

Abschlussbericht
zum Projekt

**Herausforderungen und Probleme
in der Gesundheitsversorgung und -förderung
für Frauen, Männer und LSBTI-Menschen
in Hamburg**

gefördert von der Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung
der Freien und Hansestadt Hamburg

Laufdauer des Projekts:

01.04.2017 – 31.01.2018

Leitung:

Dr. phil. Timo O. Nieder, Prof. Dr. phil. Arne Dekker,
Prof. Dr. med. Peer Briken

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

unter Mitarbeit von:

Dr. rer. pol. Ute Lampalzer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Pia Behrendt, B. Sc. Psych., Studentische Hilfskraft
Eva Maria Köster, B. Sc., Praktikantin

Inhalt

1. Hintergrund.....	S. 3
1.1 Zielgruppenübergreifende Bedarfe und Belange	S. 3
1.2 Zielgruppenspezifische Bedarfe und Belange	S. 4
2. Fragestellungen	S. 9
3. Methoden	S. 10
3.1 Expert_inneninterviews	S. 11
3.2 Fokusgruppen	S. 15
4. Ergebnisse	S. 17
4.1 Zielgruppenübergreifende Ergebnisse	S. 18
4.2 Zielgruppenspezifische Ergebnisse	S. 26
5. Diskussion	S. 31
6. Schlussfolgerung	S. 34
7. Literatur	S. 35

1. Hintergrund

Seit den 1990er-Jahren wird die Bedeutung geschlechtsspezifischer Strategien für die Gesundheitsversorgung diskutiert. Während zunächst die geschlechtsspezifische Erforschung und Behandlung von Krankheiten im Vordergrund stand, wurden später auch unterschiedliche Gesundheitsbedarfe von Frauen und Männern thematisiert.¹ So wurde von der WHO 2001 eine Empfehlung entwickelt, lokale Strategien für eine geschlechtsspezifische Gesundheitsvorsorge zu entwickeln und umzusetzen.² Diese sind auch für LSBTI-Menschen³⁻⁴ von Bedeutung. Die verschiedenen Zielgruppen aus dem LSBTI-Spektrum stehen jedoch zudem vor ganz unterschiedlichen Herausforderungen.

1.1 Zielgruppenübergreifende Bedarfe und Belange

Gemein ist LSBTI-Menschen die Erfahrung, dass ihre Körper, Identitäten und/oder Begehrenswesen der Norm heterosexueller Zweigeschlechtlichkeit widersprechen. Neben den direkt negativen Reaktionen im jeweiligen Umfeld (u. a. einzelfallorientierte Ausgrenzung und Stigmatisierung) erschwert das Herausfallen aus der Norm indirekt die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (strukturelle Diskriminierung). So sind – wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen auch – lesbische, schwule und bisexuelle Menschen sowie transgender und intergeschlechtliche Menschen im Rahmen der Gesundheitsversorgung mit den normativen Annahmen von Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit konfrontiert. Aufnahme- oder Anam-

¹ Hochleitner, 2011.

² WHO, 2002.

³ LSBTI steht für „lesbisch“, „schwul“, „bisexuell“, „transgender“ und „inter“. Mit LSBTI-Menschen sind demnach Lesben, Schwule, Bisexuelle sowie transgender und intergeschlechtliche Menschen gemeint. „Transgender“ dient als Oberbegriff für eine Vielfalt an geschlechtlichen (Nicht-)Verortungen, die nicht (vollständig) den körperlichen Geschlechtsmerkmalen entsprechen. Bei Intergeschlechtlichkeit handelt es sich um einen Oberbegriff, der für eine Vielzahl von angeborenen Erscheinungsformen zutrifft, bei denen die verschiedenen geschlechtsdeterminierenden und -differenzierenden Körpermerkmale (chromosomal, gonadal, hormonell, phänotypisch) nicht alle einem bzw. dem gleichen Geschlecht entsprechen. Bei LGBTI handelt es sich lediglich um die englische Ausdrucksform („schwul“ wird durch „gay“ ersetzt).

⁴ Personen aus dem LSB-Spektrum können Cisfrauen bzw. Cismänner oder auch transgender und/oder intergeschlechtlich sein. Unter Cismenschen sind Personen zu verstehen, bei denen Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität zusammenfallen (Sigusch, 1991). Wenn im Folgenden von lesbischen oder bisexuellen Frauen bzw. schwulen oder bisexuellen Männern gesprochen wird, liegt das Augenmerk auf der sexuellen Orientierung, eine ggf. vorhandene Trans- oder Intergeschlechtlichkeit bzw. die Cismännlich- oder -weiblichkeit werden in dem Fall nicht fokussiert. Personen aus dem TI-Spektrum können lesbisch, schwul oder bisexuell sein. Wenn im Folgenden von transgender oder intergeschlechtlichen Menschen gesprochen wird, liegt das Augenmerk auf der Geschlechtlichkeit, die sexuelle Orientierung wird in dem Fall nicht genauer betrachtet. Wenn im Text die Begriffe „Mann“ oder „Frau“ verwendet werden, bleibt unklar, ob es sich um Cispersonen oder transgender oder intergeschlechtliche Menschen handelt, weil dies z. B. aus der zitierten Studie oder dem erwähnten Kontext nicht hervorgeht.

neseformulare sowie zahlreiche gesundheitsbezogene Informationsbroschüren (z. B. „Apotheken-Umschau“, Broschüren von Krankenkassen) orientieren sich z. B. (fast) ausschließlich an zweigeschlechtlichen, heterosexuellen Lebenswelten und führen zu Problemen in der medizinischen sowie psychosozialen und psychotherapeutischen Behandlung.

1.2 Zielgruppenspezifische Bedarfe und Belange

Neben den vielen Gemeinsamkeiten gibt es Bedarfe und Belange, die zwischen den einzelnen Personengruppen des LSBTI-Spektrums sehr unterschiedlich gelagert sind. Wiederum kann es zwischen den Personengruppen auch Überschneidungen geben (z. B. wenn eine intergeschlechtliche Person sich als homosexuell identifiziert, ein transgender Mensch gleichzeitig intergeschlechtlich ist oder eine Transfrau lesbisch ist), doch zur Vereinfachung wird im Folgenden getrennt auf die einzelnen Gruppen eingegangen.

*LSB*⁵

Insgesamt belegen diverse Studien das Ausmaß antihomosexueller Diskriminierung durch Akteure im deutschen Gesundheitssystem.⁶ In der Folge häufen sich soziale Schwierigkeiten, psychische Belastungen und körperliche Probleme. Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass homo- und bisexuelle Menschen ein zum Teil deutlich erhöhtes Risiko für psychische Störungen⁷ und auch für bestimmte somatische Erkrankungen aufweisen.⁸ Dem Minderheiten-Stress-Modell zufolge verursachen dementsprechende Diskriminierungserfahrungen Stress, welcher das Risiko von Gesundheitsproblemen bei der betroffenen Person erhöht.⁹ Zum Beispiel sind Tabak- oder Substanzkonsum unter LSBT-Personen proportional mehr verbreitet als unter heterosexuellen Cismenschen.¹⁰ Einer anderen Studie zufolge leiden mehr LSBT-Personen an Suizidgedanken, selbstverletzendem Verhalten und depressiven Symptomen als heterosexuelle Cismen-

⁵ Siehe Fußnote 4.

⁶ Bezirksamt Neukölln von Berlin & RuT – Rad und Tat e. V., 2008; Dennert, 2005; Wolf, 2010.

⁷ Plöderl, Mahler, Nieder, & Mundle, 2018.

⁸ Im Kontext von individueller und struktureller Diskriminierung sind LSB-Menschen im Vergleich zu heterosexuellen Menschen häufiger suizidgefährdet (Garofalo et al., 1999; Plöderl et al., 2013), konsumieren häufiger Nikotin (Burkhalter, 2015; Lee et al., 2009; Tang, 2004), Alkohol (Hughes, 2005) und andere Drogen (Green & Feinstein, 2012; Mansergh et al., 2001). Lesbische Frauen nutzen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen seltener die professionelle Krebsvorsorge (Dilley et al., 2010; Koh, 2000) und sind häufiger übergewichtig (Struble et al., 2010, Yancey et al., 2003). Schwule Männer stecken sich im Vergleich zu heterosexuellen Männern häufiger mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten an (CDC, 2010; Drewes & Kruspe, 2016).

⁹ Meyer, 2003.

¹⁰ Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer, & Landers, 2008.

schen. Darüber hinaus korreliert die Stärke dieser Symptomatik mit der erlebten Diskriminierungserfahrung.¹¹ Daher hat zum Beispiel der Berufsverband Deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2009 in einer Stellungnahme auf die Folgen der Stigmatisierung homosexueller Menschen in der Gesundheitsversorgung hingewiesen. Auch aus Sicht des Weltärztebundes führen direkte und indirekte Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit nicht-heterosexueller Orientierung häufig zu negativen psychischen und physischen Folgen,¹² welche teilweise alle Gruppierungen betreffen, teilweise jedoch auch spezifisch für die entsprechende Subgruppe sind.

Lesbische Frauen¹³

So sehen lesbische Frauen sich während einer gynäkologischen Untersuchung häufig mit der Entscheidung konfrontiert, wann und ob die eigene sexuelle Orientierung offengelegt werden soll. Obwohl viele von ihnen heteronormative Annahmen wie z. B. die Frage nach der Verhütungsart als frustrierend erleben, fürchten sie gleichzeitig die möglichen Konsequenzen einer Enthüllung ihrer Lebensweise.¹⁴ Zum Beispiel steigt bei einer Offenlegung unter Umständen das Risiko, dass ihnen der Zugang zu reproduktionsmedizinischen Leistungen verwehrt wird.¹⁵ Daher wird die eigene lesbische oder bisexuelle Orientierung nicht nur Gynäkolog_innen,¹⁶ sondern auch Ärzt_innen im Allgemeinen teilweise vorenthalten.¹⁷ Aus Angst vor Diskriminierung wird die Gesundheitsversorgung zum Teil gar nicht erst in Anspruch genommen.¹⁸

Schwule Männer¹⁹

Schwule Männer bzw. Männer, die sexuell aktiv mit Männern sind, sind für 12 Monate nach ihrem letzten Sexualverkehr von der Möglichkeit zur Blutspende ausgeschlossen.²⁰ Studien weisen auch auf eine Benachteiligung schwuler Männer bei der Gesundheitsversorgung hin, da zu einseitig auf die sexuelle Gesundheit geachtet wird, so dass andere gesundheitliche Belange

¹¹ Almedia, Johnson, Corliss, Molnar, & Azrael, 2009.

¹² WMA, 2013.

¹³ Siehe Fußnote 4.

¹⁴ Barbara, Quandt, & Anderson, 2001.

¹⁵ Mamo, 2015.

¹⁶ Wir nutzen in diesem Antrag sowie im Fragebogen den Unterstrich i. S. des Gender-Gaps (z. B. Vertreter_innen statt Vertreterinnen und Vertreter), um neben Männern und Frauen auch Menschen zu adressieren, die sich nicht (ausschließlich) als entweder männlich oder weiblich erleben (vgl. Hermann, 2003).

¹⁷ Hirsch et al., 2016; Barbara, Quandt & Anderson, 2001.

¹⁸ Smalley, Warren & Barefoot, 2015.

¹⁹ Siehe Fußnote 4.

²⁰ LSVD, 2018; RKI, 2018.

wie z. B. Drogengebrauch oder psychische Gesundheit zu wenig Aufmerksamkeit bekommen.²¹

Bisexuelle Menschen²²

Bisexuelle Menschen scheinen in besonderem Maße von Gesundheitsproblemen und Barrieren im Gesundheitssystem betroffen zu sein. Zum Beispiel berichten sie von einem größeren Unwohlsein, ihre sexuelle Orientierung dem_der Hausärzt_in preiszugeben, als homosexuelle Menschen.²³ Tatsächlich sind auch deutlich weniger Bisexuelle als Homosexuelle bei dem_der Ärzt_in geoutet.²⁴ Des Weiteren haben Bisexuelle mehr Schwierigkeiten, Zugang zu medizinischer Versorgung zu bekommen. Laut einer Studie zeigen bisexuelle Menschen mehr gesundheitliches Risikoverhalten, was den Konsum von Drogen angeht, als schwule oder lesbische Personen.²⁵ Auch leiden bisexuelle Menschen gemäß Studien häufiger als heterosexuelle Menschen und häufiger als oder gleich häufig wie lesbische bzw. schwule Menschen an Depressionen und Angststörungen.²⁶

Transgender und intergeschlechtliche Menschen²⁷

Wenn selbstverständlich von Geschlechtskongruenz (das heißt von einer Übereinstimmung des Geschlechterlebens mit den körperlichen Geschlechtsmerkmalen), von einem geschlechtseindeutigen Körper oder von einer eindeutigen Geschlechtsidentität ausgegangen wird, sind transgender und intergeschlechtliche Menschen mit für sie nicht zutreffenden Annahmen konfrontiert. In weiten Teilen der Medizin und Psychotherapie gilt daher für transgender und intergeschlechtliche Menschen ein Störungsdenken. Häufig machen transgender und intergeschlechtliche Menschen Erfahrungen, die im Widerspruch zur Selbstbestimmung stehen.

Transgender Menschen

US-amerikanische Fachgesellschaften²⁸ haben Stellungnahmen zur Entpsychopathologisierung und Antidiskriminierung von transgender Menschen veröffentlicht. Des Weiteren würden in den großen Gesundheitszentren in New York, Boston, Los Angeles, Chicago und San Francisco Schulungsprogramme zum Umgang mit LGBTI-Menschen angeboten.²⁹ Allerdings findet die

²¹ Guasp, 2013.

²² Siehe Fußnote 4.

²³ Smalley, Warren, & Barefoot, 2015.

²⁴ Durso & Meyer, 2013.

²⁵ Smalley, Warren, & Barefoot, 2015.

²⁶ Ross, Salway, Tarasoff, MacKay, Hawkins, & Fehr, 2018.

²⁷ Siehe Fußnote 4.

²⁸ AMA, 2008; APA, 2012; American Psychological Association Task, 2009; WPATH, 2010.

²⁹ Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer, & Landers, 2008.

Gesundheitsversorgung von transgender Menschen von jeher in einem Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung der Behandlungssuchenden und der Angst der Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen vor einer Fehlentscheidung statt.³⁰ In diesem Kontext häufen sich Belege für eine strukturelle Diskriminierung und Destabilisierung im und durch das Gesundheitssystem.³¹ Zum Beispiel ist mangelhaft ausgebildetes Personal das größte Gesundheitshindernis für transgender Personen in den USA, dicht gefolgt von der Angst vor Diskriminierung.³²

Intergeschlechtliche Menschen

In seiner Stellungnahme zur Intergeschlechtlichkeit aus dem Jahr 2012 forderte der Deutsche Ethikrat, dass intergeschlechtliche Menschen vor medizinischen Fehlentwicklungen und Diskriminierung in der Gesellschaft und bei der Gesundheitsversorgung geschützt werden müssen.³³ Ein deutlicher Widerspruch zur Selbstbestimmung sowie ein nicht zu rechtfertigender Eingriff in das Persönlichkeitsrecht und das Recht auf Gleichbehandlung liegt nach Auffassung des Ethikrats vor, wenn Menschen, die sich aufgrund ihrer körperlichen Konstitution weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuordnen können, rechtlich gezwungen werden, sich im Personenstandsregister einer dieser Kategorien zuzuordnen. Laut Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Oktober 2017 muss bis Ende 2018 ein weiterer positiver Geschlechtseintrag zugelassen werden.³⁴ Vor allem in der Vergangenheit, aber auch noch heute wird das Recht zur Selbstbestimmung verletzt, wenn Operationen ohne Einwilligung der Patient_innen stattgefunden haben bzw. noch stattfinden.³⁵

Cisfrauen³⁶

Nicht nur Menschen, die einer sexuellen Minderheit angehören, werden im Gesundheitssystem diskriminiert. Ein Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland noch immer strafbar³⁷ und wird nur unter besonderen Umständen (z. B. innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate)

³⁰ Hamm & Sauer, 2014; Nieder & Richter-Appelt, 2011.

³¹ Hammarberg, 2009.

³² Safer, Coleman, Feldman, Garofalo, Hembree, Radix, & Sevelius, 2016.

³³ Deutscher Ethikrat, 2012.

³⁴ 1 BvR 2019/16.

³⁵ Amnesty International, 2017; FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2015; The Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2015.

³⁶ Siehe Fußnote 4.

³⁷ §218 StGB.

nicht geahndet. Schwangere Personen, die das Kind nicht austragen wollen, müssen sich außerdem vorher einer Zwangsberatung unterziehen.³⁸ Aufgrund des Werbeverbots für Schwangerschaftsabbrüche³⁹, das kontrovers diskutiert wird, ist es zudem schwierig, sich ggf. an der richtigen Stelle Hilfe zu holen. Des Weiteren gibt es Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Laut einer Studie in British Columbia, Kanada geben Frauen einen signifikant größeren, unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarf als Männer an, unabhängig von zahlreichen sozioökonomischen und kontextuellen Faktoren wie z. B. Jahreseinkommen. Nichtsdestotrotz verfügen Frauen gemäß den Ergebnissen über ein signifikant geringeres Jahreseinkommen als Männer, was den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert.⁴⁰

*Cismänner*⁴¹

Bei heterosexuellen Cismännern tun sich aufgrund der mit ihrem Geschlecht verknüpften Rollenerwartungen ebenfalls Barrieren im Gesundheitssystem auf. Einem systematischen Review zufolge sind heterosexuelle Selbstpräsentation, Vermeidung von Weiblichkeit und Eigenständigkeit die verbreitetsten Barrieren, sich einer Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen.⁴² Zum Beispiel werden in der diagnostischen Untersuchung bestimmte Praktiken mit „Schwulsein“ in Verbindung gebracht und daher abgelehnt. Des Weiteren wird das Reden über die eigene Gesundheit bzw. Hilfe-Suchen mit „Schwäche“ oder „Weiblichkeit“ assoziiert.⁴³

Einleitend lässt sich zusammenfassen, dass Cismänner, Cisfrauen sowie LSBTI-Menschen in der Gesundheitsversorgung häufig mit Geschlechterstereotypen sowie heteronormativen Annahmen zur Sexualität und Geschlechtlichkeit konfrontiert sind, was die Qualität der Behandlung entscheidend beeinträchtigen kann. Darüber hinaus zeigen Studien sowie graue Literatur⁴⁴, dass es bezüglich der einzelnen Gruppen spezifische Defizite im Gesundheitssystem gibt, was den Zugang zu bestimmten Versorgungsangeboten angeht, z. B. zur Reproduktionsmedizin. Immer wieder stellt zudem mangelnde Ausbildung des Personals in Bezug auf Gesundheitsthe-

³⁸ §218a StGB.

³⁹ §219a StGB; Deutscher Bundestag, 2018.

⁴⁰ Socías, Koehoorn & Shoveller, 2015.

⁴¹ Siehe Fußnote 4.

⁴² Teo, Ng, Booth & White, 2016.

⁴³ Teo, Ng, Booth & White, 2016; Lynch, Long & Moorhead, 2018.

⁴⁴ Unter diesem Begriff sind Schriften zusammengefasst, die nicht über den Buchhandel betrieben werden bzw. außerhalb von Verlagen erscheinen, z. B. unveröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten, Forschungsberichte, Vorträge, Schriftenreihen (Bortz & Döring, 2006).

men von LSBTI-Menschen – z. B. im Hinblick auf spezifische psychische Folgen von Diskriminierung – ein Problem dar. Die Gleichstellung von Frauen, Männern und LSBTI-Menschen steht daher zu Recht auf der landes- und bundespolitischen Agenda.

2. Fragestellungen

Spezifische Formen der Stigmatisierung und Diskriminierung grenzen auf verschiedenen Wegen die benannten Gruppen aus, im Einzelfall wie strukturell. Die Klärung der Frage nach einer geeigneten Strategie zur Gleichstellung von Frauen, Männern und LSBTI-Menschen – unter anderem die Strategie der Zielgruppendifferenzierung oder der Zielgruppenintegration – sollte daher einen wesentlichen Eckpfeiler gleichstellungspolitischer Bestrebungen darstellen.

Der Aktionsplan des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) für Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt vom Januar 2017 will die Anerkennung, Selbstbestimmung, gerechte Teilhabe und Selbstakzeptanz von trans und inter-geschlechtlichen sowie homo- und bisexuellen Personen in allen Lebensbereichen stärken.⁴⁵ Aber auch die Gleichstellung von Frauen und Männern soll weiter gefördert und mit den Gleichstellungsvorhaben für LSBTI-Menschen harmonisiert werden. Angestrebt werde eine tolerante Gesellschaft, in der alle Menschen frei und selbstbestimmt leben. Auf die Rahmenbedingungen, die die Menschen an der Ausübung ihrer Selbstbestimmung hindern und die durch Gesellschaft und Staat vorgegeben werden, müsse in dem Maße eingewirkt werden, wie es notwendig sei, um die gerechte Teilhabe aller zu erreichen.⁴⁶ Eine moderne Gleichstellungspolitik beziehe Fragestellungen der sexuellen Orientierung und der Variabilität geschlechtlicher Identitäten mit ein.⁴⁷

Das Gesundheitssystem gilt als einer der wichtigsten Impulsgeber der Zukunft.⁴⁸ Aufgrund beschränkter verfügbarer Mittel ist es prädestiniert, zur Klärung der Frage nach einer sinnvollen Gleichstellungsstrategie von Frauen, Männern und LSBTI-Menschen als Referenzgebiet beizutragen. Einerseits stehen die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten sowie die Gewährleistung eines bedarfsgerechten Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Fokus einer modernen Gleichstellungspolitik. Andererseits ist bei der zunehmenden Differenzierungstendenz jedoch unklar, inwieweit die Gesundheitsbedarfe von Frauen, Männern und LSBTI-Menschen

⁴⁵ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung, Stabsstelle Gleichstellung und geschlechtliche Vielfalt, 2017, Rn 29.

⁴⁶ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung, Stabsstelle Gleichstellung und geschlechtliche Vielfalt, 2017, Rn 16.

⁴⁷ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung, Stabsstelle Gleichstellung und geschlechtliche Vielfalt, 2017, Rn 5.

⁴⁸ BMBF, 2012.

differenziert berücksichtigt werden müssen und wo integrative Strategien zur Gleichstellung ebenso zielführend sein können.

Vor dem Hintergrund des Aktionsplans des Senats der FHH für Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt sowie aufgrund ihrer Förderdauer untersucht die vorliegende Studie daher folgende Fragestellungen:

- Welche Herausforderungen und Probleme bestehen in der Gesundheitsförderung für und der Gesundheitsversorgung von Frauen, Männer(n) und LSBTI-Menschen in Hamburg?
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen für die einzelnen Personengruppen?

3. Methoden

Die hier vorgestellte qualitative Studie ist Teil eines Forschungsvorhabens zur Frage „Was ist die Vielfalt? Zur Gleichstellung von Frauen, Männern und LSBTI-Menschen am Beispiel der Gesundheitsversorgung in Hamburg“. Sie wurde vom Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) von April 2017 bis Januar 2018 im Rahmen des Aktionsplans des Senats der FHH für Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt (Maßnahme 61) durchgeführt.

Die qualitative Studie wurde von der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg bewilligt (Antragsnummer 04/2017-PTK-HH). Sie umfasste die Planung und Vorbereitung der Datenerhebung durch die Entwicklung eines Interviewleitfadens auf Basis einer Literaturrecherche von April bis Juni 2017, die Durchführung und Auswertung von sieben Expert_inneninterviews, die Entwicklung eines Diskussionsleitfadens für drei Fokusgruppen von Juli bis September 2017 sowie die Durchführung und Auswertung von Fokusgruppen und das Verfassen eines Abschlussberichts von September 2017 bis Januar 2018. Angestrebt wurde eine Gesamtzahl von sieben Teilnehmenden für die Expert_inneninterview (je eine teilnehmende Person pro Zielgruppe) und insgesamt ca. 20 Teilnehmende an den Fokusgruppen.

Die Zielgruppen der Studie waren folgende: (1) Cisfrauen; (2) Cismänner; (3) lesbische Frauen, d. h. Frauen, die Frauen lieben und/oder begehren; (4) schwule Männer, d. h. Männer, die Männer lieben und/oder begehren; (5) bisexuelle Menschen, d. h. Menschen, die sowohl Frauen als auch Männer lieben und/oder begehren; (6) transgender Menschen, d. h. Menschen, deren geschlechtliches Selbstverständnis nicht (vollständig) ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen entspricht; (7) intergeschlechtliche Menschen, d. h. Menschen, deren Körper nicht der medizinischen Norm von „eindeutig männlich“ oder „eindeutig weiblich“ entsprechen, sondern sich

aufgrund verschiedener Merkmale (chromosomal, gonadal, hormonell, phänotypisch) dazwischen bewegt.

Den Teilnehmer_innen wurde vor Durchführung der Untersuchung eine Studieninformation (siehe Anhang) ausgehändigt, die sie über den Zweck der Erhebung und den Ablauf der Untersuchung sowie die Verarbeitung und Speicherung der erhobenen Daten aufgeklärt hat. Zu Beginn der Datenerhebung haben die Projektmitarbeiter_innen einen persönlichen, unikalen Code (erster Buchstabe des Vornamens der Mutter, erster Buchstabe des Vornamens des Vaters, zweistellige Zahl für den Geburtstag der Mutter) notiert, der bei der Datenspeicherung zur Kennzeichnung der Tonaufnahmen und Transkripte verwendet wurde. Mithilfe der pseudonymisierten Datenerhebung wurde gewährleistet, dass Befragte jederzeit, auch rückwirkend, ohne daraus resultierende Nachteile von ihrer Teilnahme zurücktreten konnten. Es wurden keine personenbezogenen Daten erfasst, sondern ausschließlich apersonale Informationen. Darüber hinaus wurden die Klarnamen der einzelnen Personen und Institutionen nicht transkribiert, sodass kein Rückschluss auf befragte Personen möglich war.

3.1 Expert_inneninterviews

Entwicklung des Interviewleitfadens

Basierend auf einer umfassenden Literaturanalyse und der wissenschaftlichen und klinischen Expertise der Projektmitarbeiter_innen wurde ein Interviewleitfaden für Expert_inneninterviews nach Mayring⁴⁹ entwickelt. Neben dem Einbeziehen des Forschungsstandes⁵⁰ erfolgte die Recherche von grauer und Community-Literatur von Fachgesellschaften, Verbänden (z. B. pro familia, Lesben- und Schwulenverband Hamburg (LSVD-Hamburg), Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP)) und offiziellen Organen (z. B. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)-Referat „Sexuelle Orientierungen und Identitäten in Psychiatrie und Psychotherapie“, Deutsche Aids-Hilfe), Selbsthilfegruppen in Internetforen und -portalen (z. B. www.patientslikeme.com), und Broschüren wie schwarze Bretter hinsichtlich des regionalen Bezugspunktes Hamburg. Hierbei wurde thematisch mit den Personengruppen aus dem LSBTI-Spektrum begonnen, die Recherche zu den Zielgruppen der Cis-männer und Cisfrauen folgte im Anschluss.

⁴⁹ Mayring, 2010.

⁵⁰ Baldwin et al., 2017; Hirschauer, 2013.

Im Anschluss an die Recherche erstellten die Projektmitarbeiter_innen eine Tabelle, in welcher die prominentesten Themen je Personengruppe zusammengefasst wurden. Die einzelnen Kategorien wurden daraufhin in die fünf Themengruppen „Fachwissen Gesundheit“, „Einstellung und Haltung (Werte)“, „Strukturelles“, „Lebenswelten/-realität“, „Annahmen zur Pathologie/Anders bzw. abweichend zu sein“ aufgegliedert. Der Leitfaden umfasste schließlich die Abschnitte:

- (1) Spürbare Benachteiligung in konkreten Behandlungs-/Beratungssituationen
- (2) Beispielfragen: *Wie erleben Sie das Verhalten von Behandelnden bzw. Beratenden Ihnen gegenüber? / Gehen Sie davon aus, dass Ihnen immer die bestmögliche Behandlung bzw. Beratung zukommt? Woran machen Sie dies fest?*
- (3) Mangelndes spezifisches Wissen über die jeweilige Personengruppe
- (4) Beispielfragen: *Haben Sie den Eindruck, dass das Behandlungs- bzw. Beratungspersonal genügend über die spezifischen Gesundheitsbelange von Frauen/Männern/LSBTI-Personen Bescheid weiß? Woran machen Sie dies fest? / Wie sehr haben Sie den Eindruck, dass die Behandelnden bzw. Beratenden ausreichend darüber wissen, wie die Lebenssituation als Frau/Mann/LSBTI-Person ist?*
- (5) Mangelnde Bereitstellung von spezifischen Informationen für die jeweilige Personengruppe
- (6) Beispielfragen: *Wie gut fühlen Sie sich über Gesundheitsangebote informiert, die speziell Sie als Frau/Mann/LSBTI-Person betreffen? / Wie gut fühlen Sie sich über gesundheitsrelevante Themen (z. B. zur Verhinderung von Krankheiten) informiert, die speziell Sie als Frau/Mann/LSBTI-Person betreffen?*

Der Leitfaden enthielt ausschließlich apersonale Fragen, z. B. zur Altersrange der Zielgruppe, zur Tätigkeit als Expert_in und zum Expert_innenstatuts sowie zu allgemeinen Erfahrungen innerhalb der Zielgruppe.

Kontakt zu den Expert_innen

Für die Expert_inneninterviews sollten Schlüsselpersonen der fokussierten Zielgruppen aus dem Hamburger Raum gewonnen werden, die nicht ausschließlich über eigene Erfahrungen sondern zusätzlich über Erfahrungen anderer Menschen der entsprechenden Zielgruppe berichten können, z. B. aufgrund einer Beratungstätigkeit. Als Partner_innen aus der professionellen Praxis kamen somit z. B. professionell Tätige (wie Ärzt_innen, Psychotherapeut_innen und andere fachlich involvierte Berufsgruppen) in Beratungsstellen, Schwerpunktpraxen und Behörden in Frage. Zu diesem Zweck wurde, von der Literaturrecherche ausgehend, eine Liste mit

relevanten Adressen und Kontakten (z. B. Landesfrauenrat Hamburg e. V., Bundesforum Männer, Hein & Fiete, Bisexuelles Netzwerk (BiNe) e. V., Intervention e. V., Trans*Beratung Nord, Intersexuelle Menschen e. V.) erstellt. Entsprechenden Ansprechpartner_innen wurde eine Mailanfrage mit einem anliegenden Informationsschreiben zu dem Ziel der Studie, der Auswertung und möglicher Publikation geschickt. Die Expert_innen wurden in dem Begleitschreiben außerdem über die Wahrung ihrer Anonymität und die Veröffentlichung ausschließlich autorisierter Textpassagen aufgeklärt. Da sich für die Zielgruppe der Cisfrauen und der Cismänner von der Adressliste ausgehend kein_e Expert_in finden ließ, wurden sowohl der Arbeitskreis Frauengesundheit e. V. als auch das Bundesforum Männer in Berlin angeschrieben und nach einem Kontakt in Hamburg gefragt. Die Teilnehmenden stammten vom Arbeitskreis Frauengesundheit, vom Arbeitskreis Männergesundheit, von BiNe e. V., von Charlotte e. V., von Hein & Fiete, von Intersexuelle Menschen e. V. und vom Magnus-Hirschfeld-Zentrum (mhc).

Durchführung der Interviews

Die Interviews fanden entweder in den Räumen des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (bisexuelle Menschen, Cisfrauen) oder auf Wunsch am Arbeitsplatz der Expert_innen (Cismänner, transgender Menschen, schwule Männer und lesbische Frauen) bzw. an deren Wohnsitz (intergeschlechtliche Menschen) statt. Im Vorwege wurde eine durchschnittliche Dauer von 90 Minuten angenommen. Da es sich um halbstrukturierte Interviews handelte, waren sowohl kürzere als auch längere Durchführungszeiten möglich. Hierbei wurde kein Zeitlimit gesetzt. Die Interviews dauerten tatsächlich zwischen 43 Minuten (lesbische Frauen) und 72 Minuten (intergeschlechtliche Menschen).

Aus Gründen der Standardisierung und Objektivität wurden alle Interviews von Ute Lampalzer (UL) geführt und von Pia Behrendt (PB) zur Qualitätssicherung als teilnehmende Beobachterin begleitet. Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgenommen und von UL und PB pseudonymisiert transkribiert.

Auswertung

Das transkribierte Material wurde mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring⁵¹ und unter Verwendung des Softwaretools ATLAS.ti ausgewertet. In der ersten Phase der Datenauswertung wurde das Material durch das Projektteam (UL, PB, TN) gesichtet und nach Relevanz

⁵¹ Mayring, 2010.

in Bezug auf die Fragestellung strukturiert. In der zweiten Phase erfolgte die genaue Auswertung.

Themenzentriert und induktiv wurden Ober- und Unterthemen aus dem vorliegenden Material entwickelt, die das Kategoriensystem bildeten, wobei die Intercoderreliabilität durch wiederholtes Abgleichen der drei Projekt-Mitarbeiter_innen und gemeinsamer Rücküberprüfung des Materials gewährleistet wurde. Nach einem ersten Materialdurchlauf ergaben sich die 16 Kategorien „Wissen Personal“, „Wissen Klient“, „Kinder(-wunsch)“, „Community“, „Psyche-Soma (Netzwerk)“, „Lebensrealitäten“, „Sex“, „Ökonomie“, „Außendarstellung“, „(offene) Ansprache“, „STI“, „Verfügbarkeit“, „Sensibilisierung (Haltung)“, „Prävention“, „Ausbildung“ und „Aufträge/Best-Practice“.

Mit einem weiteren Materialdurchlauf wurden Differenzen und Probleme der Einordnung diskutiert und unter insgesamt 17 Oberkategorien subsumiert, die z. T. durch Unterkategorien ergänzt wurden (siehe Abb. 1).

Oberkategorien	Unterkategorien
1 Aufträge – Personen 2 Aufträge – Strukturen 3 Ausbildung (inkl. Fort-, Weiterbildung) 4 Außendarstellung 5 Behandlung 6 Diagnostik 7 Diskriminierung	
8 Lebenswelten/-situationen/-realitäten	→ 8.1 Akzeptanz → 8.2 Coming-out → 8.3 Diversität von Lebensformen → 8.4 Lebensphasen → 8.5 Sex → 8.6 Szene/Community“
9 Netzwerke	→ 9.1 Adresslisten → 9.2 Verzahnung → 9.3 Weiterverweisen
10 Offenheit in der Ansprache/ Gesprächsbereitschaft 11 Ökonomie 12 Prävention 13 Sensibilisierung (Haltung) 14 Sexuell übertragbare Infektionen 15 (Un-)Sichtbarkeit 16 Verfügbarkeit (mangelnde) 17 Vorurteile	

Abb. 1. Kategoriensystem

3.2 Fokusgruppen

Diskussionsleitfaden

Die Erstellung des Diskussionsleitfadens für die Fokusgruppen erfolgte auf Basis der qualitativ analysierten Expert_inneninterviews und deckte die drei Oberthemen „Ansprache“, „Offenheit“ und „Community“ ab, welche sich wiederum jeweils in drei Themenblöcke untergliedern ließen.

1. Ansprache – zentrale Frage: Wie sollten die einzelnen Personengruppen angesprochen werden, damit sie bei Bedarf das Gesundheitssystem nutzen? (Themen: eine adäquate Sprache finden; geeignete Anlaufstellen signalisieren)
2. Offenheit – zentrale Frage: Mit welcher Einstellung bzw. Haltung sollten Behandelnde und Beratende ihren Klient_innen aus den einzelnen Personengruppen gegenüber treten? (Themen: Einstellungen und Haltungen im Gespräch; Themen, die eine bestimmte Einstellung / Haltung erfordern, Merkmale guter Gesprächsführung)
3. Community – zentrale Frage: Inwiefern beeinflusst die Community die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung? (Themen: Identifikation/ Identität; relevante Vernetzung innerhalb der Community; Einfluss der Community auf das Denken über Gesundheit; Zugehörigkeit von Behandelnden und Beratenden zur eigenen Gruppe/ Community)

Zusammenstellung der Fokusgruppen

Ausgehend von den Themen des Diskussionsleitfadens erfolgte die Zuteilung der Personengruppen auf folgende 3 Fokusgruppen:

1. Ansprache: 5 Personen (geplante Teilnehmende: F, M, L, S, B)
2. Community: 7 Personen (geplante Teilnehmende: F, M, L, S, B, T, I)
3. Offenheit: 7 Personen (geplante Teilnehmende: F, M, L, S, B, T, I)

Für die Fokusgruppen wurden sowohl Vertreter_innen der genannten Zielgruppen als auch Partner_innen aus der professionellen Praxis (u. a. Beratungsstellen, Schwerpunktpraxen, Versorgungszentren, behördliche Ansprechpartner_innen) kontaktiert. Der Kontakt möglicher Diskussionsteilnehmer_innen erfolgte ähnlich dem Vorgehen für die Expert_inneninterviews über o. g. institutionalisierten Weg. Zu diesem Zweck wurden zunächst die Expert_innen der Interviews gebeten, den Kontakt entweder zu direkten Ansprechpartner_innen herzustellen oder die Anfrage per E-Mail-Verteiler weiterzuleiten. Außerdem folgte der Kontakt über Institutionen wie die Stiftung Männergesundheit, das Queer Referat der Universität Hamburg, das Dezernat

Geschlechtergesundheit und FINE (Frauenpsychosomatik im Netzwerk). Einen weiteren Schritt zur Rekrutierung bisexueller Menschen stellte der Besuch eines Stammtischs dar, wodurch zwei Personen gewonnen werden konnten. Zuletzt wurde eine Anzeige auf einer Plattform im Internet aufgegeben. Hieraufhin konnten eine Cisfrau, ein heterosexueller Cismann und ein schwuler Mann gefunden werden, wobei der heterosexuelle Cismann ohne Angabe von Gründen nicht erschienen ist und nicht an der Fokusgruppe teilnahm. Für keine der Fokusgruppen konnte ein Vertreter für die Personengruppe der heterosexuellen Cismänner gewonnen werden.

Somit ergaben sich folgende Personenkonstellationen, wobei die Selbstdefinitionen zeigen, dass die Personengruppen nicht so trennscharf sind, wie es die Planung vorgesehen hatte (z. B. erschienen ein schwuler Transmann und eine questioning⁵² Cisfrau):

1. Ansprache: 3 Teilnehmende (L, S, B)
gemäß Selbstdefinition: Queer-lesbische Cisfrau (30 J.), schwuler Cismann (63 J.), hetero-bisexueller Inter*-Mann (47 J.)
2. Community: 4 Teilnehmende (F, L, I, B)
gemäß Selbstdefinition: Questioning Cisfrau (44 J.), lesbische Frau (43 J.), schwuler Transmann (33 J.), hetero-pansexueller Cis-Inter-Mensch (48 J.)
3. Offenheit: 6 Teilnehmende (F, L, S, B, T, I)
gemäß Selbstdefinition: Heterosexuelle Cisfrau (49 J.), lesbische Frau (52 J.), schwuler Mann (34 J.), bisexuelle Frau (44 J.), schwuler Transmann (30 J.), intersexueller Mensch (54 J.)

Durchführung

Die Fokusgruppen wurden in den Räumlichkeiten des Instituts durchgeführt. TN und UL moderierten die Gruppen, wobei jeweils eine_r für die Hauptmoderation und eine_r für die Co-Moderation und organisatorische Arbeiten wie die Audioaufzeichnung zuständig war. Standardisiert wurden die an die Gruppe gerichteten zentralen Fragen jeweils auf einem Flipchart präsentiert. Pia Behrendt protokollierte als teilnehmende Beobachterin die Ergebnisse. Ursprünglich wurde für die Fokusgruppen eine Dauer von 90 Minuten geplant. Als Zeitlimit wurden 120 Minuten gesetzt. Tatsächlich wurde zwischen 93 und 105 Minuten diskutiert.

Auswertung

⁵² Dies bedeutet, dass die eigene sexuelle Orientierung (noch) als unsicher angesehen wird.

Die Auswertung erfolgte in gleicher Weise wie die Auswertung der Expert_inneninterviews. Es wurde jedoch kein neues Kategoriensystem gebildet, sondern es wurde auf das bereits vorhandene Kategoriensystem von der Auswertung der Expert_inneninterviews zurückgegriffen, welches damit gleichzeitig noch einmal auf seine Eignung hin überprüft und validiert wurde.

4. Ergebnisse

Wie bereits die unter 1. dargestellten Ergebnisse aus Forschungs- und grauer Literatur verdeutlicht haben, gibt es neben Bedarfen und Belangen, die zwischen Männern und Frauen sowie LSBTI-Menschen weitgehend ähnlich sind, auch solche, die sich zwischen den Gruppen unterscheiden. Dies zeigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie.⁵³ Daher werden im Folgenden zunächst die zielgruppenübergreifenden und dann die zielgruppenspezifischen Ergebnisse vorgestellt.

4.1 Zielgruppenübergreifende Ergebnisse

Zielgruppenübergreifende Bedarfe betreffen vor allem das Anliegen nach einer offenen Ansprache, nach einer Sensibilisierung des Behandlungs- und Beratungspersonals und nach einem wertschätzenden Umgang. Zudem zeigte sich der Bedarf nach in der Außendarstellung sichtbaren Signalen für Offenheit und Kompetenz im Bereich Männer-, Frauen- und LSBTI-Gesundheit, nach einem Wissen über die Lebenswelten der einzelnen Personengruppen, nach genügend verfügbaren Versorgungsangeboten insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit, nach ausreichender Ausbildung sowie nach gut funktionierenden Netzwerken im Versorgungssystem. Die einzelnen Bereiche werden im Folgenden separat dargestellt.

Offene Ansprache

⁵³ Bei der Ergebnisdarstellung werden wiederholt wörtliche Zitate aus den Expert_inneninterview und aus den Fokusgruppen angeführt. Diejenigen, von denen die Zitate stammen, werden dabei folgendermaßen abgekürzt: EF (Expertin für Cisfrauen), EM (Experte für Cismänner), EL (Expertin für lesbische Frauen), ES (Experte für schwule Männer), EB (Experte für bisexuelle Menschen), ET (Expert_in für transgender Menschen), EI (Expert_in für intergeschlechtliche Menschen), F1L (Queer-lesbische Cisfrau aus Fokusgruppe 1), F1S (schwuler Cismann aus Fokusgruppe 1), F1B (hetero-bisexueller Inter*-Mann aus Fokusgruppe 1), F2F (Questioning Cisfrau aus Fokusgruppe 2), F2L (lesbische Frau aus Fokusgruppe 2), F2T (schwuler Transmann aus Fokusgruppe 2), F2I (hetero-pansexueller Cis-Inter-Mensch aus Fokusgruppe 2), F3F (heterosexuelle Cisfrau aus Fokusgruppe 3), F3L (lesbische Frau aus Fokusgruppe 3), F3S (schwuler Mann aus Fokusgruppe 3), F3B (bisexuelle Frau aus Fokusgruppe 3), F3T (schwuler Transmann aus Fokusgruppe 3), F3I (intersexueller Mensch aus Fokusgruppe 3).

In allen Expert_inneninterviews kam das Bedürfnis nach einer offenen Ansprache ohne Vorannahmen – bezüglich des Geschlechtsempfindens oder der sexuellen Orientierung, aber z. B. auch des sexuellen Verhaltens – zum Ausdruck. Alle Interviewten äußerten zudem, dass diese Offenheit möglichst auch in der Außendarstellung sichtbar werden sollte, d. h. auf der Webseite und/oder durch Flyer oder Regenbogenaufkleber im Wartezimmer.

„Deshalb empfehlen wir den Ärzten dann, Zeichen zu setzen – also sei es, dass der Regenbogenaufkleber da irgendwo ist“, oder ‘ne Zeitschrift, wo es um uns geht‘ (ES).

EF zeigte zudem auf, dass in Broschüren ein geeigneter Sprachstil zu wählen ist.

„Nicht irgendwie so belehrend“ (EF).

Im Hinblick auf Gesprächsführung kam zur Sprache, dass eine Atmosphäre geschaffen werden sollte, in der es möglich ist, über schwierige, schambesetzte Themen zu sprechen.

„Auch die Erlaubnis, die aktive Erlaubnis zu geben, über Themen zu sprechen, bei denen die Scham vielleicht zu groß ist“ (ET).

„Auch einen Raum zu öffnen, zu sagen, dass man da auch über so was sprechen kann, dass man zum Beispiel immer nach Gewalterfahrungen fragt“ (EF).

Als konkretes Beispiel für das Öffnen eines solchen Raumes nannte ES:

„‘Haben Sie Drogen genommen?’ Dann wird keiner was sagen. Wenn Sie aber fragen: ‘Welche Drogen haben Sie genommen?’ Dann ist das ‘ne Einladung, darüber zu reden.’“

F3B wiederum wünschte sich als Standardfrage:

„Möchten Sie sagen, wie Sie leben?“ (F3B)

F3B sagte auch, dass es für Menschen, die sich keine feste Selbstdefinition wie z. B. „schwul“ oder „lesbisch“ oder „bi“ geben möchten, einfacher ist, in Verben als in Nomen zu beschreiben, mit wem sie Sex haben.

„In einer gynäkologischen Praxis ist die Frage erst mal viel relevanter, ‘Mit wem treiben Sie’s als’, ‘Wie definieren Sie sich?’“ (F3B)

Zudem sollte das Personal auch offen ansprechen, wenn es an Wissen fehlt:

„Also, die Ehrlichkeit, die würde ich mir stark wünschen“ (F1B).

Ärzt_innen sollten zudem individuell auf ihre Patient_innen eingehen, insbesondere was deren Gesprächsbedarf in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Aspekte angeht. Während im einen Fall ein Nachfragen als „übergriffig“ gewertet wird – z. B. bei einem Dermatologen zum Wohlbefinden bei der Transition im Zusammenhang mit Transgender (F2T) –, ist es im anderen Fall dringend notwendig:

„Die wenigste Gynäkologen fragen überhaupt nach Sexualität. Und da können (...) Kinderwunschaare durchgehen über Jahre, und die werden nicht einmal gefragt, wie häufig sie eigentlich Geschlechtsverkehr haben. Und die Ärzte kriegen gar nicht mit, dass die keinen haben“ (F3F).

Sensibilisierung (Haltung)

In allen Expert_inneninterviews zeigte sich, dass in der Gesundheitsversorgung eine stärkere Sensibilisierung für die Existenz der verschiedenen Geschlechter und sexuellen Orientierungen nötig ist.

„Ganz oft fehlt dieses Bewusstsein, dass es uns gibt“ (EI).

„Davon ausgehen, dass ‘ne Frau, die ihnen gegenüber steht, nicht unbedingt heterosexuell ist und insofern eben mit diesem offenen Blick Fragen stellen – das ist, glaube ich, dass Allerwichtigste“ (EL).

Auch wurde gefordert, dass die eigene Haltung sowie mögliche Vorurteile ausreichend reflektiert werden.

„Ich glaube, der zentrale Punkt ist, dass man sich als Beraterin oder Therapeut oder so seine eigene Haltung zum Thema Bisexualität bewusst machen sollte“ (EB).

ET nannte es eine „sehr weit gefasste annehmende Haltung“, die gegeben sein sollte. Des Weiteren wurde auf die Bedeutung einer achtsamen Wortwahl hingewiesen. So sagte EM zum Beispiel, dass gegenüber Männern nicht von „Opfern“ gesprochen werden sollte, da Männer sich damit nicht identifizieren wollen. Geeigneter sei es, von Männern zu sprechen, die „Gewaltwiderfahrnisse“ erlebt hätten. Ähnlich äußerte sich ES. Es sei ungünstig, den Begriff „Risiko-Gruppe“ zu verwenden. Vielmehr sei es vorzuziehen, im Gespräch z. B. zu sagen: „Sie sind jemand, der besondere Risiken hat“ (ES).

(Un-)Sichtbarkeit, Vorurteile, Diskriminierung

Einige Aussagen der Expert_innen zeigen, dass die psychosozialen Bedingungen, unter denen wir leben, wiederholt dafür sorgen, dass bestimmte Menschen bzw. Aspekte von Menschen oft nicht bedacht bzw. nicht gesehen werden.

„Wir werden letzten Endes weiterhin tot geschwiegen“ (F3).

„Ich bin ja nicht als schwuler Mann wahrgenommen worden“ (F1S).

Zu nennen sind hier z. B. Depressionen bei Männern, die Möglichkeit der Jungfräulichkeit auch bei einer Frau der vierten Lebensdekade (z. B. weil sie sexuell auf Frauen orientiert ist), die

Möglichkeit, dass der_die Ehepartner_in gleichgeschlechtlich ist, und Intergeschlechtlichkeit im Allgemeinen.

Eng verbunden mit dem Thema der (Un-)Sichtbarkeit sind Vorurteile, die ebenfalls in den Interviews zur Sprache kamen. Weiderholt gebe es die Sicht, dass Cismänner keine Probleme hätten und keine Opfer sein dürften, dass Bisexualität eine Übergangsphase sei, dass Schönheit an Normen geknüpft sei oder dass Transmänner keine Kinder wollen würden.

„Es fehlt an positiven Vorbildern, dass es in Ordnung ist, ein Mann zu sein und trotzdem eine Beschädigung erhalten zu haben“ (EM).

„Oder so eine Projektion der eigenen Transnormen oder auch Gendernormen auf die Transperson“ (ET).

„Und sie wollen doch sicherlich kein Kind?“ – diese Frage an einen Transmann“ (ET).

Die Folge von Vorurteilen kann Diskriminierung sein. Diese kam in den Expert_inneninterviews in verschiedener Hinsicht als Thema auf. EL zeigte auf, wie schwierig es ist, als lesbisches Paar einen Kinderwunsch zu verwirklichen. Hier gebe es viele Hindernisse zu überwinden. Die Verwirklichung sei vor allem den überdurchschnittlich Hartnäckigen, Gebildeten und finanziell Bessergestellten vorbehalten. ET wies daraufhin, dass transgender Personen mit Kinderwunsch z. T. auf „*schroffe Reaktionen*“ stoßen. EI brachte das Beispiel, dass einem Paar nach Kinderwunschbehandlung bei Schwangerschaft mit einem intergeschlechtlichen Kind die Möglichkeit der Abtreibung aufgezeigt worden ist. Zudem machte EI anhand von Beispielen deutlich, dass intergeschlechtliche Menschen häufig aufgrund von Unwissenheit des Personals, aber auch aufgrund struktureller Gegebenheiten Diskriminierung erfahren.

„Bei allen gonadektomierten XY-Frauen, die bekommen alle keine Vorsorge – auch nicht in Hamburg – für eine Prostatauntersuchung“ (EI).

EL und ES wiesen zudem auf das Problem der internalisierten Homonegativität⁵⁴ hin.

„Internalisierte Homophobie – das ist ja auch so 'n wichtiges Thema, das man auf dem Zettel haben muss“ (EL).

Schließlich wurde die unangenehme Erfahrung beim Ausfüllen eines Fragebogens genannt, der auf heteronormativen Annahmen basiert:

„Und je länger ich das gelesen habe, hab' ich gesagt, ich versteh' das alles gar nicht. Das ist alles heterosexuell formuliert“ (F1S).

⁵⁴ Hiermit ist eine antihomosexuelle Einstellung gemeint. Z. T. wird auch der Begriff „Homophobie“ verwendet, der jedoch aufgrund seiner Konnotation mit Angst oft als weniger treffend kritisiert wird.

Außendarstellung

Des Öfteren kamen in den Interviews Beispiele für eine positive Außendarstellung zur Sprache, die zielgruppenübergreifend relevant sind. So wurde zum Beispiel für eine Website die Formulierung vorgeschlagen:

„Wir sind offen für unterschiedliche Zielgruppen“ – und diese Zielgruppen auch benennen“ (EL).

Auch die Auslagen in Wartezimmern seien bedeutsam und könnten durch die gesendeten Signale für das Gefühl sorgen, angenommen zu sein, z. B. durch Regenbogenaufkleber, Transbroschüren, Inter-Broschüren, Broschüren zu Gewalterfahrungen oder auch differenziertes Informationsmaterial, das sich z. B. an Flüchtlinge wendet. Allerdings sollte das, was die Außendarstellung verspricht, auch tatsächlich in der Beratungs- und Behandlungspraxis umgesetzt werden.

„Das müsste auf jeden Fall mit Inhalt gefüllt sein“ (F3L).

Insbesondere in den Fokusgruppen wurde der Wunsch geäußert, dass Praxen mit einem bestimmten Symbol, z. B. auf einem Aufkleber, signalisieren können, dass sie für bestimmte Patient_innengruppen aus dem LSBTI-Spektrum geschult sind oder zumindest über Basiswissen verfügen und eine offen sind.

„Die Aufkleber⁵⁵ find’ ich total toll. Finde ich richtig schick“ (F3L)

„Also, mir würde schon so’n „Bi friendly“ Vertrauen geben“ (F3B).

Lebenswelten/-situationen/-realitäten

In vielerlei Hinsicht wurde in den Expert_inneninterviews deutlich, dass es Beratenden bzw. Behandelnden im Gesundheitssystem an Kenntnissen über die Lebenswelten insbesondere von Personen aus dem LSBTI-Spektrum mangelt. Viele Themen werden daher nicht so besprochen, dass eine bestmögliche Behandlung erfolgen kann.

Als ein Teilaspekt der Lebensrealität wurde wiederholt Bezug auf sexuelles Verhalten genommen. Beispielsweise sei häufig nicht ausreichend bekannt, dass eine Identität als Lesbe Sex mit Männern nicht ausschließt (EL), dass unter schwulen Männern ein Trend zum Chemsex⁵⁶ besteht (ES), dass Bisexualität keinesfalls zwangsläufig mit Promiskuität einhergeht (EB), dass auch intergeschlechtliche Menschen ein Sexualeben haben (EI) und dass es insgesamt ein breites Spektrum an sexuellem Verhalten gibt (EF).

⁵⁵ Hier bezieht sich F3L auf die Idee, durch einen Aufkleber (z. B. am Praxisschild) auf eine Weiterbildung in Bezug auf die Belange von LSBTI-Personen hinzuweisen.

⁵⁶ Unter Chemsex wird Sex unter dem Einfluss von synthetischen Drogen verstanden.

Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass die Bedeutung des Coming-out häufig unterschätzt wird und auch hierüber wenige Kenntnisse bestehen.

„Wir reden ja auch nicht nur von einem Coming-Out als, als ein Moment von ‘nem Jahr, sondern ja eigentlich ‘n lebenslanges. Und, und deswegen brauchen wir da Spezialisierung im Gesundheitssystem“ (ES).

ES wies darauf hin, dass das Coming-out in der Regel sehr individuell verläuft und sich zum Teil auch noch ein Fetisch-Coming-out anschließt. Zudem bringe das Coming-out die schwierige Frage mit, wem die Betroffenen sich anvertrauen wollen und wem nicht:

„Das Erste ist das ‚wo stehe ich selber?‘ Und das Zweite ist: ‚Wo stelle ich mich mit den anderen hin so damit?‘“ (EB)

In den Fokusgruppen wurde zudem diskutiert, wie und wann ein Coming-out gegenüber Beratern und Behandelnden erfolgt, wie es z. B. im folgenden Zitat zum Ausdruck kommt:

„Also, ich mach’s halt, wenn’s meiner Meinung nach medizinisch notwendig ist“ (F2T).

Die Lebensrealität der Menschen sei in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich, z. B. im Hinblick auf einen monogamen oder nicht-monogamen Lebensstil (ES), die Bedeutung, die die Szene bzw. Community im Leben hat (ES), die Art (z. B. große oder weniger große Bedeutung der Sexualität im Leben) und/oder Orientierung (im Falle der Bisexualität auf Männer oder auf Frauen) des Begehrens (EB) sowie Alterungsvorgänge (EF).

Auch wurde deutlich, dass es im Beratungs- und Behandlungskontext wiederholt wichtig ist, dass den Klient_innen ein Bewusstsein sowie Offenheit und Akzeptanz für ein breites Spektrum an Lebensformen entgegengebracht wird, insbesondere in der Ausgestaltung von Beziehungen, wie sie nicht nur, aber überzufällig häufig von LSB-Menschen gelebt werden (z. B. Dreiecksbeziehungen, Polyamorie⁵⁷ und andere Partnerschaftsmodelle). ES wies darauf hin, dass alternative Lebensformen in Bezug auf Beziehung und Sexualität auch einer „besondere Begleitung“ bedürfen. Zudem müssten in gleichgeschlechtlichen Beziehungen Identität und Rollenbilder anders und verstärkt reflektiert und ausgehandelt werden müssen, weil sie nicht den heterosexuellen Stereotypen der Mehrheitsgesellschaft nicht entsprechen (ES).⁵⁸

⁵⁷ Polyamorie ist ein Oberbegriff für Beziehungsformen, bei denen die Beteiligten mehr als eine Person gleichzeitig lieben.

⁵⁸ Siehe hierzu auch Hark, 2009.

Nicht zuletzt wurde die Bedeutung der Szene bzw. Community angesprochen. Der Bezug zur Szene sei ein durchaus prägender Faktor, auch in Bezug auf die eigene Identität und Identifikation.

„Gibt viele, die sagen: ‚Ich bin schwul und geh‘ nicht in die Szene, [...] weil die is‘ mir zu laut, zu partymäßig. [...] Es gibt da ‘ne Milieuunterscheidung [...], und da ist es ganz wichtig, [...] die ersten Kontakte in die schwule Szene [...], weil das nachhaltig meine neue Identität beeinflusst“ (ES).

EB zeigte wiederum die Bedeutung des Fehlens einer Szene im Fall von Bisexualität auf:

„Dieses Nicht-Zugehörigkeitsgefühl ist ‘n sehr starkes. [...] andere haben eher In-groups, und das gibt es leider nicht. Und [...] das ist ‘ne echte Schwierigkeit, die [...], glaube ich, nach außen hin nicht so bekannt ist“ (EB).

Verfügbarkeit an Gesundheitsangeboten und Aufträge an die Gesundheitsversorgung

Bezüglich der Verfügbarkeit an Gesundheitsangeboten wurden – neben speziellen Themen der einzelnen Gruppen – auch verschiedene Aspekte der Versorgung benannt, die für alle relevant erscheinen: zu wenig niederschwellige Angebote (ET) und – vor allem im psychotherapeutischen Bereich – zu hohe Wartezeiten (ET) sowie ein genereller Mangel an psychosozialer Versorgung (ES, EB).

Neben geäußerten Mängeln wurden zum Teil auch konkrete Aufträge an die Gesundheitsversorgung formuliert. Hinsichtlich der vorhandenen Strukturen wurde gesagt, dass *„Sozialisation, Geschlechtsidentifikation“* (EM) als bedeutende Themen im medizinischen und psycho-sozialen Bereich gelehrt werden sollten, dass Schulungen zu den Themen von sexueller Orientierung und Geschlecht stattfinden sollten, wie es sie im Bereich der Polizei bereits gibt (EM), und dass alle Angebote evaluiert und im Rahmen eines Qualitätsmanagements geprüft werden sollten (EI). Bezüglich des Personals in der Gesundheitsversorgung wäre es *„sinnvoll und wichtig“*, im Hinblick auf *„geschlechtsspezifische Unterschiede [...] ‘n Hintergrund zu haben“* (EM). Darüber hinaus wurde auf die Notwendigkeit von Fachwissen zu geschlechterspezifischen Krankheitsbildern, z. B. bei Brustkrebs und Herzinfarkt (EM, EF), sowie speziell von Frauenärzt_innen zum Thema Kinderwunsch hingewiesen. Zudem sei es wichtig, dass die Beratenden bzw. Behandelnden den Unterschied zwischen sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität (ET) kennen und mehr Wissen zu Variationen des Sexuallebens (EF) mitbringen. Auch müsste es spezifische Ansprechpersonen für LSBTI-Belange – zumindest in größeren Einrichtungen – geben, und es bestehe Bedarf nach einer Pflege im Alter, die sich mit LSBTI-Belangen auskennt.

Schließlich sei die Abrechnungsfähigkeit von bestimmten Leistungen wichtig:

„[...] das Gespräch [müsste] halt mehr in Rechnung getragen [werden]“ (F1B).

Ausbildung (inkl. Fort-, Weiterbildung)

Übergreifend für alle Minderheiten wurde von ES angemerkt, dass das Minderheiten-Stress-Modell⁵⁹ allen Ärzt_innen und Psycholog_innen bekannt sein sollte. Im Bereich der Lesbengesundheit sollten Risikofaktoren wie ein problematischer Drogengebrauch und eine höhere Suizidrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Fortbildungen thematisiert werden. Der gleiche Anspruch sollte auch auf schwule und bisexuelle Menschen übertragen werden (siehe Abschnitt 1). Von ES wurde außerdem ein Fortbildungsbedarf von Ärzt_innen im Hinblick auf die Lebensweisen ihrer Klient_innen genannt, was stellvertretend auch für die anderen Gruppen aus dem LSBTI-Spektrum gesehen werden kann.

„Ich glaube, da brauchen die Ärzte -. Da gibt's einen großen Fortbildungsbedarf“ (ES).

ES forderte, dass es Teil der Arztausbildung sein sollte, sich mit Aspekten der Wortwahl zu beschäftigen. Als Beispiel nannte er, dass man zu jemandem lieber nicht sagt, dass er zu einer Risikogruppe gehört, sondern besser eine der folgenden Formulierungen wählt.

„‘Sie setzen sich einem besonderen Risiko aus. Oder: ‚Sie sind jemand, der besondere Risiken hat.‘ Das ist was anderes, weil das nicht die Identität anspricht“ (ES).

Auch wurde die Idee geäußert, „*vielfältige Gesundheit*“ (F2L) als Spezialisierung anzubieten und Fachleute entsprechend zu schulen.

Vor allem in den Fokusgruppen wurde der Bedarf geäußert, dass das Personal im Gesundheitssystem mehr Schulungen im Bereich Kommunikation bekommt.

„*Konflikttraining*“ (F1B).

„*Wie spreche ich Menschen an?*“ (F1B).

„*Aktives Zuhören*“ (F2I).

Netzwerke

Die Interviews markierten wiederholt die Bedeutung von Netzwerken in der bzw. für die Gesundheitsversorgung, zum einen hinsichtlich einer Vernetzung von medizinisch psychosozialer

⁵⁹ Das Minderheiten-Stress-Modell (engl. Minority Stress Model) zeigt Stressoren (z. B. Diskriminierung, internalisierte Homonegativität), aber auch protektive Faktoren (z. B. Community) auf, denen Minderheiten ausgesetzt sind – wobei die Stressoren wiederum das Risiko für körperliche und/oder psychische Probleme erhöhen (Meyer, 2003).

Versorgung, aber auch bezüglich des konkreten Weiterverweisens zu informierten Kolleg_innen und einer praktischen Hilfe in Form von Adresslisten.

Eine medizinisch-psychosoziale Vernetzung wurde sowohl in Form von Strukturen zwischen Ärzt_innen und Psycholog_innen gefordert als auch z. B. in Form einer besseren Verknüpfung von Selbsthilfe und Gesundheitssystem.

„Bei manchen Problemen, Störungen, Erkrankungen – [...] dass man das nicht nur medizinisch abhandelt“ (EF).

„[...] und das wär‘ dann das Optimum der Verzahnung: Selbsthilfe, behandelnder Arzt und Psychologie, also auch den Psychotherapeut“ (ES).

Eine gute Verweisstruktur mit möglichst konkreten Empfehlungen wurde als große Hilfe für Klient_innen beschrieben.

„Also, je konkreter das ist, desto besser funktioniert das dann auch. [...] Und das ist immer, dass die [die Klient_innen] total dankbar sind. Das finden die super“ (EF).

Auch wurde die Bedeutung der Verweisstrukturen für die medizinische Behandlungsqualität hervorgehoben:

„Deswegen schicken wir dann -, wissen, welcher Arzt sich damit auskennt. Das ist ganz wichtig“ (ES).

Zudem wurde wiederholt der praktische Nutzen von Adresslisten hervorgehoben.

„So die häufigste Mail-Anfrage war: Könnt ihr uns Adressen [...] sagen?“ (EL).

„Es müsste eine Positivliste geben in jeder Stadt“ (EI).

Insgesamt werden viele Informationen über die Gesundheitsversorgung intern in den jeweiligen Communitys weitergegeben:

„Es spricht sich ‘rum, ja, welcher Arzt, (...) welche okay sind“ (FII).

4.2 Zielgruppenspezifische Ergebnisse

Im Hinblick auf Ansprache, Prävention, Diagnostik, Behandlung und in Bezug auf bestimmte fehlende Angebote zeigte sich, dass die einzelnen Zielgruppen neben den skizzierten Gemeinsamkeiten auch spezifische Bedarfe haben, die es zu bedenken gilt. Daher werden im Folgenden die Ergebnisse dargestellt, die spezifisch für einzelne Zielgruppen gelten.

Cisfrauen⁶⁰

⁶⁰ Siehe Fußnote 4.

Als spezifisches Thema bei Cisfrauen wurde die Tatsache benannt, dass sich Symptome eines Herzinfarktes bei Frauen anders äußern als bei Männern. Es sei ein Problem, dass es bestimmte „Frauenerkrankung[en]“ gebe, d. h. Erkrankungen, die bei Frauen wohl häufiger diagnostiziert werden als bei Männern, z. B. ein Reizdarmsyndrom oder eine Fibromyalgie. Zudem sei Vorsicht angebracht, wenn bestimmte Beschwerden auf die Wechseljahre bezogen werden. Hier müsse differenziert werden. Nicht zuletzt wies EF darauf hin, dass bei der Beratung und Behandlung von Frauen⁶¹ zu bedenken ist, mögliche Gewalterfahrungen und deren potenzielle Folgen nicht außer Acht zu lassen. Beispielsweise berichtete eine Frau die unangenehme Erfahrung, dass bei einer Untersuchung durch einen männlichen Arzt die Brüste auffällig lange abgetastet wurden (E2F).

Als Herausforderung für die bestehende Gesundheitsversorgung wurde der Bedarf nach einer differenzierten Verhütungsberatung angeführt, als Mangel die fehlenden Kapazitäten für Frauenkrisen nach der Geburt.

„Schlimm ist es wirklich mit Frauenkrisen nach der Geburt. Die irgendwie mit oder ohne ihr Kind irgendwie irgendwo unterzubringen zum Beispiel“ (EF).

Cismänner⁶²

Ein zentrales Thema bei heterosexuellen Cismännern ist offensichtlich das Finden einer geeigneten Ansprache. Cismänner zu erreichen scheint eine große Herausforderung zu sein, was sich auch daran zeigt, dass es äußerst schwierig war, Cismänner als Teilnehmende für die vorliegende Studie zu finden. EM äußerte, dass es wichtig sei, dass „Männer nicht eine Schwäche zugeben müssen“ (EM) und dass die Ansprache „sozusagen nicht die eigene Männlichkeit in Frage“ stellt (EM). Auch sei gerade für Männer das Internet ein wichtiger Kanal, um Männer zu erreichen.

„Dass ein Mann erst mal in Ruhe sich irgendwo informieren kann, ohne direkt mit einem Gegenüber sich auseinandersetzen zu müssen“ (EM).

Ein generelles Problem sei, dass Männer Hilfe im medizinischen und psychosozialen Bereich erst sehr spät in Anspruch nehmen und dass sie in Bezug auf Selbstäußerungen zur eigenen Befindlichkeit und Körperlichkeit sparsam seien, was das Stellen einer (rechtzeitigen) Diagnose erschwere, u. a. bei einer Depression. Zudem sei über bestimmte Erkrankungen wenig medizinisches Wissen vorhanden, z. B. zum Thema Brustkrebs bei Männern.

⁶¹ Dies gilt sicherlich nicht nur für Cisfrauen, sondern für Frauen im Allgemeinen, d. h. auch für Trans- und Inter-Frauen.

⁶² Siehe Fußnote 4.

Um eine bessere Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, sei die Vermittlung einer geschlechtsspezifischen Sensibilität in der Ausbildung notwendig (EM). Darüber hinaus müsse im medizinischen und psychosozialen Bereich mehr bedacht werden, dass auch Männer Opfer von Gewalt sein können.

Lesbische Frauen⁶³

In Bezug auf lesbische Frauen wurde deutlich, dass es grundlegend wichtig ist, *„dass sie nicht ständig mit so heterosexuellen Vorannahmen konfrontiert werden“* (EL). Das *„Ignorieren und Ausblenden lesbischer Lebensweise“* (EF) sei weit verbreitet. Zudem sei das *„Bewusstsein, dass sexuelle Identität und sexuelles Verhalten nicht immer genau das gleiche sind“* (EL) wichtig, z. B. wenn es darum geht, auch lesbische Frauen über Infektionswege sexuell übertragbarer Krankheiten mit nicht-cisweiblichen Sexualpartnerinnen zu informieren. Viele lesbische Frauen gingen zudem gar nicht zu Gynäkolog_innen, da Standardgründe wie Verhütung und Schwangerschaft nicht gegeben sind. Dies führe auch dazu, dass die Krebsvorsorge nicht automatisch stattfinde. Zudem sei zu bedenken, dass z. T. hohe Hemmschwellen bestünden, wenn eine Frau mit über 30 noch keinen penetrativen (circclusiven⁶⁴) Geschlechtsverkehr gehabt habe und sich bei der_dem Gynäkolog_in untersuchen lassen wolle.

Im Hinblick auf Prävention wurde ein Mangel an Wissen angemerkt.

„Zu den Themen sexuell übertragbare Infektionen, da herrscht eher noch vor: ‚Na, bei Lesben gibt’s das ja nicht.‘ Und das ist gut, da Informationen, sachliche Informationen reinzubringen, wie der Stand tatsächlich ist“ (EL).

Als Mangel an der bestehenden Gesundheitsversorgung wurden fehlende spezifische Gesundheitsangebote für lesbische Frauen genannt.

„Das ist der Punkt: Es gibt ja so gut wie nichts“ (EL).

Zudem wurden die Barrieren beim Kinderwunsch lesbische Paare hervorgehoben. Hier fehle es auch an klaren rechtlichen Regelungen. Darüber hinaus wurde die mangelnde Forschung kritisiert.

„Bei Frauen gibt’s generell wenig Geld für Forschung und bei Lesbe noch viel weniger“ (F1L).

⁶³ Siehe Fußnote 4.

⁶⁴ Circlusion wurde als „Gegenbegriff zu Penetration“ vorgeschlagen: „Beide Worte bezeichnen etwa denselben Prozess. Aber aus entgegengesetzter Perspektive. Penetration bedeutet einführen oder reinstecken. Circlusion bedeutet umschließen oder überstülpen. [...] Damit ist auch das Verhältnis von Aktivität und Passivität verkehrt“ (Adamczyk, 2016).

Schwule Männer⁶⁵

Als spezifisches Thema bei schwulen Männern wurde im Bereich der Diagnostik und Behandlung die Notwendigkeit genannt, auch über Analverkehr reden zu können. Zudem mangle es an Wissen über die Symptome von Syphilis.

„Also, gerade bei Syphillis kommt das mit Hautausschlägen. Dann verschreiben die Cortison und alles, weil die gar nicht da Syphilis testen, weil sie sich da auch gar nicht auskennen“ (ES).

Als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung wurde das Thema Chemsex hervorgehoben, da Schwuleneinrichtungen in der Regel zu wenig über Drogen, Drogeneinrichtungen dagegen zu wenig über Sex informiert seien. Aus diesem Grund sollten Kooperationen zwischen diesen Bereichen gefördert werden. Als Problem kam die fehlende Vernetzung im Bereich der psychischen Versorgung zur Sprache. Im Gegensatz zur guten ärztlichen Vernetzung im Rahmen der Schwerpunktpraxen gebe es eine unzureichende Vernetzung sowie kaum ersichtliche Anlaufstellen im psychotherapeutischen Bereich. Es mangle an qualifizierten Angeboten, die z. B. bei Coming-out-Prozessen oder auch im Zuge der Identitätsfindung nach einem positiven HIV-Test eine gute Versorgung sichern könnten.

Positiv wurde dagegen in einer Fokusgruppe hervorgehoben, wenn die sexuelle Orientierung

„da auch 'ne Rolle [spielt], weil ich das zum Beispiel ganz, ganz toll finde, zu HIV-Schwerpunktärzten gehen zu können, die auch schwul sind. Wo ich das weiß, (...) fühl' ich mich super aufgehoben“ (F3T).

Bisexuelle Menschen⁶⁶

Das Hauptthema im Bereich der Gesundheitsversorgung für bisexuelle Menschen ist das Fehlen von Angeboten, die diese explizit in ihr Spektrum einbeziehen.

„Das Thema Bi kommt nicht vor“ (EB).

Spezifische Gesundheitsthemen werden nicht genannt; bedeutend sei es, die Unsichtbarkeit aufzuheben und dafür zu sorgen, dass bisexuelle Menschen sich angesprochen fühlen.

„Es würde, wie gesagt, schon reichen, es sozusagen einfach nur aufzunehmen in das, in das Angebotsspektrum, was ja gar nicht viel verlangen würde“ (EB).

Auch auf Gesundheitsportalen gehe es darum, Bisexualität miteinzubeziehen. Zusätzliche Angebote für eine verbesserte Versorgung von bisexuellen Menschen seien vor allem im Bereich der niederschweligen Beratung gefragt.

⁶⁵ Siehe Fußnote 4.

⁶⁶ Siehe Fußnote 4.

„Wo sozusagen Ängste abgebaut werden können, die [...] aus der Frage resultieren: ‚Was passiert gerade mit mir und ich ändere mich gerade und [...] muss ich jetzt Angst haben, oder so?‘“ (EB)

Zudem habe das Fachpersonal nicht unbedingt genügend Kenntnisse, welche sexuell übertragbaren Infektionen für bisexuelle Menschen relevant sind (F3B). Weiter zu differenzieren sei schließlich die bisexuelle Community selbst, da es *„immer mehr Pansexuelle“* gebe. *„Man will sich nicht mehr festlegen“* (F1B) auf ein bestimmtes Geschlecht, das begehrt wird.

Transgender Menschen⁶⁷

Ein häufiges Problem bei der Ansprache von transgender Personen sei die Nennung des von den Klient_innen gewünschten Pronomens und Namens, wenn dieser nicht mit der Akte übereinstimme. Auch wurde das Thema der Toilettensituation aufgezeigt.

„Na ja, die Toilettensituation ist halt irgendwie immer schwierig. Können wir doch auch ganz einfach nachdenken: Brauchen wir jetzt eigentlich ein gelabeltes, äh, WC oder können wir einfach WC drauf schreiben?“ (ET)

Im Bereich der Prävention seien die Vorbeugung von Haltungsschäden (z. B. im Zusammenhang mit dem Abbinden der Brüste) und eine zielführende Krebsvorsorge (z. B. Brustkrebsvorsorge nach einer Mastektomie) relevant.

Als wichtiges Thema im Bereich der Diagnostik wurde die Verwendung adäquater Normwerttabellen aufgezeigt. Hier sei es wichtig eine Transmännlichkeit bzw. -weiblichkeit zu bedenken und gegebenenfalls zusätzliche Fragen (z. B. zu Hormonbehandlung, Keimdrüsen) zu stellen, damit die passenden Normwerte gewählt werden können. Zudem wurde herausgestellt, dass bei Diagnosen eine adäquate Trennung zwischen der Transthematik und anderen Diagnosen stattfinden müsse.

„Auch noch mal hinterfragen, ‚was gehört denn eigentlich wo rein?‘“ (ET).

Für die Behandlung zeigten sich als transrelevante Themen: die adäquate Berücksichtigung der Selbstbestimmtheit und eine Stärkung des Empowerment der Klient_innen, eine Ausnutzung bestehender Behandlungsspielräume und ein kreativer Umgang damit sowie eine Sorge für die Integration der körperlichen Veränderungen.

„Die wirkliche Integration in das gesamte Selbst und ‚Wer bin ich denn eigentlich jetzt?‘. [...] Ich habe den Eindruck, [...] dass da zu wenig das im Gesamten mitgedacht ist, und dass es da zu wenig Angebote für gibt“ (ET).

⁶⁷ Siehe Fußnote 4.

Nicht zuletzt wurde Spezialwissen bezüglich Identitätsfindung und Geschlechtsidentifikation als notwendig genannt.

Verbesserungen der bestehenden Gesundheitsversorgung seien im Hinblick auf körpertherapeutische Angebote und die Behandlung von Paaren angebracht. Zudem sei mehr Fachwissen zur Diversität von transgender Menschen sowie zu deren Risikofaktoren für eine bessere Versorgung notwendig.

Auch sei die gynäkologische Versorgung für Transmännlichkeiten ein Problem – zum einen im Zusammenhang mit einer mangelnden Verfügbarkeit und zum anderen in Bezug auf unangenehme Situationen im Wartezimmer.

„Einfach überhaupt jemanden zu finden [eine gynäkologische Betreuung], 'ne Person, die bereit ist, einen zu behandeln, die sich mit dem Thema auskennt und dann auch noch irgendwie nich' überfordert ist“ (F3T).

„Das [die Phase am Anfang der Transition] ist auch 'ne Situation, die sonst eher unangenehm wird, wenn man da 'ne Stunde irgendwie im Wartezimmer sitzt“ (F2T)).

Intergeschlechtliche Menschen⁶⁸

Als zentrales Thema im Bereich Intergeschlechtlichkeit wurde der Bedarf nach mehr Aufklärung aufgezeigt:

„Ich glaub', das ist ganz oft dieses fehlende Bewusstsein, dass es uns [intergeschlechtliche Menschen] gibt, verunsichert die Menschen“ (EI).

Für den Bereich der Gesundheitsversorgung sei es zudem unbedingt notwendig, die neuen Leitlinien zu kennen.⁶⁹

In Bezug auf Diagnostik und Behandlung sei es für Intergeschlechtliche Menschen spezifisch, dass psychische Probleme zum Teil Folgen von früheren (medizinischen) Behandlungsmaßnahmen sind:

„Diese psychische Seite hat ja ihren Ursprung sehr häufig in [...] einer vorgelagerten medizinischen Versorgung“ (EI).

Für die Behandlung im Bereich von Intergeschlechtlichkeit zeigte sich als spezifischer bedeutender Aspekt, dass unbedingt auch die Nicht-Behandlung explizit als Option aufgezeigt werden sollte.

⁶⁸ Siehe Fußnote 4.

⁶⁹ Hiermit sind die S2k-Leitlinien zu „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ gemeint. Siehe Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKED) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie (DGKED) e. V., 2016.

Zudem gebe es wiederholt Probleme mit der Abrechnung von Behandlungen, die an einen bestimmten Geschlechtseintrag gekoppelt sind.

„Aber das Testosteron sollte ich dann aus eigener Tasche bezahlen, weil ich bin ja weiblich zugewiesen und kann kein Testosteron kriegen“ (F3I).

Die psychosoziale Begleitung für Eltern wurde als wichtige Voraussetzung für eine bessere Gesundheitsversorgung bei Intergeschlechtlichkeit hervorgehoben. Daher sei es notwendig, dass die Eltern in die Regelversorgung einbezogen und neben einer Regelberatung auch eine Regelbegleitung bekommen würden. Darüber hinaus zeigte sich, dass in vielen Bereichen Wissen und Angebote fehlen, z. B. was die Pflege einer Neovagina und die langfristige Wirkung von Hormoneinnahmen angeht, und dass mit dem Thema der Unfruchtbarkeit sensibel umzugehen ist. Intergeschlechtliche Menschen seien im Gesundheitssystem wiederholt aufgefordert, ihre Diagnosen und Bedarfe selbst zu erklären, anstatt – zumindest – auf ein Basiswissen zu treffen:

„Ich könnte auch einenn Walk-Man mitnehmen und spiele ein Band ab. Dann muss ich das nicht jedes Mal erzählen“ (F2I).

Zudem dürften intergeschlechtliche Menschen auf keinen Fall von Ärzt_innen als „sogenannte Fleischbeschau“ (F1B) anderen Kolleg_innen vorgeführt werden.

5. Diskussion

Ziel dieser qualitativen Studie war es, die Herausforderungen und Probleme in der Gesundheitsförderung für und der Gesundheitsversorgung von Frauen, Männern(n) und LSBTI-Menschen in Hamburg zu identifizieren. Dabei sollten insbesondere auch die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Personengruppen untersucht werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Personen- bzw. Zielgruppen sich eine offene Ansprache ohne Vorannahmen wünschen. Eine gute Gesundheitsversorgung sollte eine offene Haltung signalisieren, Individualität anerkennen und auch Raum für das Sprechen über schwierige und schambesetzte Themen bieten. Zudem sollten die Behandelnden und Beratenden im Gesundheitssystem für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sensibilisiert sein, Vorurteile reflektieren und heteronormative Annahmen hinterfragen. Sie sollten Kenntnisse der verschiedenen Lebenswelten haben, sei es in Bezug auf das vorhandene Spektrum an sexuellen Verhaltensweisen und Beziehungsformen oder auch auf Coming-out-Prozesse.⁷⁰

⁷⁰ Siehe hierzu auch Wolf & Meyer, 2017.

Darüber hinaus sollte die Wortwahl im Rahmen von Anamnese, Diagnostik und Behandlung achtsam und sensibel sein, damit die Klient_innen sich wirklich angesprochen und nicht zurückgewiesen fühlen (z. B. das der eigenen Identifikation entsprechende Pronomen bei transgener Menschen verwenden, eher nach sexuellen Verhaltensweisen als nach sexuellen Orientierungen fragen). Diskriminierung z. B. in Bezug auf Kinderwunschbehandlung gilt es auszuräumen.

Zielgruppenübergreifend wurde auch der Bedarf nach sichtbaren Signalen in der Außendarstellung deutlich, die darauf hinweisen, dass Offenheit und Kompetenz für LSBTI-Belange oder auch spezifische Frauen- bzw. Männergesundheitsthemen vorhanden ist, so dass die entsprechenden Ärzt_innen oder Psycholog_innen gezielt aufgesucht werden können. Ein Mangel an niederschweligen Angeboten, kurzen Wartezeiten, Basiswissen (z. B. zum Thema Intergeschlechtlichkeit) und guten Netzwerken (z. B. zwischen Selbsthilfe und Gesundheitssystem) sowie Verweisstrukturen wurde deutlich. In Bezug auf Ausbildung bzw. Fort- und Weiterbildung ergab sich die Notwendigkeit, u. a. zu den spezifischen Risikofaktoren der einzelnen Personengruppen sowie Lebensrealitäten und Kommunikationsgrundlagen zu schulen.

Zielgruppenspezifisch zeigte sich in Bezug auf Cisfrauen und Cismänner ein Mangel an Kenntnissen zu geschlechterspezifischen Symptomen sowie zur geschlechtsspezifischen Sozialisation von (Cis-)Frauen und (Cis-)Männern – bzw. wie sie sich auf Anamnese, Diagnostik und Behandlung auswirkt.⁷¹ Bei lesbischen Frauen ist insbesondere das Wissen zu sexuell übertragbaren Infektionen⁷² zu verbessern sowie eine adäquate Behandlungspraxis und Krebsvorsorge⁷³ insbesondere bei Gynäkolog_innen zu erreichen. Im Hinblick auf schwule Männer weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es zwar nicht an spezifischer ärztlicher Versorgung, aber an gut ausgebauten psychotherapeutischen Angeboten mangelt. Speziell für LSBTI-Menschen entwickelte psychotherapeutische Interventionen sind jedoch prinzipiell verfügbar und haben sich auch als wirksam erwiesen.⁷⁴ Auch zeigte sich, dass bei der Beratung und Behandlung schwuler Männer Kommunikation über die relevanten Sexualpraktiken sowie Kenntnisse zu den Symptomen von Syphilis und zu Chemsex z. T. unzureichend sind. Für bisexuelle Menschen mangelt es in erster Linie an der Sichtbarkeit von entsprechenden Fürsorge- und Versorgungsangeboten. Verbesserungen für transgener Menschen sind gemäß der Ergebnisse insbesondere hinsichtlich einer Ansprache mit dem richtigen Pronomen, dem Bezug auf passende Normwerte, eine

⁷¹ Siehe hierzu auch RKI, 2014.

⁷² Siehe hierzu auch DAH, 2011.

⁷³ Siehe hierzu auch Elk & Boehmer, 2015.

⁷⁴ Plöderl, Mahler, Nieder, & Mundle, 2018.

adäquate Krebsvorsorge⁷⁵ und gynäkologischen Angeboten für transgender Männer mit weiblichen Geschlechts- und/oder Reproduktionsorganen zu erreichen. Um intergeschlechtliche Menschen besser zu versorgen gilt es vor allem, die Angebote für Eltern zu erweitern, für Aufklärung und Kenntnis der Leitlinie zu sorgen, Optionen der Nichtbehandlung aufzuzeigen und sensibel mit dem Thema (Un-)Fruchtbarkeit umzugehen.⁷⁶

Einschränkend ist bezüglich der vorliegenden Studie zu berücksichtigen, dass weder bei den Expert_inneninterviews noch in den Fokusgruppen Frauen mit Transitionserfahrungen (transgender Frauen) repräsentiert waren. Auch waren in den Fokusgruppen keine Cismänner vertreten, die nicht gleichzeitig dem LSB-Spektrum zuzurechnen waren. Als Themen, die weitgehend außen vor blieben, sind u. a. die Pflege oder auch der Schwarzmarkt für PDE-5-Hemmer zu nennen. Spezifische Gesundheitsbelange von z. B. pansexuellen, asexuellen oder questioning Menschen blieben ebenfalls unberücksichtigt.

Abgesehen von diesen Einschränkungen scheint die Gestaltung einer bedarfsgerechten Gesundheitsförderung und -versorgung von Frauen, Männern und LSBTI-Menschen zum einen nach einer differenzierten und zielgruppenspezifischen Vorgehensweise (Zielgruppendifferenzierung) zu verlangen. Zum anderen machen die Ergebnisse jedoch deutlich, dass in vielerlei Hinsicht auch Strategien zur Integration der Zielgruppen (Zielgruppenintegration) entscheidende Verbesserungen bringen können. So scheint z. B. die Entwicklung einer allgemein anerkannten, zertifizierten Weiter- oder Fortbildung zu LSBTI-Gesundheit angezeigt, die für ein Basis- oder auch vertieftes Wissen sorgt, das für alle Zielgruppen relevant ist. Die Entwicklung einer solchen Weiter- bzw. Fortbildung sollte partizipativ bzw. patient_innenorientiert erfolgen.⁷⁷

6. Schlussfolgerung

Zielübergreifend sind in der Gesundheitsversorgung in Bezug auf die Belange von Frauen, Männern und LSBTI-Menschen insbesondere Sensibilisierung und Wissensaneignung zu den Lebenswelten entscheidend. Außerdem ist ein offener Blick gefragt, und Engpässe, v. a. in der psychischen Versorgung gilt es zu beheben.

⁷⁵ Siehe hierzu auch Elk & Boehmer, 2015.

⁷⁶ Siehe hierzu auch Günther, 2016.

⁷⁷ Siehe z. B. Block et al., 2008; Schöll et al., 2014;

Zielgruppenspezifisch mangelt es an Versorgungsangeboten, die über spezielle Kenntnisse hinsichtlich der Gesundheitsthemen der einzelnen Personengruppen verfügen (z. B. die psychischen Prozesse im Rahmen des Coming-out, Krebsvorsorge bei Transgender und Intergeschlechtlichkeit, sexuell übertragbare Infektionen bei lesbischen Frauen und bisexuellen Menschen) und dies auch nach außen hin signalisieren.

7. Literatur

- Adamczyk, B. (2016). Come on. Diskussion über ein neues Wort, das sich aufdrängt – und unser Sprechen über Sex revolutionieren wird. Abgerufen am 15.03.2018, von https://www.ak-web.de/ak_s/ak614/04.htm.
- [AMA] American Medical Association (2008). Resolution 122 (A-08). Removing financial barriers to care for transgender patients. Abgerufen am 15. Mai 2017, von http://www.transgender.net/taw/ama_resolutions.pdf.
- [APA] American Psychiatric Association (2012). Position Statement of Access to Care for Transgender and Gender Variant Individuals. Abgerufen am 15. Mai 2017, von <http://kjzz.org/sites/default/files/Position-2012-Transgender-Gender-Variant-Access-Care-1.pdf>.
- American Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009). Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance. Abgerufen am 15. Mai 2017, von <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>.
- Amnesty International (2017). *First, do no harm – ensuring the rights of children with variations of sex characteristics in Denmark and Germany*. London: Amnesty International.
- Baldwin, A., Dodge, A., Dodge, B., Schick, V., Herbenick, D., Sanders, S., Dhoot, R., & Fortenberry, D. (2017). Health and identity-related interactions between lesbian, bisexual, queer and pansexual women and their healthcare providers. *Culture, Health & Sexuality*, 19, 1181-1196.
- Barbara, A. M., Quandt, S. A., & Anderson, R. T. (2001). Experiences of lesbians in the health care environment. *Women & Health*, 34, 45–62.
- Bezirksamt Neukölln von Berlin & RuT – Rad und Tat e. V. (Hrsg.) (2008). *Dokumentation Fachtag. Lesben und Schwule – (k)ein Thema in der Altenpflege? Lesbische und schwule Lebensweise als Aspekt kultureller Vielfalt*. Abgerufen am 5. März 2018, von <http://www.lesben.org/pdf/Fachtag%202008%20Lesben%20und%20Schwule-%28k%29ein%20Thema.pdf>.
- Block, M., von Unger, H., & Wright, M. T. (2008). *Partizipative Qualitätsentwicklung*. Abgerufen am 15. Mai 2017, von <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>.
- [BMBF] Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012). *Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung von Richtlinien zur Förderung von Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen*. Abgerufen am 15. Mai 2017, von <https://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung.php?B=776>.

- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. überarb. Auflage. Berlin: Springer.
- Burkhalter, J. E. (2015). Smoking in the LGBT community. In U. Boehmer & R. Elk (Eds.). *Cancer and the LGBT community. Unique perspectives from risk to survivorship* (pp. 63-80). Springer: Heidelberg.
- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention (2010). HIV and AIDS among gay and bisexual men. Abgerufen am 15. Mai 2017, von <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-msm-508.pdf>.
- [DAH] Deutsche Aids-Hilfe (Hrsg.) (2011). *Frauenlust – und was ist mit sexuell übertragbaren Infektionen? Infos für Frauen, die Sex mit Frauen haben*. Berlin: DAH.
- Dennert, G. (2005). *Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Herbolzheim: Centaurus.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKED) e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und – diabetologie (DGKED) e. V. (2016) (Hrsg.). *S2k-Leitlinie. Varianten der Geschlechtsentwicklung*. Abgerufen am 15. Mai 2017, von http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-0011_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf.
- Deutscher Bundestag (2018). *Kontroverse um Werbeverbot für Schwangerschaftsabbruch*. Abgerufen am 5. März 2018, von <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2018/kw08-de-stgb-schwangerschaftsabbruch/542312>.
- Deutscher Ethikrat (2012). *Intersexualität. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Dilley, J. A., Simmons, K. W., Boysun, M. J., Pizacani, B. A., & Stark, M. J. (2010). Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: Health disparities in the Pacific Northwest. *American Journal of Public Health, 100*, 460-467.
- Drewes, J., & Kruspe, M. (2016). *Schwule Männer und HIV/AIDS 2013. Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV*. Berlin: DAH.
- Durso, L. E., & Meyer, I. H. (2013). Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy, 10*, 35-42.
- Elk, R., & Boehmer, U. (2015). The challenges remain: Needed next steps in alleviating the burden of cancer in the LGBT community. In U. Boehmer & R. Elk (Eds.). *Cancer and the LGBT community. Unique perspectives from risk to survivorship* (pp. 313-328). Springer: Heidelberg.

- FRA – European Agency for Fundamental Rights (2015). *The fundamental rights situation of intersex people*. Wien: European Agency for Fundamental Rights.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Justiz und Gleichstellung, Abteilung Gleichstellung (Hrsg.) (2013). Selbstbestimmung und gerechte Teilhabe. Gleichstellungspolitisches Rahmenprogramm 2013 – 2015 des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg. Abgerufen am 15. Mai 2017, von <http://www.hamburg.de/content-blob/3876940/a34c81005a6ed74107a7379dc3a74403/data/gleichstellungspolitisches-raahmenprogramm.pdf;jsessionid=32D3FE5B30EDF6124975464366FC9C04.liveWorker2>.
- Garofalo, R., Wolf, R., Wissow, L. S., Woods, E. R., & Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 487-493.
- Green, K. E., & Feinstein, B. A. (2012). Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: An update on empirical research and implications for treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 265-278.
- Guasp, A. (2013). *Gay and bisexual men's health survey*. Abgerufen am 5. März 2018, von http://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/Gay_and_Bisexual_Men_s_Health_Survey__2013_.pdf.
- Günther, M. (2016). *Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen. Ein Leitfaden*. Frankfurt/M.: pro familia.
- Hamm, J. A., & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27, 4-30.
- Hammarberg, T. (2009). Human rights and gender identity. Strasbourg: Council of Europe, Commissioner for Human Rights.
- Hark, S. (2009). Heteronormativität revisited. Komplexität und Grenzen einer Kategorie. In A. Kraß (Hrsg.). *Queer Studies in Deutschland. Interdisziplinäre Beiträge zur kritischen Heteronormativitätsforschung* (S. 23-40). Berlin : trafo.
- Hermann, S. K. (2003). Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. *Arranca!*, 28, 22-26.
- Hirsch, O., Löltgen, K., & Becker, A. (2016). Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Family Practice*, 2016(17:162). Doi: 10.1186/s12875-016-0562-4
- Hirschauer, S. (2013). Die Praxis der Geschlechter(in)differenz und ihre Infrastruktur. In J. Graf, K. Ideler & S. Klinger (Hrsg.). *Geschlecht zwischen Struktur und Subjekt. Theorie, Praxis, Perspektiven* (S. 153–171). Opladen u. a.: Barbara Budrich.

- Hochleitner, M. (2011). Gender Medizin – Was ist das?. Abgerufen am 5. März 2018, von http://fgz.i-med.ac.at/kongresse/pdf_kongr/gender_medizin_dresden.pdf.
- Hughes, T. L. (2005). Alcohol use and alcohol-related problems among lesbians and gay men. *Annual Review of Nursing Research*, 23, 283-325.
- Koh, A. S. (2000). Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: Questionnaire survey. *Western Journal of Medicine*, 172, 379-384.
- Lee, J. G. L., Griffin, G. K., & Melvin, C. L. (2009). Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to May 2007: A Systematic Review. *Tobacco Control*, 18, 275-282.
- [LSVD] Lesben- und Schwulenverband (2018). Ausschluss homosexueller Männer von der Blutspende. Abgerufen am 5. März 2018, von <https://www.lsvd.de/recht/ratgeber/blutspende.html>.
- Lynch, L., Long, M., & Moorhead, A. (2018). Young men, help-seeking, and mental health services: Exploring barriers and solutions *American Journal of Men's Health*, 12, 138–149.
- Mamo, L. (2015). Debates over lesbian reproduction within lesbian/gay and feminist communities. In C. Joffe & J. Reich (eds.). *Redproductin and society. Interdisciplinary readings* (pp. 115-121). New York, NY: Routledge.
- Mansergh, G., Colfax, G. N., Marks, G., Rader, M., Guzman, R., & Buchbinder, S. (2001). The Circuit Party Men's Health Survey: Findings and Implications for Gay and Bisexual Men. *American Journal of Public Health*, 91, 953-958.
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98, 989-995.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- 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.
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). . Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: The situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality*, 2, 224 -243.
- Plöderl, M., Mahler, L., Nieder, T. O., & Mundle, G. (2018). *LGBTI and mental illness*. Unveröffentlichtes Manuskript.

- Plöderl, M., Wagenmakers, E.J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., & Fartacek, R. (2013). Suicide risk and sexual orientation: A critical review. *Archives of Sexual Behavior*, *42*, 715-727.
- [RKI] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014). Kapitel 6: „Mehr Gesundheit für Männer“ – Männer-spezifische Prävention und Gesundheitsförderung. In Robert Koch-Institut (Hrsg.) *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 187-207). Berlin: RKI.
- [RKI] Robert Koch-Institut (2018). *Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und Blut-spende*. Abgerufen am 5. März 2018, von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Blut/MSM/msm_node.html.
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, *55*, 435-456.
- Safer, J. C., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, *23*, 168- 171
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS ONE*, *9*(9), e107828.
- Sigusch, V. (1991). Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Zeitschrift für Sexualforschung*, *4*, 309-343.
- Smalley, K. B., Warren, J. C., & Barefoot, K. N. (2016). Differences in health risk behaviors across understudied LGBT subgroups. *Health Psychology*, *35*, 103-114.
- Socías, M. E., Koehoorn M., & Shoveller J. (2016). Gender inequalities in access to health care among adults living in British Columbia, Canada. *Womens Health Issues*, *26*, 74-79.
- Struble, C. B., Lindley, L. L., Montgomery, K., Hardin, J., & Burcin, M. (2010). Overweight and obesity in lesbian and bisexual college women. *Journal of American College Health*, *59*, 51-56.
- Tang, H., Greenwood, G. L., Cowling, D. W., Lloyd, J. C., Roseler, A. B., & Bal, D. G. (2004). Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: How serious a problem? (United States). *Cancer Causes & Control*, *15*, 797-803.
- Teo, C. H., Ng, C. J., Booth, A., & White, A. (2016). Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review. *Social Science and Medicine*, *165*, 168–176.

- The Council of Europe Commissioner for Human Rights (2015). *Human rights and intersex people. Issue paper published by the Council of the Europe Commissioner for Human Rights*. Abgerufen am 26. Februar 2018, von <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=2933521&SecMode=1&DocId=2367288&Usage=2>
- [WHO] World Health Organization Europe (2002). *Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid Statement*. Abgerufen am 5. März 2018, von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf.
- [WMA] World Medical Association (2013). WMA Statement on the Natural Variation of Human Sexuality. Brazil.
- Wolf, G. (2010). Barrieren für homosexuelle Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, A2166-2167.
- Wof, G., & Meyer, E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 16, 130-139.
- [WPATH] World Professional Association for Transgender Health (2010). WPATH De-Psychopathologisation Statement. Abgerufen am 15. Mai 2017, von http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=3928.
- Yancey, A. K., Cochran, S. D., Corliss, H. L., & Mays, V. M. (2003). Correlates of overweight and obesity among lesbian and bisexual women. *Preventive Medicine*, 36, 676-683.