‚Heilung‘ von ‚Störungen der Geschlechtsentwicklung‘ zur optimalen Versorgung von Menschen mit Variationen der Geschlechtsentwicklung“</i>	
120 min	Theorie: Behandlungs- leitlinien	Gruppenarbeit: Konkrete Analyse der S2k- Leitlinie „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ unter verschiedenen Fragestellungen; Arbeitsauftrag: Bearbeiten Sie die Auszüge aus den Leitlinien anhand der angegebenen Schwerpunkte und stellen Sie das Ergebnis der Gruppenarbeit auf einem Plakat dar. Anschließende Auswertung im Plenum.	Alle: Präambel und Begriffsbestimmungen Gruppe 1: Diagnostische Verfahren Gruppe 2: Psychologische Begleitung Gruppe 3: Rechte & Pflichten von Eltern Gruppe 4: Hormonelle Behandlungen Gruppe 5: Operationen am Genital Gruppe 6: Gonadektomien
60 min	Kennenlernen von inter* Personen	<i>Impulsvortrag / Plenums-Interview: Erfahrungsberichte von inter* Menschen</i> Interviewschwerpunkt: Was haben die Personen erlebt? Was fordern die Personen von der Medizin und der Gesellschaft?	Vorbereitung eines Interviewbogens notwendig Alternativ: Analyse von Filmen, autobiographischen Texten oder Gedichten
90 min	Reflexion	Placemats Erstellen und Vorstellen der Placemats und Diskussion über die Auswirkungen medizinischer Interventionen	
30 min	Reflexion	Gruppenarbeit Zum Einstieg: Welche Berührungspunkte mit inter* Menschen habe ich in meiner Berufspraxis? Zum Abschluss: Welche Konsequenzen hat das Gelernte für meine tägliche Berufspraxis?	
<i>Anmerkungen: Materialpool und Druckvorlagen s. Rosen et al. (2020).</i>			

Tabelle 2: Hinweise zur methodischen Umsetzung in der Lehre (Auswahl)

- Lernende reflektieren das Thema Geschlechtsidentität bei nicht-operierten und operierten inter* Personen.
- Lernende wissen um die thematische Abgrenzung von und Überschneidung mit dem Thema Trans*.

Prozessbezogene Kompetenzen in Bezug auf die berufliche Praxis:

- Lernende sind motiviert, geschlechtssensible Sprache zu verwenden und diskriminierende Begriffe zu vermeiden.
- Lernende sind sensibilisiert für die Problematik eines angemessenen Umgangs mit inter* Menschen und deren Angehörigen.

Kompetenzen zum Thema Inter* und Medizin

Inhaltsbezogene Kompetenzen im Teilbereich Medizinischer Umgang mit Inter* (→ Inter* → Menschenbild):

- Lernende kennen das „Optimal Gender“-Paradigma und wissen um die seit den 1960er Jahren übliche Praxis der Geschlechtszuweisung bei inter* Kindern bei der Geburt.
- Lernende haben grundlegende Kenntnisse über die in der Konsensus-Konferenz in Chicago (2005) festgelegte Bezeichnung *Disorders of Sex Development* (DSD; Hughes, Houk, Ahmed, Lee & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006) und deren kritische Bewertung.
- Lernende kennen die medizinische Einteilung von inter* Menschen in das DSD-Klassifikationssystem.

Inhaltsbezogene Kompetenzen im Teilbereich medizinische Leitlinien:

- Lernende kennen die aktuelle medizinische Leitlinie für die Behandlung von inter* Menschen, die S2k-Leitlinie „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ (Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie & Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie, 2016).
- Lernende haben sich mit den grundlegenden Aspekten einer leitlinienkonformen Versorgung von inter* Menschen vertraut gemacht.

- Lernende wissen um die Problematik der rechtlichen Unverbindlichkeit von Leitlinien.

Inhaltsbezogene Kompetenzen im Teilbereich medizinische Behandlung von inter* Menschen:

- Lernende können die medizinischen Begriffe „Reduktion einer hypertrophen Klitoris“, „Hypospadie“, „Neovagina“, „Bougieren“ und „Gonadektomie“ erklären.
- Lernende wissen um das unterschiedlich hohe Entartungsrisiko innenliegender Hoden bei verschiedenen Variationen der Geschlechtsentwicklung.
- Lernende kennen die Folgen von Gonadektomien.
- Lernende haben grundlegende Kenntnisse über Hormonersatztherapien bei Menschen mit Variationen der Geschlechtsentwicklung.
- Lernende reflektieren die Folgen von Hormonersatztherapien auf verschiedene Bereiche des Körpers (Geschlechtsorgane, Knochen, Stoffwechsel, Gehirnentwicklung u. v. m.).
- Lernende reflektieren die Problematik einer angemessenen Gesundheitsversorgung von Personen mit einer Variation der Geschlechtsentwicklung.
- Lernende kennen aktuelle Studien zur medizinischen Behandlung von Menschen mit Variationen der Geschlechtsentwicklung.

Inhaltsbezogene Kompetenzen im Teilbereich sexuelle Gesundheit:

- Lernende wissen um die möglichen körperlichen Auswirkungen von Genitaloperationen auf das sexuelle Empfinden.
- Lernende wissen um die möglichen psychischen Auswirkungen von Genitaloperationen auf das Sexualverhalten.

Inhalts- bzw. prozessbezogene Kompetenzen in Bezug auf die medizinische Behandlung von inter* Menschen:

- Lernende reflektieren die Problematik des Begriffes DSD.

- Lernende wissen um die Problematik der psychischen Belastung durch pathologisierende Sprache.
- Lernende haben sich mit möglichen psychischen Folgen medizinischer Eingriffe an Kindern und Heranwachsenden vertraut gemacht.
- Lernende hinterfragen den Anspruch medizinischer Behandlungen von inter* Menschen als Heilbehandlungen.

Prozessbezogene Kompetenzen in Bezug auf die berufliche Praxis:

- Lernende sind motiviert, empowernde Sprache zu verwenden und pathologisierende Begriffe zu vermeiden.
- Lernende sind sensibilisiert für Schuldgefühle von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten nach der Einwilligung in Operationen an ihrem Kind.
- Lernende erkennen das hohe Potenzial seelischer Verletzungen, die erwachsene inter* Menschen durch medizinische Behandlung davongetragen haben können.
- Lernende reflektieren die Folgen der Tabuisierung von inter* Körpern und entwickeln eine empathische Sprache gegenüber davon betroffenen Menschen.
- Lernende sind motiviert, sich auf die Lebenserfahrungen von inter* Menschen und deren Angehörigen einzustellen.

Fazit

Mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes – 1 BvR 2019/16 – vom 10.10.2017 und der verfassungsrechtlichen Auslegung von der Gleichwürdigkeit aller Geschlechter, hier im speziellen der inter* Menschen, und dem höchstrichterlich festgestellten Recht der diskriminierungsfreien Teilhabe wandelt sich der Blick von der persönlichen zur gesamtgesellschaftlichen Herausforderung. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn es auch Gesundheitsfachkräften gelingt, sich sachlich und emotional u. a. auf die genannten Dimensionen der Thematik Inter* einzulassen. Sie müssen das gesellschaftlich noch weit

verbreitete Bild einer Binarität von Geschlecht hinterfragen, die biologischen Grundlagen von Inter* kennen, sich emotional auf Berichte von Erfahrungsexpert*innen über ihre Erfahrungen mit medizinischem Personal einlassen und deren Auswirkung auf die betroffenen Menschen nachempfinden, aber auch den ideologischen Hintergrund für diesen Umgang kennen.

Literatur

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (2017, 10. Oktober). 1 BvR 2019/16. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2017/10/rs20171010_1bvr201916.html

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE, DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDERCHIRURGIE & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDERENDOKRINOLOGIE UND -DIABETOLOGIE (2016). S2k-Leitlinie. Varianten der Geschlechtsentwicklung. Abgerufen am 24.07.2020 von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-001_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf

FACHKOMMISSION NACH DEM PFLEGEBERUFEGESETZ (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pfl BG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht (2. Aufl.). Leverkusen: Budrich. <https://www.bibb.de/de/86562.php>

HUGHES, I. A., HOUK, C., AHMED, S. F., LEE, P. A., & LWPES/ESPE CONSENSUS GROUP (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. Archives of Disease in Childhood, 91, 554-563. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.098319>

ROSEN, U., FISCHER, F., WUNN, C., & KUMST, A. (2020). Inter* Beratung. Curriculum zur qualifizierten Beratung von intergeschlechtlichen Menschen und deren Familien. Hamburg: Intersexuelle Menschen.

Autor*innen

Ursula Rosen war bis 2018 Lehrerin für Biologie sowie Werte und Normen an einem niedersächsischen Gymnasium und arbeitet jetzt freiberuflich als Autorin und Referentin im Bereich Vielfaltspädagogik. Sie ist zweite Vorsitzende des Vereins Intersexuelle Menschen e. V.

Charlotte Wunn arbeitet in der allgemeinen Beratungs- und Informationsstelle zum Themenbereich Inter*, die im vom BMFSFJ geförderten „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ (im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“) angesiedelt ist, und ist erste Vorsitzende des Vereins Intersexuelle Menschen e. V.

Friedericke Fischer ist Sozialwissenschaftler*in und arbeitet als Bildungsreferent*in beim Netzwerk für Demokratie und Courage. Außerdem ist sie als Trainer*in der politischen Bildung tätig und führt Multiplikator*innenschulungen und Argumentationstrainings zu den Themen Rechtsextremismus, Rassismus, Antifeminismus sowie geschlechtliche Vielfalt durch.

Anjo Kumst ist Speditionskaufmensch und arbeitet als Zolldeklarant*in in Hamburg. Anjo Kumst ist Peerberater*in für Inter*, seit über einem Jahrzehnt Aktivist*in im inter* Bereich und Kassenwart*in des Vereins Intersexuelle Menschen e. V.

Kontakt (alle): vorstand@im-ev.de

Weiterführende
Informationen

18. Glossar

Dieses Glossar basiert auf dem von Spahn (2018), welches sich wiederum auf das Glossar des Queer Lexikons (letztmalig aktualisiert 2019) bezieht. Weitere detailliertere, begriffliche Bestimmungen finden sich u. a. beim Gender Glossar (o. J.) oder bei Debus und Laumann (2018).

Die hier ausgewählten Texte sind nicht als feststehende, allgemeingültige Definitionen zu verstehen sondern als stark verkürzte Begriffsannäherungen und können sich auch von anderen Definitionen stellenweise unterscheiden. Letztendlich haben Menschen selbst die Deutungshoheit über ihre Identitäten, Geschlechter, sexuellen Orientierungen und Körper.

Abinär/nicht-binär/non-binary

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, die sich nicht als Mann oder Frau identifizieren, sondern als beides gleichzeitig, zwischen männlich und weiblich oder als weder männlich noch weiblich

Adhärenz

Verhalten von Patient*innen bzw. Klient*innen, die einem medizinischen und/oder therapeutischen Ziel dienen

Agender

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen oder für die Geschlecht für die eigene Identität irrelevant ist

Allosexuell und -romantisch/z-sexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die („durchschnittliche“) sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber anderen Menschen verspüren

Androphil/androsexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Männern verspüren

Asexuell und aromantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die keine oder sehr wenig sexuelle bzw. romantische Anziehung zu anderen Menschen verspüren

Binäres Geschlechtermodell

Gesellschaftliches Modell, das davon ausgeht, dass es nur zwei Geschlechter (männlich und weiblich) gibt

Bisexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Männern und Frauen verspüren

Cis(geschlechtlich)

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem Körpergeschlecht bzw. dem zugewiesenen Geschlecht („Hebammengeschlecht“) übereinstimmt (vgl. Trans*)

Coming-Out

Prozess, in dem eine Person sich selbst über ihr Geschlecht und/oder ihre sexuelle Orientierung bewusst wird und diese(s) anerkennt (inneres Coming-Out) und mit anderen darüber spricht (äußeres Coming-Out)

Compliance

Bereitschaft von Patient*innen bzw. Klient*innen, medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen umzusetzen

Copingstrategien

Bewältigungsstrategien im Umgang mit belastenden und Stresssituationen

Deadname

Abgelegter Name von Menschen, deren bei Geburt gegebener Name nicht der geschlechtlichen Identität entspricht

Demisexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung (ausschließlich) gegenüber anderen Menschen, zu denen eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wurde, verspüren

Diskriminierung

Systematische Benachteiligung von sozialen Gruppen, sowohl interaktional als auch gesellschaftlich

Endo(geschlechtlich)

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Körpergeschlecht einer eindeutigen medizinischen Norm von männlich bzw. weiblich entspricht (vgl. Inter*)

Gender

Gesellschaftliche Erwartungen hinsichtlich Eigenschaften und angemessenen Verhaltensweisen an unterschiedliche Geschlechter (üblicherweise innerhalb eines binären Geschlechtermodells)

Genderfluid

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Geschlechtsidentität (situativ oder über längere Phasen) wechselt

Genderqueer

Überbegriff für Geschlechtsbeschreibungen für Menschen, die nicht in die Norm des binären Geschlechtermodells passen

Geschlecht

Überbegriff für Merkmalkombinationen aus Körpergeschlechts (*sex*), Geschlechtsidentität (*gender identity*), Geschlechtsausdrucks (*gender performance* oder *expression*) und gesellschaftlichen Erwartungen an Geschlechter (*gender*)

Geschlechtliche Dysphorie

Unwohlsein, wenn das Geschlecht bzw. die Geschlechtsidentität einer Person nicht mit der Wahrnehmung anderer von dieser Person übereinstimmen

Geschlechtsausdruck/Geschlechtspräsentation/genderperformance/expression

Äußere Darstellung vom Geschlecht eines Menschen, beispielsweise durch Kleidung, Gestik, Mimik oder Verhalten

Geschlechtsidentität/selbstbestimmtes Geschlecht/gender identity

Persönliches Zugehörigkeitsgefühl zu keinem, einem oder mehreren Geschlechtern

Greysexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die wenig sexuelle bzw. romantische Anziehung zu anderen Menschen verspüren und sich zwischen asexuell bzw. -romantisch und allosexuell bzw. -romantisch verorten

Gynäkophil/gynäkosexuell und -romantisch (auch gynäphil oder gynophil)

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Frauen verspüren

Hebammengeschlecht/zugewiesenes Geschlecht

Das zugewiesene Geschlecht beschreibt das Geschlecht, dem ein Kind bei der Geburt aufgrund von Genitalien zugewiesen wird. Es kann aber auch das Geschlecht bezeichnen, zu dem eine inter* Person mithilfe von Genitaloperationen zwangsweise zugewiesen wurde.

Herm(aphrodit)

Begriff aus der griechisch/römischen antiken Kultur und Mythologie, der historisch in der Medizin zur Beschreibung von inter* Menschen verwendet wurde (heute sollte er außer als positive Selbstbezeichnung von inter* Personen nicht mehr verwendet werden)

Heteronormativität

Gesellschaftliche Erwartungshaltung, dass alle Menschen cis(geschlechtlich) und endo(geschlechtlich) sowie heterosexuell sind, und Abweichungen davon werden unsichtbar gemacht und/oder diskriminiert

Heterosexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen eines anderen Geschlechts verspüren (üblicherweise innerhalb eines binären Geschlechtermodells)

HIV und AIDS

HIV steht für *Human Immunodeficiency Virus* (Humanes Immunschwäche-Virus), welches unbehandelt zu AIDS, *Aquired Immune Deficiency Syndrome* (Angeeignetes Immunschwäche-Syndrom), führt

Homosexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen des eigenen Geschlechts verspüren (üblicherweise innerhalb eines binären Geschlechtermodells)

Inter*/intergeschlechtlich/intersexuell

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Körpergeschlecht nicht einer eindeutigen medizinischen Norm von männlich bzw. weiblich entspricht; intersexuell als Begriff wird kritisch betrachtet (vgl. endo(geschlechtlich))

International Classification of Diseases (ICD)

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deren deutsche Version als Grundlage für Abrechnungen ärztlicher Leistungen in Deutschland dient

Intersektionalität

Betrachtung vom Zusammenspiel und der Verschränkung verschiedener sozialer Differenzkategorien zwischen u. a. Geschlecht, sexueller Orientierung, Ethnizität, Alter, Religion und Behinderung.

Karyotyp

Erscheinungsbild des Chromosomensatzes

Körpergeschlecht/sex

Geschlechtsassoziierte Merkmale des Körpers, darunter innere und äußere Geschlechtsorgane, Hormone, Gehirnstruktur, Körpergröße, Körperbehaarung, Stimmhöhe/-tiefe, Form/Größe der Brust/Brüste, Zeugungs-/Gebärfähigkeit, Erektionsfähigkeit, Orgasmusfähigkeit und Ejakulationsfähigkeit

Lesbisch

Beschreibung von sexueller (und romantischer) Orientierung für Frauen, die sexuelle (und romantische) Anziehung gegenüber Frauen verspüren

Marginalisierung

Beschreibt den Prozess, soziale Gruppen unbedeutend zu halten bzw. zu machen und somit als Randgruppen in der Gesellschaft zu stigmatisieren

Mikroaggression

Subtile Verhaltensweisen und Äußerungen, die, oft unbewusst oder unbeabsichtigt, feindselige oder herabwürdigende Botschaften vermitteln

Minoritätenstress

Stress von Menschen aus Gruppen mit Minoritätenstatus, der durch offene Diskriminierung, Mikroaggressionen und der Umgang mit der eigenen Identität in einer ausgrenzenden Gesellschaft ausgelöst wird

Othering

Form von Diskriminierung, bei der eine soziale Gruppe bzw. ein Mitglied einer sozialen Gruppe als andersartig bzw. fremd klassifiziert und ausgegrenzt wird

Outing (unfreiwillig)

Veröffentlichung der sexuellen und/oder geschlechtlichen Identität einer anderen Person ohne deren Zustimmung oder Einwilligung der betroffenen Person (vgl. Coming-Out)

Pansexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen unabhängig des Geschlechts verspüren

Phänotyp

Erscheinungsbild eines Menschen mit allen morphologischen und physiologischen Eigenschaften

Polysexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen mehrerer, verschiedener Geschlechter (aber nicht aller) verspüren

Queer

Keine feststehende Definition; meist Beschreibung für Menschen, die ihre sexuelle Orientierung und/oder geschlechtliche Identität jenseits der heteronormativen Gesellschaft verorten

Questioning

Beschreibung für Menschen, die (noch) keine passende Beschreibung für ihre Sexualität und/oder ihr Geschlecht gefunden haben bzw. ihre Beschreibung hinterfragen

Romantische/amouröse Orientierung

Dimension der zwischenmenschlichen Attraktion, die beschreibt, in Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich eine Person verlieben kann bzw. mit Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter eine Person gerne eine romantische Liebesbeziehung führen möchte

Schwul

Beschreibung von sexueller (und romantischer) Orientierung für Männer, die sexuelle (und romantische) Anziehung gegenüber Männern verspüren

Sexuelle Identität

Überbegriff für sexuelle und romantische Orientierung sowie geschlechtliche Identität und Geschlechtlichkeit

Sexuelle Orientierung

Im weiten Sinne Beschreibung dafür, zu Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich ein Mensch romantisch, körperlich und/oder sexuell hingezogen fühlt; im engen Sinne Dimension der zwischenmenschlichen Attraktion, die beschreibt, zu Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich ein Mensch sexuell hingezogen fühlt

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt

Überbegriff für die Vielfalt von Geschlecht und sexueller Orientierung, welcher sowohl queere bzw. LGBTI+ Menschen als auch cis(geschlechtliche) und endo(geschlechtliche) sowie heterosexuelle Menschen einschließt

Skoliosexuell und -romantisch

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber nicht-binären Menschen verspüren

Stereotyp

Soziale geteilte Vorstellung („innere Bilder“) von sozialen Gruppen bzw. Mitgliedern von sozialen Gruppen

Sternchen (*)

Symbol (a.) für verschiedene Identitäten und Variationen, (b.) für verschiedene Endungen bei inter* und trans* wie „-sexuell“, „-geschlechtlich“ und „-gender“ und (c.) innerhalb geschlechtersensibler Sprache, um nicht-binäre Menschen einzuschließen.

Stigma

Negativ bewertetes Merkmal von Personen oder sozialen Gruppen

Soziosexuell (unrestruktiv)

Beschreibung für sexuelle Orientierung von Menschen, die promiskuitiv sind und häufig sexuelle Anziehung gegenüber anderen Menschen ohne emotionale Beziehung (z. B. Fremde) verspüren

Trans*/transgender/transgeschlechtlich/transident/transsexuell

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem Körpergeschlecht bzw. dem zugewiesenen Geschlecht („Hebammengeschlecht“) übereinstimmt; transsexuell wird als medizinisch pathologisierend und damit diskriminierend abgelehnt (vgl. cis(geschlechtlich))

Transition

Prozess, in dem eine trans* Person soziale, körperliche und/oder juristische Änderungen vornimmt, um das eigene selbstbestimmte Geschlecht auszudrücken, z. B. Hormontherapien, Operationen, Namens- und Personenstandsänderungen sowie geändertes soziales Auftreten

Varianten der Geschlechtsentwicklung

Überbegriff für alle körperlichen Entwicklungsvarianten, deren Merkmale für die Geschlechtlichkeit bedeutsam sind

Vorurteil

Positive oder negative Einstellung gegenüber sozialen Gruppen bzw. Mitgliedern von sozialen Gruppen

Literatur und weitere Glossare (Auswahl)

DEBUS, K., & LAUMANN, V. (2018). Glossar zu Begriffen geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt. In K. Debus & V. Laumann (Hg.), Pädagogik geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt. Zwischen Sensibilisierung und Empowerment (S. 156-165). Berlin: Dissens. <https://interventionen.dissens.de/materialien/handreichung/>

GENDER GLOSSAR (o. J.). Gender Glossar. Abgerufen am 27.10.2020 von <https://www.gender-glossar.de>

QUEER LEXIKON (o. J.). Queer Lexikon. Deine Online-Anlaufstelle für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Abgerufen am 27.10.2020 von <https://www.queer-lexikon.net>

SPAHN, A. (2018). Glossar. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule (S. 234-242). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. <http://www.akzeptanz-fuer-vielfalt.de>

19. Akteur*innen

Im Folgenden sind Akteur*innen, Institutionen, Vereine und Organisationen sowie Projekte gelistet, die im Kontext von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin agieren. Diese Auflistung ist nicht erschöpfend und wurde auf Basis von online zugänglichen Informationen erstellt.

Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt

<https://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de>

bestehend aus:

Akademie Waldschlösschen (AWS)

Die AWS ist staatlich anerkannte Erwachsenenbildungsstätte. Sie hat Angebote für Schwule und Lesben, bisexuelle, inter* und trans* sowie ihre Lebenspartner*innen und Familien, für HIV-positive und an AIDS erkrankte Menschen und ihre Lebenspartner*innen, Fortbildungsveranstaltungen zu AIDS und sexualpädagogischen Themen sowie Seminare für Menschen mit geistiger Behinderung.

<https://www.waldschloesschen.org>

Bundesverband Trans* (BVT*)

Der BVT* ist bundesweit Ansprechpartner*in rund um trans* Belange: Er vernetzt politisch engagierte trans* Personen, Vereine und Gruppen und sorgt für Austausch. Durch Lobbyarbeit gestaltet der BVT* aktiv Politik mit und arbeitet an der Verbesserung der Lebenslagen von trans* Personen. Darüber hinaus bildet der BVT* Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheit und soziale Versorgung fort und ist in der trans* Jugendarbeit tätig.

<https://www.bundesverband-trans.de>

Intersexuelle Menschen e. V. Bundesverband (IMeV)

IMeV setzt sich ein für ein selbstbestimmtes, diskriminierungsfreies Leben aller Menschen. IMeV steht ein für die Verwirklichung der Menschenrechte und wendet sich gegen jede Art der Diskriminierung und Benachteiligung wegen des Geschlechtes auf nationaler und internationaler Ebene.

<https://www.im-ev.de>

Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD)

Der LSVD ist ein Bürgerrechtsverband und vertritt Interessen und Belange von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Menschenrechte, Vielfalt und Respekt – wir wollen, dass LSBTI als selbstverständlicher Teil gesellschaftlicher Normalität akzeptiert und anerkannt werden. Wir sind präsent in der Öffentlichkeit, den Medien und der Politik. Der LSVD nimmt Stellung und wird angehört, wenn die Belange von LSBTI berührt sind: von der Bundesregierung, vom Bundestag und vom Bundesverfassungsgericht.

<https://www.lsvd.de>

Weitere allgemeine bundesweite Akteur*innen

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti)

Die dgti hat sich zum Ziel gesetzt, die Akzeptanz von Transgendern innerhalb der Gesellschaft zu fördern und deren Stigmatisierung entgegenzuwirken. Sie berät und betreut Betroffene und Interessierte, sofern dies gewünscht wird. Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit ist die (Re-)Integration von Betroffenen in den Arbeitsprozess, um so der Gefahr des sozialen Abstiegs zu begegnen, der heutzutage noch mit dem sozialen Wechsel verbunden ist. Die dgti tritt für mehr Offenheit der eigenen Identität gegenüber ein und trägt der Vielfalt menschlichen Daseins Rechnung.

<https://www.dgti.org>

Deutsche Vertretung der internationalen Vereinigung intergeschlechtlicher Menschen (IVIM)/Organisation Intersex International (OII)

Die OII Germany (auch IVIM oder OII Deutschland) ist die deutschsprachige Vertretung der Organisation Intersex International (OII). Historisch war die OII Welt mit Beiratsmitgliedern in über 20 Ländern und sechs Kontinenten vertreten und war ein globales dezentrales Netzwerk intergeschlechtlicher Vereinigungen. Dieses Netzwerk ging später auf in neue Zusammenschlüsse mittels der Internationalen Intersex Foren. Wir sind Gründungsmitglied von OII Europe, dem ersten europäischen Dachverband von Inter*-Menschenrechtsorganisationen, der sich am Menschenrechtstag, 10. Dezember, 2012 in Stockholm gegründet hat.

<https://oiigermany.org>

Bundesweite themenspezifische Interessensvertretungen und Netzwerke

Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule im Gesundheitswesen e.V. (BASG)

Wir sind eine Gruppe schwuler Männer aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens: Ärzte, Auszubildende, Studenten, Ergotherapeuten, Gestalttherapeuten, Heilpraktiker, Krankenhausseelsorger, Krankenpfleger und Pflegeschüler, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Verwaltungsangestellte u. v. m.

<http://www.basg.de>

Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (BISS)

Die BISS ist ein bundesweit tätiger Fachverband für die Interessen und Selbsthilfe von älteren Schwulen. Wir vernetzen schwule Seniorengruppen und Verbände der schwulen Selbsthilfe. Mit politischer Lobbyarbeit wollen wir die Partizipation von älteren Schwulen stärken. Wir kooperieren dabei mit Fachverbänden der Altenhilfe und Pflege sowie anderen schwulen und lesbischen Organisationen.

<http://schwuleundalter.de>

Dachverband Lesben und Alter e. V.

Ziel des Dachverbandes Lesben und Alter ist es, die gesellschaftliche Wahrnehmung für die Lebenssituation älterer und alter lesbisch lebender Frauen zu stärken und ihre Interessen gegenüber Politik und Verbänden zu vertreten. Alles, was Frauen ein unabhängiges, wirtschaftlich gefestigtes Leben ermöglicht, ist auch ein lesbisches Thema! Alterssicherung, Wohnformen, Gesundheitsprävention, Versorgung und Pflege, aber auch Rentenpolitik und drohende Altersarmut stehen daher auf der politischen Agenda des Dachverbandes Lesben und Alter.
<http://lesbenundalter.de>

Netzwerk* sexuelle und geschlechtliche Diversität in Gesundheitsforschung und -versorgung
Das Netzwerk* „Sexuelle und geschlechtliche Diversität“ entstand auf Initiative verschiedener Personen, die wissenschaftlich und forschend zu sexueller und geschlechtlicher Diversität im deutschsprachigen Raum arbeiten. Es arbeitet interdisziplinär und Fachberufe-übergreifend und richtet sich an alle, die sich praktisch, wissenschaftlich und forschend mit nicht-heteronormativen und nicht-gender-binären Ansätzen in Gesundheitsversorgung und -forschung beschäftigen.
<https://www.wissensportal-lsbt.de/netzwerk>

queerhandicap e. V.

Der Verein queerhandicap e. V. wurde im Sommer 2010 von LSBTIQ* mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen gegründet. Der Verein will, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queer* mit Behinderung offen und frei zu sich stehen können. Der Verein verleiht ihnen eine eigene Stimme.
<https://www.queerhandicap.de>

Projekte

Gütesiegel PRAXIS VIELFALT der Deutschen Aidshilfe

Mit dem PRAXIS VIELFALT-Gütesiegel stärken Sie Ihre Diversity-Kompetenzen und erwerben Sensibilität im Umgang mit Menschen mit HIV sowie LSBTIQ-Personen vielfältiger kultureller und sprachlicher Hintergründe. In einem qualitätsgesicherten Teamprozess und auf Grundlage eines modernen Fortbildungscurriculums steigern Sie Ihr Wissen über diese Gruppen und die Aspekte von Diskriminierung und gewinnen so mehr Handlungssicherheit im Praxisalltag.

<https://www.praxis-vielfalt.de>

i²TransHealth des Universitätsklinikums Hamburg

i²TransHealth stellt ein innovatives Versorgungsmodell dar. Da es leider in Deutschland Gegenden gibt, in denen die Trans-Gesundheitsversorgung unzureichend bzw. diese schwer zu erreichen ist, möchten wir diese Behandlungslücke durch unsere interdisziplinäre, internetbasierte (i²) Trans-Gesundheitsversorgung schließen. Wir möchten trans Menschen in Norddeutschland eine fachübergreifende Behandlung ermöglichen.

<https://www.i2transhealth.de>

Initiative Regenbogenpflege des Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe

Wir wollen mit der Initiative Regenbogenpflege dazu beitragen, dass Pflegeeinrichtungen älteren Homosexuellen ein Umfeld bieten, das frei von Diskriminierung ist und ein möglichst selbstbestimmtes Leben auch bei Pflegebedürftigkeit ermöglichen. Anbieter von Pflege sollen ermutigt werden, sich des Themas anzunehmen, und ältere Homosexuelle sollen Informationen dazu finden, wo es Pflegeeinrichtungen gibt, in denen aktive Toleranz ein wesentlicher Bestandteil des Profils ist.

<http://www.regenbogenpflege.de>

inter*-Portal der Ruhr Universität Bochum

Auf unserer Seite finden Sie vielfältige Informationen zu Inter-
geschlechtlichkeit. Ob Sie selbst intergeschlechtlich sind, Eltern eines
intergeschlechtlichen Kindes, Freund*in, Pädagog*in oder im Bereich
der Pflege/Medizin arbeiten oder sich aus anderen Gründen für das
Thema interessieren, hier sind Sie richtig!

<https://inter-nrw.de>

InTraHealth der Fachhochschule Dortmund

Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für inter- und
transgeschlechtliche Menschen durch Abbau von Diskriminierung als
versorgerseitiger Zugangsbarriere (InTraHealth): Das Projekt InTraHe-
alth will die Gesundheitsversorgung von inter* und trans Menschen
verbessern. Unter Leitung von Prof. Dr. Gabriele Dennert und in Ko-
operation mit der Technischen Hochschule Köln sowie den Kliniken
Köln wird eine interaktive Online-Selbstlernumgebung für Gesund-
heitsfachkräfte entwickelt. Gesundheitsfachkräfte sollen so gezielt
sensibilisiert werden, damit sich die medizinische Versorgungsqualität
und -zufriedenheit für inter* und trans Personen verbessert.

https://www.fh-dortmund.de/de/fb/8/forschung/intrahealth/intrahealth_start.php

Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® der Schwulenberatung Berlin

Das Lebensort Vielfalt®-Qualitätssiegel ist eine Auszeichnung, die sta-
tionäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste erhalten, die
in struktureller, organisationspolitischer und personeller Hinsicht Vor-
aussetzungen schaffen, sexuelle und geschlechtliche Minderheiten zu
integrieren.

<https://schwulenberatungberlin.de/qualitatssiegel-lebensort-vielfalt-r>

Queer im Alter des Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)

Der AWO Bundesverband führt bis Ende 2020 ein neues und bundes-
weites Modellprojekt zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der

AWO für die Zielgruppe LSBTI durch. Im Rahmen des Modell-Projekts wird unter Einbeziehung queerer Senior*innen-Verbände eine Musterkonzeption zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für die Zielgruppe LSBTI entwickelt und zunächst an fünf bundesweiten Pflegestandorten der AWO modellhaft umgesetzt. Durch Fortbildungen, Coachings und Praxisbegleitungen soll das Einrichtungs- und Pflegepersonal für LSBTI und deren Belange sensibilisiert, ein offenes Betreuungsklima geschaffen und eine kultursensible Pflege ermöglicht werden.

<https://www.awo.org/queer-im-alter>

Queer-Pflege.de – Das queere Pflegeportal

Das Pflegeportal schafft eine Plattform für queere/LGBTQ Personen in Pflegekontexten: Pflegebedürftige, Pflegekräfte, Pflegeanbieter und pflegende Angehörige. Mit der Plattform soll eine einfache und kostenfreie Möglichkeit geschaffen werden, queere Hilfsangebote und Kontakte zu finden, die sich mit der Pflege beschäftigen.

<https://www.queer-pflege.de>

Wissensportal LSBTI² der Fachhochschule Dortmund

LSBTI² bündelt den Zugang zu Wissen über Gesundheit und soziale Teilhabe von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen im Lebenslauf in Deutschland. LSBTI² richtet sich an: Wissenschaftler*innen, Absolvent*innen, Studierende, Menschen in der LSBTI-Community-Arbeit, Fachkräfte und andere Interessierte.

<https://www.wissensportal-lsbt.de>

Regenbogenportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Hier gibt es informative Beiträge zu LSBTIQ-Themen aus unterschiedlichen Lebens- und Gesellschaftsbereichen.

<https://www.regenbogenportal.de>

20. Broschürenliste

Frei erhältliche weiterführende Broschüren und Publikationen zum Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin:

BRAUCKMANN, C. (2018). Gleichgeschlechtliche Lebensweisen in der offenen Senior*innenarbeit. Praxisleitfaden für Lesben und Schwule, die ihr Alter(n) gestalten wollen. Köln: Rubicon. <https://schwuleundalter.de/download/praxisleitfaden-gleichgeschlechtliche-lebensweisen-in-der-offenen-seniorinnenarbeit/>

BUNDESINTERESSENVERTRETUNG SCHWULER SENIOREN (2019). Politische Partizipation älterer schwuler Männer in Altenhilfe und Seniorenpolitik. Wie LSBTI-Aktionspläne von Ländern oder Kommunen für die eigenen Interessen vor Ort genutzt werden können. Köln: Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren. <https://schwuleundalter.de/download/politische-partizipation-aelterer-schwuler-maenner-in-altenhilfe-und-seniorenpolitik/>

BUNDESVERBAND TRANS* (2019). Leitfaden Trans* Gesundheit in der Art einer Patient_innenleitlinie zur Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Berlin: Bundesverband Trans*. <https://www.bundesverband-trans.de/portfolio-item/leitfaden-trans-gesundheit/>

BUNDESVEREINIGUNG TRANS* (heute: Bundesverband Trans*) (2017). Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an medizinische Instanzen und an die Politik. Berlin: Bundesvereinigung Trans*. <https://www.bundesverband-trans.de/portfolio-item/policy-paper-gesundheit/>

GERLACH, H. (2019). Leitfaden für Führungskräfte der ambulanten und stationären Altenpflege zum adäquaten Umgang mit LSBTIQ. Hannover: Landeshauptstadt Hannover. <https://www.seniorenberatung-hannover.de/?vw=news&eid=10>

INTERSEXUELLE MENSCHEN (2015). Was ist es denn? Intersexualität/DSD. Ein Ratgeber für Hebammen (4. Aufl.). Hamburg: Intersexuelle Menschen. <https://www.im-ev.de/publikationen/>

MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG (2019). Handreichung für die Integration geschlechtssensibler Medizin in die Lehre. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. https://www.medicin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/MedizinischeFakultaet/Genderfragen/Handreichung_GenderMed_09042019.pdf

PÖGE, K., DENNER, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., METTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

SCHWULENBERATUNG BERLIN (2019). „Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“ Diskriminierung von LSBTIQ* im Gesundheitssystem in Berlin. Berlin: Schwulenberatung Berlin. <https://schwulenberatungberlin.de/post/ergebnisse-unsere-umfrage-lsbtiq-stark-diskriminiert-im-gesundheitswesen-in-berlin>

SCHWULENBERATUNG BERLIN (2020). Weil ich so bin, wie ich bin... Vielfalt in der Pflege. Ein Praxis-Leitfaden für stationäre und ambulante Pflege. Berlin: Schwulenberatung Berlin. <https://schwulenberatungberlin.de/post/leitfaden-zur-inklusion-sexueller-und-geschlechtlicher-vielfalt-in-der-pflege>

STUMMER, G. (2015). Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule. Informationen für die Professionelle Altenpflege. Köln: Rubicon. http://www.regenbogenpflege.de/assets/kultursensible_pflege_fuer_lesben_und_schwule_informationen_fuer_die_professionelle_altenpflege.pdf

TRANSINTERQUEER (2013). Inter*. Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen und andere medizinische Berufsgruppen (2. Aufl.). Berlin: TransInterQueer. <https://www.transinterqueer.org/unsere-publikationen/>

TRANSINTERQUEER (2016). Medizinische Eingriffe an Inter* und deren Folgen: Fakten & Erfahrungen. Berlin: TransInterQueer. <https://www.transinterqueer.org/unsere-publikationen/>

TROST, A. (2019). Inter*- und Trans* im Arbeitsalltag – was nun?! Handreichung für Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen (3. Aufl.). Magdeburg: Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalt. <https://www.geschlechtergerechtejugendhilfe.de/publikationen/braune-reihe/>

Das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit - Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt“ ist ein Projekt der Stiftung Akademie Waldschlösschen (AWS), des Bundesverbands Trans* e. V. (BVT*) und des Lesben- und Schwulenverbands Deutschland e. V. (LSVD) mit Intersexuelle Menschen e. V. (IMeV).

Das Kompetenznetzwerk wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“.

Der Umgang mit Minderheiten ist ein Gradmesser für die Demokratie. Das Kompetenznetzwerk setzt sich für den Abbau von homosexuellen-, bisexuellen-, trans*- und inter*feindlichen Einstellungen auf Basis von Wissensvermittlung und Aufklärung über sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung und Vielfalt ein. Das Kompetenznetzwerk sorgt somit für einen Transfer von Wissen in die Gesellschaft. Ziele sind, das gesellschaftliche Miteinander durch Informationen zu vielfältigen Lebensweisen und Identitäten zu stärken, Multiplikator*innen zu sensibilisieren und weiterzubilden sowie Angebote bundesrelevanter Grundversorgung zu unterbreiten. Das Kompetenznetzwerk bietet eine Anlaufstelle für alle gesellschaftlichen Akteur*innen und Entscheidungsträger*innen, die sich über queere Belange informieren wollen.

<https://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de>

Kontakt der Koordinierungsstelle:

Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD)

Koordinierungsstelle „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“

Jürgen Rausch

Hülchrather Straße 4

50670 Köln

koordinierungsstelle@lsvd.de

Viele Menschen werden aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer geschlechtlichen Identität stigmatisiert und diskriminiert. Dies hat negative Folgen für das Wohlbefinden, aber auch für die physische bzw. somatische Gesundheit. Gesundheitsfachkräfte müssen sensibel für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sein, um ihren Patient*innen bzw. Klient*innen ein professionelles Beziehungsangebot machen zu können.

Diese Publikation möchte dazu beitragen, dass Gesundheitsfachkräfte – von der Geburtshilfe über Krankenpflege und Medizin bis zur Altenpflege – ihre eigene Arbeit queerfreundlicher gestalten. In 17 Beiträgen von Gesundheitsfachkräften, Wissenschaftler*innen, Pädagog*innen und Aktivist*innen werden Grundlagen und Handlungsoptionen aufgezeigt.

edws

edition
waldschlösschen
materialien

ISBN 978-3-937977-18-8

