Annika Spahn

HETERO-NORMATIVITÄT UNTERSUCHEN

Queertheoretische Analysen von Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Medizin

[transcript] GenderStudies

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY

Annika Spahn
Heteronormativität untersuchen

Gender Studies

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Annika Spahn (sie/ihr) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Evangelischen Hochschule Freiburg und arbeitet außerdem für das Queer Lexikon, das sie 2012 mitgründete. Sie verfasste ihre Dissertation im Rahmen einer Cotutelle de thèse an den Universitäten Basel (CH) und Freiburg (DE) in Soziologie und Gender Studies.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Annika Spahn

Heteronormativität untersuchen

Queertheoretische Analysen von Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Medizin

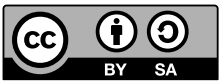
[transcript]

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Diese Dissertation entstand im Rahmen einer Cotutelle de thèse zwischen der Universität Basel und der Universität Freiburg und wurde von Prof. Dr. Andrea Maihofer und Prof. Dr. Nina Degele betreut.

Die Open-Access-Ausgabe wird publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://dnb.dnb.de/ abrufbar.



Dieses Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz BY-SA 4.0 lizenziert. Für die ausformulierten Lizenzbedingungen besuchen Sie bitte die URL https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/.
Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

2026 © Annika Spahn

transcript Verlag | Hermannstraße 26 | D-33602 Bielefeld | live@transcript-verlag.de

Umschlaggestaltung: Maria Arndt
Umschlagabbildung: MstTania / AdobeStock
Lektorat: Valo Christiansen
Korrektorat: Jana Prokop
Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen
https://doi.org/10.14361/9783839403969
Print-ISBN: 978-3-8376-7739-3 | PDF-ISBN: 978-3-8394-0396-9
Buchreihen-ISSN: 2625-0128 | Buchreihen-eISSN: 2703-0482

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Inhalt

1. Einleitung 11
1.1 Einführung 11
1.2 Forschungsstand 15
1.3 Zielsetzung, Forschungsgegenstand und Fragestellung 17
1.4 Aufbau des Forschungsprojekts 20
1.5 Gliederung der Arbeit 21
1.6 Reflexion von Normativität 26

2. Theoriekapitel Heteronormativität 29
2.1 Ideengeschichte 29
2.2 Die Heterosexuelle Matrix 30
2.3 Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt und Queer 34
2.4 Dimensionen von Heteronormativität 35
2.4.1 Geschlechterbinarität und Geschlechterverhältnis 36
2.4.2 Heterosexismus und Homofeindlichkeit 37
2.4.3 Mononormativität und Bifeindlichkeit 39
2.4.4 Allonormativität und Afeindlichkeit 41
2.4.5 Amatonormativität und Afeindlichkeit 42
2.4.6 Cisnormativität und Transfeindlichkeit 43
2.4.7 Endonormativität und Interfeindlichkeit 44
2.4.8 Mononormativität und Polyfeindlichkeit 45
2.5 Herrschaftstechniken von Heteronormativität 46
2.5.1 Marginalisierung 47
2.5.2 Ideologie 48
2.5.3 Othering 49
2.5.4 Definitionsmacht 49
2.5.5 Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung 50
2.5.6 (Ent-)Sexualisierung 50
2.5.7 Problematisierung 50
2.5.8 Normierung und Disziplinierung 51

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2.5.9 Hervorbringung von sexuellen, romantischen und geschlechtlichen Existenzweisen 51
2.6 Ebenen und Texturen von Heteronormativität 52
2.6.1 Ebenen 52
2.6.2 Texturen 53
2.7 Entwicklung zur Postheteronormativität? 53

3. Medizin als Forschungsgegenstand 57
3.1 Medizinsoziologische Grundlagen 57
3.1.1 Medizin und Gesundheitssysteme 57
3.1.2 Medizinsoziologie 58
3.2 Medizinische Macht 59
3.3 Ärzt*innen- und Patient*innen-Rollen 62
3.3.1 Ärzt*innen 62
3.3.2 Patient*innen 64
3.3.3 Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen 65
3.4 Erkenntnis und Wissen in der Medizin 66
3.4.1 Denkstil und Denkkollektiv 67
3.4.2 Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit 69
3.4.3 Epistemische Gewalt 70
3.5 Medikalisierung 72
3.5.1 Begriffsbestimmung 72
3.5.2 Medikalisierung von Queerness 74
3.6 Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in der Medizin 79

4. Forschungsstand Heteronormativität in der Medizin 85
4.1 Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion 85
4.2 Heteronormativität in der medizinischen Lehre 86
4.3 Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis 92
4.4 Zusammenfassung von Theorie- und Forschungsstand und Entwicklung von Forschungsfragen 97

5. Methodologie und Aufbau des Forschungsprojekts 103
5.1 Selbstpositionierung 103
5.2 Aufbau des Forschungsprojekts, Erkenntnisinteresse und Forschungsfragen 104
5.3 Die Qualitative Inhaltsanalyse als methodischer Überbau 106
5.4 Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion 108
5.4.1 Analyseheuristik 108
5.4.2 Sampling und Korpus 114
5.5 Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Lehre 114
5.5.1 Analyseheuristik 115

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.5.2 Datenerhebung, Sampling und Korpus ... 119
5.6. Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis ... 121
5.6.1 Analyseheuristik ... 121
5.6.2 Datenerhebung ... 125
5.7 Gütekriterien ... 126

6. Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion ... 129
6.1 Einführung ... 129
6.2 Beschreibung der Diskursfragmente und des Diskursstrangs ... 134
6.3 Definitionen, Definitionsmacht und Vorannahmen ... 136
6.3.1 Geschlechterdefinitionen ... 136
6.3.2 Familiendefinition ... 139
6.4 Symbolische und materielle Herstellung von Weiblichkeit ... 142
6.4.1 Die Spender*innen ... 142
6.4.2 Die Empfänger*innen ... 147
6.5. Repronormativität und Repronormierung ... 149
6.5.1 Begriffsbestimmung ... 149
6.5.2 Naturalisierung und Essentialisierung des Kinderwunschs ... 150
6.5.3 Vergeschlechtlichte Repronormierung ... 152
6.5.4 Repronormierung von trans und inter* Personen ... 153
6.6 Fazit ... 157

7. Heteronormativität in der medizinischen Lehre ... 163
7.1 Einführung ... 163
7.2 Geschlecht in medizinischen Lehrmaterialien ... 165
7.3 Sexualität in medizinischen Lehrmaterialien ... 171
7.4 Rhetorische Akzeptanz von Homosexualität ... 177
7.5 Unsichtbarkeit ... 181
7.6 Medikalisierung von geschlechtlicher Vielfalt ... 185
7.6.1 Transgeschlechtlichkeit ... 185
7.6.2 Intergeschlechtlichkeit ... 189
7.7 Problematisierung von Queerness ... 190
7.8 Normierung, Disziplinierung und Kontrolle von Queerness ... 196
7.9 Fazit ... 200

8. Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis ... 205
8.1 Einführung ... 205
8.2 Dimensionen von Heteronormativität ... 210
8.3 Herrschaftstechniken von Heteronormativität ... 212
8.3.1 Heteronormative Vorannahmen und Epistemische Gewalt ... 212
8.3.2 Unsichtbarmachung und Unintelligibilität ... 218

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

8.3.3 Othering 223
8.3.4 Problematisierung und Medikalisierung 224
8.3.5 Disziplinierung und Normierung 229
8.4 Folgen der heteronormativen Behandlungspraxis 232
8.4.1 Emotionale Folgen 232
8.4.2 Handlungsstrategien 233
8.4.3 Folgen für Gesundheitszustand, -versorgung und -handeln queerer Patient*innen 238
8.4.4 Positiver Umgang mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der Behandlungspraxis 239
8.5 Fazit 240

9. Fazit 245
9.1 Zentrale Ergebnisse 246
9.1.1 Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin? 246
9.1.2 Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität in der Medizin? Wie materialisiert sich Heteronormativität in der Medizin? 246
9.1.3 Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin und wie hängen diese zusammen? 247
9.1.4 Welche Formen nimmt Heteronormativität in der Medizin an? Wie regiert Heteronormativität? Wie wird Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten? 248
9.1.5 Wie geht die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um? 251
9.1.6 Welches Wissen existiert in der Medizin über Heteronormativität und über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt? 252
9.1.7 Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der Medizin? 253
9.1.8 Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das gesundheitliche Handeln queerer Menschen aus? 253
9.1.9 Umgangs- und Handlungsstrategien queerer Menschen 254
9.2 Rückbezug zum Forschungsstand 255
9.2.1 Identifizierte Forschungslücken 255
9.2.2 Heteronormativität als theoretisches und analytisches Konzept – Vorschlag einer Erweiterung 256
9.3 Beitrag zur theoretischen Diskussion 258
9.3.1 Matrix zur Analyse von Heteronormativität 258
9.3.2 Heteronormativität in der Medizin als Erklärungsmodell für die schlechte Gesundheitsversorgung und den schlechten Gesundheitszustand queerer Menschen 260

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

9.4 Reflexion des Forschungsprozesses 262
9.5 Wie kann eine queer-affirmative Gesundheitsversorgung aussehen? 263

Literaturverzeichnis 265

Anhang 317
Glossar 317
Korpus I: Medizinische und medizinethische Artikel über Uterustransplantationen 333
Korpus II: Lehrbücher, E-Learning Module und Präsentationsfolien 336
Factsheets und Reflexion der Gruppendiskussionen 345
Leitfäden der Gruppendiskussionen 349
Transkriptionsindex 351
Danksagung 352

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. Einleitung

1.1 Einführung

In ihrem Buch ›The Care we Dream of. Liberatory & Tranformative Approaches to LGBTQ+ Health‹ entwirft die queere Gesundheitsaktivistin Zena Sharman eine Vision eines queersensiblen und postheteronormativen Gesundheitssystems:

> »What if we [queer people, AS] could always trust in getting health care that felt good, accessible, and even pleasurable, wherever and whenever we needed it? What if it felt safe enough to bring our whole selves into the process? What if health care felt healing and helped us flourish? What if all health care providers and healers genuinely honored and valued queer and trans people, worked collaboratively with us, and trusted in our expert knowledge of our own bodies?« (Sharman 2021a, S. 12).

In der Beschäftigung mit dem Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung queerer Menschen (s. u.) wird eins schnell klar: Das, was Sharman beschreibt, ist eine utopische Vision – und weit entfernt von der aktuellen Realität. Stattdessen ist das Gesundheitssystem[1] für viele queere Menschen ein Ort, der von Angst, Gewalt und Trauma geprägt ist, und keineswegs ein Ort der Sicherheit, der Fürsorge, des Vertrauen und des Heilens:

> »Our health system often demands queer and trans people take the care we are given without complaint, even if it's violent, inadequate, or just plain wrong, often at great personal and/or financial cost. It gaslights us into disbelieving what we deeply know and understand to be true in our bodies. It pathologizes, shames, and blames us. It categorizes and ranks us in a hierarchy of worthiness that dictates how we are treated or if we are treated at all. Our health system excludes so many queer and trans people from receiving care, and it sometimes kills us or hastens our deaths« (Sharman 2021b, S. 47).

1 Sharman bezieht sich im folgenden Zitat vor allem auf die Gesundheitssysteme in Kanada und den USA. Ihre Diagnosen sind aber, wie ich im Folgenden zeigen werde, auch für das schweizerische und deutsche Gesundheitssystem gültig.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Doch wie stellt sich diese Marginalisierung queerer Personen im Gesundheitssystem konkret dar? Anhand zweier Vignetten möchte ich dies verdeutlichen:

Erstens erzählt die lesbische Bloggerin Madita Haustein einen Termin mit ihrer Gynäkologin nach:

> »Im Erstgespräch stellte sie [die Gynäkologin, AS] mir einige Fragen zu Vorerkrankungen, Allergien und Verhütung.
> »Ich verhüte nicht.«
> Sie schaute entsetzt auf.
> »Haben Sie denn gar keinen Sex?«
> […]
> »Oooh doch,« antwortete ich. »Aber ich bin mit einer Frau zusammen.« (Haustein 2018, o. S.)

Es wird klar, dass die Gynäkologin unter sexueller Aktivität ausschließlich eine bestimmte Form von Sexualität fasst: Penis-in-Vagina-Sex, der grundsätzlich potentiell reproduktiv ist. Andere Formen sexueller Aktivität und insbesondere queere Sexualität sind in ihrem Denken nicht nur unsichtbar, sie scheinen auch unintelligibel, d. h. für sie nicht verstehbar zu sein (Butler 1996, S. 24). Als ihre Patientin angibt, keine Verhütung zu nutzen, ist die Schlussfolgerung der Ärztin nicht, dass potentiell andere Formen von Sexualität infrage kommen. Stattdessen nimmt sie an, dass die Patientin offenbar überhaupt nicht sexuell aktiv sei – was sie aber ebenfalls irritiert. Anders als ↗heterosexuelle[2], ↗cisgeschlechtliche Patient*innen muss die Patientin in diesem Beispiel nun die Ärztin informieren und aufklären – und sich damit dem Risiko aussetzen, dass die Ärztin auf die Information über die nicht-heterosexuelle Orientierung ihrer Patientin vielleicht mit Ablehnung reagiert. Queere Patient*innen, so zeigt sich in diesem Beispiel, passen nicht in die standardisierten Anamnesefragen der ↗Gynäkologie, sondern sind unselbstverständlich und erklärungsbedürftig.

In der Monographie des Pflegewissenschaftlers Klaus-Dieter Neander zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege (2014) findet sich *zweitens* ein ausführlicher Erfahrungsbericht des trans Manns Maik, der nach einem Verkehrsunfall in die Notaufnahme eingeliefert, anschließend operiert wurde und einige Zeit stationär im Krankenhaus verbringen musste. Darin schildert Maik eindrücklich das brutale Erleben von Marginalisierung in der Medizin und die emotionalen Folgen:

> »Plötzlich wurde es totenstill! Mein [↗]Abbindeshirt war offen und meine Brüste kamen zum Vorschein. Der Chirurg war völlig überrascht und rief: ›Was ist das

2 Mit einem ↗-Symbol markierte Begriffe und Abkürzungen werden im Glossar im Anhang der Arbeit erklärt.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

denn! [sic!] Titten? Was ist denn das hier für ein Spinner!‹ […] ich zitterte innerlich vor Angst… Dann hörte ich eine Krankenschwester rufen: ›Igitt, sowas habe ich ja noch nie erlebt… der kommt mit einem Personalausweis mit einem Männernamen und ist dann eine, ja was denn jetzt?‹ Der Chirurg lästerte los und sagte: ›Naja, das werden wir ja gleich sehen… scheint ne kleine Transe zu sein, die sich ein bisschen verkleidet hat.‹ Und ohne Vorwarnung wurden meine Hosenbeine mit der Schere der Länge nach aufgeschnitten und meine Scham freigelegt, indem meine Unterhose zerrissen wurde. […] Während der ganzen Aufnahmeprozedur ging das so weiter! Alle unterschiedlichen Ärzte, die mich untersuchten, sprachen mich mit Frau Maier an, ganz selbstverständlich und keiner nahm Notiz davon, dass mein Personalausweis mich als Maik Maier auswies. […] Nur wenig später kamen zwei Pfleger, die offenbar die Aufgabe hatten, mich zu betten, denn irgendwie waren wohl Laken und Bettdecke verdreckt. ›Hi, ich hab dir ja gesagt, ne tolle Frau hier, Supertitten hat die – nennt sich aber wohl Maik!‹ […] Ich hörte nur zu, wie er [der Oberarzt, AS] zu seinen Mitarbeitern sagte ›Ob der mehr am Hirn hat seit seinem Unfall? Wenn er ein Mann ist, bin ich ne Topfpflanze!‹ Alles brüllte und wieherte vor Lachen … ich begann zu weinen. […] Ich heulte, denn ich fühlte mich so hilflos, so unverstanden. Keiner der Mitarbeiter der Klinik machte sich die Mühe herauszufinden, wieso ich auf MAIK bestand und wieso ich einen Ausweis mit mir führte, der diesen Vornamen bestätigte. […] Morgens kam eine Krankenschwester und flötete ›nichtwahr [sic!], Frau Meier [sic!], wir machen uns jetzt ein bisschen frisch und richten uns ein bisschen her, schließlich ist [↗]Chefvisite und der Chef mag junge, gutaussehende Frauen!‹ Sie wusch mich und war irritiert, dass ich keinen Lippenstift hatte und das [sic!] ich mehrfach darauf bestand, mit Herr Meier [sic!] angesprochen zu werden. […] Der Chefarzt drehte sich um, denn er war schon zur Tür geeilt, vorbei an seinen kichernden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. ›Nochmal Frau Meier [sic!], – und ich will ihnen mal zu Gute halten, dass Ihre Gehirnverletzungen wohl doch schwerwiegender sind, als ich angenommen habe – mich interessiert Medizin und das, was wir tun können, damit Sie gesund werden. Und wenn ich einen Menschen mit Brüsten und ohne Penis sehe, ist das eine Frau […]. Sie haben kein verbrieftes Recht darauf [sic!] von uns zu fordern, dass wir hier eine Schmierenkomödie für ne durchgeknallte Transe mitmachen. Wenn Sie nicht noch fachärztliche Betreuung bräuchten, würde ich Sie sofort in die Psychiatrie verlegen lassen […]‹. Keiner machte sich die Mühe, auf mich einzugehen. Ich war verzweifelt und kraftlos und nach einem Gespräch fasste ich den Entschluss, mich gegen den ausdrücklichen ärztlichen Rat auf eigene Gefahr zu entlassen« (Neander 2014, S. 16–20).

In dieser Schilderung ist die Marginalisierungserfahrung nicht so subtil wie die der lesbischen Bloggerin. Maik wird ignoriert, lächerlich gemacht, beleidigt, gedemütigt und grob behandelt. Er wird ↗psychopathologisiert, d. h. ihm wird eine psychische Erkrankung zugeschrieben, weil er darauf besteht, ein Mann zu sein. Das medizinische Personal reagiert mit Ekel und Abscheu (»Igitt!« (ebd., S. 16)) auf seinen

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Körper. Ihm wird permanent sein Geschlecht und seine geistige Fähigkeit, über sein Geschlecht selbst bestimmen zu können, abgesprochen. Sein Mannsein wird nicht anerkannt, er wird fortlaufend ↗misgendert und ↗gedeadnamed. Er wird also nicht als Subjekt anerkannt, das über Wissen zu sich oder zu Geschlecht insgesamt verfügt. In Form von einzelnen Äußerungen und Interaktionen zeigt sich hier sowohl die Mikroebene von Marginalisierung, als auch die strukturelle bzw. Makroebene in Form von Unwissen, Vorurteilen etc. der Ärzt*innen über geschlechtliche Vielfalt.

Maik wird zusätzlich sexualisiert, d. h. einem sexualisierten Blick auf sich zugänglich gemacht, indem ohne Notwendigkeit seine Unterhose zerrissen und seine Genitalien sichtbar gemacht werden. Außerdem wird er wiederholt auf seine Brüste reduziert – und damit verbunden immer wieder als Frau angesprochen und positioniert. Eine Krankenschwester möchte ihn mithilfe von Lippenstift in Weiblichkeitsnormen disziplinieren und ihn für den Blick des Chefarztes, der »junge, gutaussehende Frauen« mag (ebd., S. 18) herrichten. Für das medizinische Personal gibt es demnach nur eine akzeptable Form von Geschlecht; es setzt voraus, dass alle Menschen mit Brüsten und ohne Penis Frauen sind – und dass alle Menschen, die davon abweichen, (psychisch) krank sind. Wieder und wieder beschreibt Maik in dieser Passage, wie hilflos und ausgeliefert er sich fühlt, wie viel Angst er empfindet, wie er zittert und weint und um Respekt und Anerkennung fleht. Aus einer ergänzenden Fußnote von Neander zum Ende von Maiks Bericht erfahren wir, dass diese Erfahrung maßgeblich zu seinem Suizid beitrug (Neander 2014, S. 127).

Das, was die lesbische Bloggerin Madita und der trans Mann Maik in der medizinischen Behandlungspraxis erleben, fasse ich in dieser Arbeit als Heteronormativität. Heteronormativität in der Medizin tritt, wie ich zeigen werde, in verschiedenen Dimensionen auf, z. B. als Heterosexismus und Transfeindlichkeit. Sie findet auf verschiedenen Ebenen statt – z. B. in den (teils) subtilen Interaktionen zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen, aber auch in der strukturellen mangelhaften Ausbildung von medizinischem Fachpersonal zum sensiblen Umgang mit queeren Patient*innen. Zudem nimmt Heteronormativität verschiedene Formen an, wie bspw. Unsichtbarmachung, Pathologisierung oder Normierung, mit denen sie wirkt, sich durchsetzt, manche Menschen privilegiert – und andere marginalisiert.

In den beiden Vignetten ist bereits erkennbar, dass das Erleben von Heteronormativität im Gesundheitssystem (oder, wie ich zeigen werde, auch bereits die Angst davor, Heteronormativität zu erleben) deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit queerer Menschen hat. So sind queere Menschen bspw. nicht in Anamnesebögen und -fragen abgebildet und abbildbar, weswegen eine angemessene Versorgung nicht automatisch erfolgen kann. Daher brechen sie ggf. Behandlungen ab, vermeiden diese oder nehmen sie nicht in Anspruch, weil die Marginalisierung, die sie erleben, so schwer wiegt – oder weil die in der Medizin erlebte Marginalisierung mehr schadet, als sie hilft und (neue) Traumata verursacht.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1.2 Forschungsstand

Viele internationale Studien belegen die schlechte(re) gesundheitliche Lage und Versorgung queerer Menschen (exemplarisch: Plöderl und Tremblay 2015; Europäische Union 2017a; Government Equalities Office 2018; Jellestad et al. 2018; Zeeman et al. 2019; Pöge et al. 2020a; Timmermanns et al. 2022). Außerdem zeigen sie konsistent, dass queere Personen spezifische Gesundheitsanliegen haben, die vom Gesundheitssystem nur unzureichend abgedeckt werden (exemplarisch: Sauer und Güldenring 2017; Schweizer 2017; Guethlein et al. 2021; Wunn und Rogenz 2022). Weiterhin wurde nachgewiesen, dass queere Menschen innerhalb der Medizin Marginalisierung erleben (exemplarisch: Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017). So beschreibt bspw. Ines Pohlkamp (2014) die Auswirkungen von Heteronormativität in der Medizin auf trans- und intergeschlechtliche Menschen als Gewalt und zeigt kleinteilig Marginalisierungsmechanismen innerhalb der Medizin auf.

Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis bzw. der Umgang der Medizin und aus dem Bereich mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt ist in Bezug auf einzelne Aspekte bereits erforscht: So wurde mehrfach analysiert (exemplarisch: MacFife 2019), dass in der Medizin häufig von einem Standardpatienten ausgegangen wird, der als männlich, ↗endogeschlechtlich, cisgeschlechtlich, allosexuell und ↗-romantisch, heterosexuell, ↗monogam lebend etc. imaginiert wird. An ihm ist der Standard für medizinische Behandlung ausgerichtet. In Bezug auf Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion legen z. B. Cottingham und Fisher (2015) eine Analyse von heteronormativen Vorannahmen in klinischen Medikamentenstudien vor und Carrotte et al. (2016) eine Studie zur mangelnden Inklusion queerer Personen in Forschung zu sexueller Gesundheit.

Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt, so arbeitet Heinz-Jürgen Voß (2021; vgl. Banwari et al. 2015; Robertson 2017) in seiner Analyse der Curricula von gesundheitsbezogenen Studiengängen heraus, ist entweder unsichtbar oder wird medikalisiert und problematisiert. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Marie Murphys (2016) ethnographische Analyse US-amerikanischer Medizinstudiengänge. Sie spricht von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan, in dem Heterosexualität und Cisgeschlechtlichkeit ständig und subtil als normal und natürlich markiert werden. Auch medizinische Lehrmaterialien sind bereits auf ihre Auslassungen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt hin bzw. als heteronormativ analysiert worden (Metoyer und Rust 2011; Campo-Engelstein und Johnson 2014; Parker et al. 2017). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass medizinisches Personal kaum oder nicht zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, spezifisch queeren gesundheitlichen Anliegen und dem sensiblen Umgang mit queeren Patient*innen ausgebildet ist. Dabei arbeiten bspw. Lampalzer et al. (2019) die Bedeutung von spezifischem und interdisziplinärem

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Fachwissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt für eine bessere Gesundheitsversorgung queerer Menschen heraus. Erste Veröffentlichungen versuchen, Mediziner*innen Kompetenzen im Hinblick auf die Versorgung queerer Patient*innen zu vermitteln (Wierz und Nürnberg 2024).

Auch Interaktionen zwischen Patient*innen und medizinischem Personal sind bereits in Bezug auf Heteronormativität erforscht worden (Dennert 2009; Garcia Nuñez und Jäger 2011; Utamsingh et al. 2016). Danach erleben queere Personen in der Interaktion mit Ärzt*innen Marginalisierung und Gewalt (Hirsch et al. 2016), abwertendes oder mitleidsvolles Verhalten, »Pathologisierung, mangelnde Aufklärung, Verletzungen der Schweigepflicht, sexuelle Belästigung, unnötig grobe und schmerzhafte Behandlung und moralisierende Verurteilungen (Dennert und Wolf 2009), sowie offenes Zur-Schau-Stellen von Ekel und Ablehnung, unangemessene Neugier und Schuldzuweisungen (Brunnett 2020). Es ist außerdem erwiesen, dass (antizipierte) Marginalisierungserfahrungen dazu führen können, dass queere Patient*innen sich in medizinischen Räumen unwohl fühlen (Dean et al. 2016) und daher oft keine oder kaum medizinische Versorgung in Anspruch nehmen (Europäische Union 2017a; Skidmore et al. 2019; Zeeman et al. 2019; Pöge et al. 2020a). Das gilt sowohl für Vorsorgeuntersuchungen als auch für akute Beschwerden und gesundheitliche Notfälle. Es besteht darüber hinaus das Risiko einer Über-, Unter- und Fehlversorgung queerer Personen, weil klischeehafte Annahmen einer angemessenen Behandlung im Weg stehen (Sander 2017, S. 9). Aufgrund all dieser Faktoren sind queere Personen oft mit ihrer Versorgung unzufrieden (Thyen et al. 2014) und begegnen Ärzt*innen mit Vorsicht und Misstrauen (Wolf 2004; Dennert und Wolf 2009; Foster und Scherrer 2014; Pohlkamp 2014; Mittedorf et al. 2019).

Während also bereits erforscht ist, dass Heteronormativität Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Medizin durchzieht – indem bspw. sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt entweder überbetont wird oder unsichtbar ist, sind folgende vier Aspekte bisher unzureichend erforscht:

Erstens beziehen sich die erwähnten Studien meistens nicht auf Deutschland oder die Schweiz, sodass hier noch Forschungsbedarf besteht: Wie gestalten sich Heteronormativität und ihre Auswirkungen spezifisch im deutschen und schweizerischen Gesundheitssystem?

Zweitens betrachten die erwähnten Studien alle nur einen Teilbereich der Medizin (Wissensproduktion, Lehre oder Behandlungspraxis; exemplarisch: Logie et al. 2019), so dass der Zusammenhang zwischen diesen Bereichen bisher kaum erforscht ist: Inwiefern ist z. B. die Unsichtbarkeit von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der medizinischen Lehre mit einer heteronormativen Behandlungspraxis assoziiert?

Drittens fokussieren sich die erwähnten Studien in den meisten Fällen nur auf eine Teilgruppe der queeren Community (bspw. ausschließlich trans Personen oder lesbische Frauen; exemplarisch: Hirsch et al. 2016). Heteronormativität besteht al-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lerdings, wie ich zeigen werde, aus verschiedenen, miteinander verwobenen Dimensionen (wie z. B. Cisnormativität und Allonormativität), die nicht ohneeinander versteh- oder analysierbar sind: Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin? Wie hängen diese zusammen? Wie sieht eine umfassende Analyse von Heteronormativität in der Medizin aus, die queere Körper, Geschlechter, Sexualitäten, Beziehungs- und Familienformen mitdenkt?

Viertens liegen zwar Analysen zum Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung queerer Personen (exemplarisch: Timmermanns et al. 2022) und Analysen zu Heteronormativität im Gesundheitssystem (exemplarisch: Murphy 2016) vor, doch nur selten wird der Versuch unternommen, diese beiden Aspekte miteinander zu verknüpfen: Welchen Einfluss hat Heteronormativität innerhalb der Medizin auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung queerer Menschen? Wie erleben queere Menschen Heteronormativität im Gesundheitssystem, welche Handlungsstrategien entwickeln sie damit und welche Konsequenzen ziehen sie für ihr Gesundheitshandeln[3]?

Um die Auswirkungen von Heteronormativtät innerhalb der Medizin angemessen analysieren zu können – einen Aspekt, den ich in meinem Fazit weiter vertiefe –, benötigt es eine kleinteilige Analyse von Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Medizin, spezifisch für den deutschen und schweizerischen Kontext. Es muss also etabliert werden, was Heteronormativität in der Medizin beinhaltet, welche Formen sie annimmt, auf welchen Ebenen sie wirkt und wie sie reproduziert und legitimiert wird. Dabei muss Queerness bzw. sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in ihrer Vieldimensionalität und Komplexität allumfassend miteinbezogen und ernstgenommen werden.

1.3 Zielsetzung, Forschungsgegenstand und Fragestellung

Der zentrale Begriff dieser Arbeit ist Heteronormativität. Heteronormativität verstehe ich kurzgefasst als gesellschaftliches Machtverhältnis und als soziale Struktur, in der Heterosexualität und das damit verbundene binäre Geschlechterverhältnis und -verständnis als Norm gelten und Abweichungen sanktioniert werden (Butler 2016 [1991]; Degele 2005; Degele et al. 2012). Butler postuliert, dass in einem heteronormativen System Geschlecht (sowohl im Sinne von *sex*, d. h. körperlichem Geschlecht als auch von *gender*, d. h. Geschlechtsidentität und -rolle) und ↗sexuelle Orientierung (*desire*) untrennbar miteinander verwoben sind. Butler bricht in diesem Zuge also *erstens* mit der Vorstellung, dass ein bestimmtes körperliches Ge-

3 Mit diesem Begriff meine ich z. B. das Wahrnehmen von präventiven Untersuchungen, regelmäßiges Sport-Treiben, das Achten auf eine gesunde Ernährung oder das Tragen einer Fitness-Uhr.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

schlecht eine bestimmte Geschlechtsidentität und eine bestimmte sexuelle Orientierung hervorbringt (vgl. Degele 2005; Wagenknecht 2007; Bublitz 2013) und entlarvt *zweitens* alle drei Kategorien als gesellschaftliche Konstruktionen (Butler 2016 [1991], S. 24). *Drittens* wird in Butlers Überlegungen deutlich, dass Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit sich gegenseitig ideologisch absichern und regulieren (vgl. Maihofer 2015; Hark 2016). Die Butlersche Triade von *sex*, *gender* und *desire* wird u. a. von Rachel Epstein erweitert. Sie zeigt, dass in einem heteronormativen System ein bestimmtes Begehren auch mit bestimmten sexuellen Praktiken verbunden wird und konstatiert deshalb »sex = gender = sexual orientation = sexual practices« (Epstein 2018, S. 1047).

In Texten zu Heteronormativität findet sich häufig eine Aufzählung von Institutionen, die Heteronormativität (re-)produzieren. Zwei Beispiele: »This [heteronormativity, AS] has been sanctified by churches and states, sustained by education, medicine, welfare services, popular prejudice – and even patterns of housing« (Baird 2007, S. 5). Peter Wagenknecht macht auf die institutionelle Diskriminierung durch Heteronormativität aufmerksam: »Heteronormativität [reguliert] die Wissensproduktion, strukturiert Diskurse, leitet politisches Handeln, bestimmt über die Verteilung von Ressourcen und fungiert als Zuweisungsmodus in der Arbeitsteilung« (Wagenknecht 2007). Hierbei bleibt aber offen, inwiefern und womit Heteronormativität legitimiert und reproduziert wird oder wie Heteronormativität strukturiert, reguliert, privilegiert und marginalisiert – kurz: wie Heteronormativität operiert und erhalten wird. In der Soziologie und der Geschlechterforschung ist etabliert, dass die Medizin, so wie jede gesellschaftliche Institution, in gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebunden und verwickelt ist und damit auch das Geschlechterverhältnis und Heteronormativität reproduziert und legitimiert (Lucht und Paulitz 2008, S. 11). Unklar ist aber bisher, wie Heteronormativität bspw. in der Medizin konkret aussieht, welche Formen sie annimmt, mit welchen Techniken sie regiert und wie sie aufrechterhalten wird. In dieser Arbeit lege ich einen systematischen Versuch vor, Heteronormativität anhand verschiedener Dimensionen und Herrschaftstechniken konkret analysierbar zu machen – auch außerhalb der Medizin.

Seit den ersten Theoretisierungen von Heteronormativität in den 1970er bis -90er Jahren gab es im Bereich sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt viele medizinische, juristische und gesellschaftliche Veränderungen. Darunter sind z. B. die Entpathologisierung von Homosexualität, sowie die Einführung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare in Deutschland und der Schweiz. Heteronormativität verändert sich also, wobei sich einige Aspekte modernisieren und andere persistieren (Maihofer 2014; Nay 2017; Woltersdorff 2019). Gleichzeitig wird die Anerkennung sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vermehrt infrage gestellt und Akteur*innen, die Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit kritisch analysieren oder sich für queere Existenzweisen einsetzen, werden abge-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wertet und bedroht (Engelmann 2019; Gössl 2022). Eine Frage, die ich mit dieser Arbeit beantworten will, ist daher auch, wie die Medizin in den 2020er Jahren mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgeht. Außerdem frage ich, ob und wie innerhalb der Medizin Heteronormativität bzw. die Marginalisierung queerer Personen verhandelt wird – auch in Bezug auf den gesundheitlichen Zustand, die gesundheitliche Versorgung und das Gesundheitshandeln queerer Personen. Kurzgefasst: Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der aktuellen medizinischen Praxis?

Am Beispiel der Medizin zeige ich in dieser Arbeit, wie sich Heteronormativität als dynamisches Normengefüge (Nay 2017) in soziale Institutionen einschreibt und Personen durch (die Androhung von) Marginalisierung reguliert. Ich lege in meiner Analyse den Fokus darauf, inwiefern Geschlecht und Sexualität innerhalb der Medizin heteronormativ definiert und konstruiert sind und welche Folgen dies für queere Patient*innen hat.[4] Meine Analyse kann somit auch exemplarisch aufzeigen, wie Heteronormativität gesamtgesellschaftlich operiert, wie sie sich ausdrückt und auswirkt, wie sie Menschen normiert und diszipliniert und welche (subtilen) Interaktionen Menschen privilegieren und marginalisieren.

Damit ergeben sich folgende Forschungsfragen für diese Arbeit:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin?
- Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität in der Medizin? Wie materialisiert sich Heteronormativität in der Medizin?
- Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin und wie hängen diese zusammen?
- Welche Formen nimmt Heteronormativität in der Medizin an? Wie regiert Heteronormativität in der Medizin? Wie wird Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten?
- Wie geht die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um?
- Welches Wissen existiert in der Medizin über Heteronormativität und über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt?
- Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der Medizin?
- Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das gesundheitliche Handeln queerer Menschen aus?

4 Es geht mir also in dieser Arbeit darum, den aktuellen IST-Stand in der Medizin zu erheben. Diese Arbeit hat nicht den Anspruch, eine utopische Vision eines queerfreundlichen Gesundheitssystems abzubilden.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist die wissenschaftliche Medizin (im Gegensatz zur ↗Alternativmedizin) in Deutschland und der deutschsprachigen Schweiz. Dabei konzentriere ich mich auf aktuelle Tendenzen, d. h. ich nutze Material, das nicht älter als 20 Jahre ist. Aufgrund des gewählten Themas stehen meistens die medizinischen Disziplinen im Fokus, die sich explizit mit Geschlecht und Sexualität befassen, wie die Gynäkologie.

1.4 Aufbau des Forschungsprojekts

Ich untersuche jeweils in einem Analysekapitel, inwiefern sich in der medizinischen Wissensproduktion (1), der Lehre (2) und der Behandlungspraxis (3) Heteronormativität zeigt. Ich nutze für diese Arbeit die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz/Rädiker (2022) als methodischen Überbau und wende in den verschiedenen Analyse-Kapiteln spezifische Analyseheuristiken an.

Für die *medizinische Wissensproduktion* untersuche ich exemplarisch den medizinischen Diskursstrang rund um Uterustransplantationen. Dazu führe ich eine kritische feministische Diskursstranganalyse (Keller 2004; Lazar 2007a; Fairclough und Wodak 2009) von 26 medizinischen und medizinethischen Fachartikeln über Uterustransplantationen durch. Uterustransplantationen sind ein hochaktuelles Forschungsfeld und haben *einerseits* das Potential, Schwangerschaft und Fortpflanzung zu de-heterosexualisieren und zu ent-geschlechtlichen – *andererseits* aber auch das Potential, Zweigeschlechtlichkeit zu zementieren und Reproduktion zu biologisieren und zu essentialisieren. Daher lässt sich hier untersuchen, wie in der Medizin aktuell Wissen zu Geschlecht und Sexualität konstruiert und konsolidiert wird (vgl. Fleck 1980 [1935]). Ich arbeite heraus, welche Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität dieser Forschung zugrunde liegen, welche heteronormativen Vorannahmen Mediziner*innen über ihre Patient*innen treffen und welche Auswirkungen das hat. Ich stelle bspw. heraus, wie die Forschung zu Uterustransplantationen durch das Transplantieren eines Uterus normerfüllende Frauen symbolisch und materiell herstellt.

Für die *medizinische Lehre* untersuche ich die Lernplattform AMBOSS, sowie Lehrbücher und Präsentationsfolien von vier ausgewählten Medizinstudiengängen in Deutschland und der Schweiz. Hierbei analysiere ich, welches Wissen in der Medizin über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt aktuell als gültig betrachtet wird, welche entsprechenden Lehrinhalte vermittelt werden, welches Wissen darüber, sowie über Heteronormativität in der Medizin vorhanden ist und inwiefern von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan (Murphy 2016, 2019) in der Medizin ausgegangen werden kann. Für die Analyse verstehe ich die Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning-Module als Dokumente (Gitelman 2014)

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und führe eine inhaltlich strukturierte Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) durch.

Für die *medizinische Behandlungspraxis* analysiere ich zwei Gruppendiskussionen (Loos und Schäffer 2001; Bohnsack et al. 2006a; Bohnsack 2014; Kruse 2015) mit asexuellen Personen zu ihren Erfahrungen in der Medizin. Ich arbeite heraus, auf welche Arten und Weisen queere Patient*innen in der Medizin mit Heteronormativität konfrontiert werden, bspw. in der Analyse heteronormativer Medikalisierung von Asexualität. Außerdem wird deutlich, was dieses Erleben von Heteronormativität für queere Patient*innen bedeutet und welche Umgangsstrategien sie mit dieser Behandlung finden (müssen). Die Transkripte der Gruppendiskussionen werden mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) ausgewertet, wobei diese um Analyseheuristiken, die Jan Kruse (2015) als Teil des integrativen Basisverfahrens vorschlägt, erweitert wird.

1.5 Gliederung der Arbeit

In *Kapitel 2* etabliere ich die *theoretische Basis* für meine Arbeit. Darin zeige ich auf, inwiefern Heteronormativität die ganze Gesellschaft – und somit auch die Medizin – durchzieht. Ich vollziehe darin die Ideen- und Begriffsgeschichte, sowie die Theoretisierung von Heteronormativität nach (Kapitel 2.1). Ich beziehe mich in meinem Verständnis des Konzepts insbesondere auf Judith Butlers (2016 [1991]) Werk (Kapitel 2.2). Ich differenziere die Begriffe *Queer* und *Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt* und operationalisiere diese für meine Analyse (Kapitel 2.3). Ich beziehe mich außerdem auf Kritiker*innen aus den Gender und Queer Studies, die darauf aufmerksam machen, dass der Begriff *Heteronormativität* trotz seiner breiten Verwendung kaum analytisch ausgearbeitet ist. Das bedeutet, dass unklar ist, wie Heteronormativität wirkt und welche Formen sie annimmt (exemplarisch: Nay 2017) (Kapitel 2.2). Einen Versuch für eine analytische Ausarbeitung lege ich mit dieser Arbeit vor. Dazu schlage ich *erstens* vor, verschiedene, miteinander verschränkte Dimensionen von Heteronormativität in den Blick zu nehmen (Kapitel 2.4). Diese Dimensionen bilden den ›Inhalt‹ von Heteronormativität, d. h. sie sind bspw. die inhaltlichen Vorannahmen, die in einem heteronormativen System über Menschen getroffen werden. Ich argumentiere, dass ohne ein entsprechendes Verständnis dieser Dimensionen Heteronormativität nicht fass- oder analysierbar ist:

- Geschlechterbinarität und Geschlechterverhältnis
- Heterosexismus und Homofeindlichkeit
- Mononormativität und Bifeindlichkeit
- Allonormativität und Afeindlichkeit
- Amatonormativität und Afeindlichkeit

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Cisnormativität und Transfeindlichkeit
- Endonormativität und Inter*feindlichkeit
- Mononormativität und Polyfeindlichkeit

Zweitens schlage ich für die Analyse von Heteronormativität eine Beschäftigung mit verschiedenen Herrschaftstechniken vor (Kapitel 2.5). Als Herrschaftstechniken verstehe ich in Anschluss an Michel Foucault (2005 [1981], S. 210) Formen, mit denen Heteronormativität regiert, sich reproduziert, Menschen privilegiert oder marginalisiert. Folgende Herrschaftstechniken von Heteronormativität in der Medizin u. a. in Anlehnung an das Werk Iris Marion Youngs (1990) schlage ich vor:

- Ideologie
- Marginalisierung
- Othering
- Epistemische Gewalt
- Definitionsmacht
- Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung
- (Ent-)Sexualisierung
- Problematisierung
- Medikalisierung
- Normierung und Disziplinierung
- Hervorbringung von sexuellen, romantischen und geschlechtlichen Existenzweisen

Außerdem schlage ich für die Analyse vor, verschiedene Ebenen und Texturen von Heteronormativität zu betrachten (Kapitel 2.6). In einem letzten Schritt gehe ich auf die gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte ein, und frage mit Volker Woltersdorff, ob »Heteronormativität verschwinde[t] oder zumindest abgeschwächt oder flexibilisiert« (Woltersdorff 2019, S. 327) wird, und was dies für die Analyse von Heteronormativität bedeutet (Kapitel 2.7).

In *Kapitel 3* nehme ich die *Medizin* als meinen *Forschungsgegenstand* in den Blick. Ich verorte meine Arbeit in der Medizinsoziologie (Kapitel 3.1) und stelle die Analyse medizinischer Macht in den Vordergrund (Kapitel 3.2). Hierzu beziehe ich mich zentral auf das Werk Foucaults (exemplarisch: 1978b), der fragt, wie medizinische Macht(-ausübung) durch die Katalogisierung von Abweichung funktioniert oder durch die Disziplinierung derer, die als krank oder abweichend eingeordent werden, funktioniert. Hierzu konzipiere ich die Medizin als Normierungswissenschaft. In einem nächsten Schritt vollziehe ich die soziologische Beschäftigung mit Ärzt*innen als (Leit-)Profession und mit der Ärzt*innen- und Patient*innenrolle nach, da sich diese Arbeit vor allem auf die Analyse ärztlichen (im Gegensatz zu z. B. pflegerischen) Handelns fokussiert (Kapitel 3.3). Hierbei nehme ich auch ärztliche

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Autorität und den Machtunterschied in der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen in den Blick (Mol 2003). Ein zentraler Aspekt ist dabei die Wissenshierarchie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen bzw. grundlegend Wissen und Erkenntnis in der Medizin (Kapitel 3.4). Hierzu führe ich zunächst in das Werk Ludwik Flecks (1980 [1935]) und seine Begriffe *Denkkollektiv* und *Denkstil* ein, nehme dann Bezug auf Peter Bergers und Thomas Luckmanns (2007 [1980]) Werk *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* sowie auf Miranda Frickers (2010) Theoretisierung von *Epistemischer Ungerechtigkeit*. Anschließend führe ich in den Begriff der *Medikalisierung* ein und beleuchte die historische und aktuelle Medikalisierung von Queerness (Kapitel 3.5). In einem letzten Schritt stelle ich den Forschungsstand zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der Medizin vor und gebe einen Überblick über die psychische und physische Gesundheit(-sversorgung) queerer Personen (Kapitel 3.6).

In *Kapitel 4* führe ich die beiden Stränge aus Kapitel 2 und 3 zusammen und präsentiere den *Forschungsstand zu Heteronormativität in der Medizin*, aufgeschlüsselt nach Wissensproduktion (Kapitel 4.1), Lehre (Kapitel 4.2) und Behandlungspraxis (Kapitel 4.3). Ich illustriere, wie die Medizin in gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebunden ist und inwiefern sich dies bspw. bei normativen Annahmen in der medizinischen Forschung zu Geschlecht und Sexualität zeigt. Ich beziehe mich auf die Arbeit Marie Murphys (2016, 2019), die in ihrer ethnographischen Forschung Heteronormativität als Teil des heimlichen medizinischen Lehrplans herausarbeitet. Außerdem beschreibe ich den Forschungsstand zur Repräsentation von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, sowie zu Heteronormativität in medizinischen Lehrmaterialien. Ich argumentiere schließlich, dass Heteronormativität und die Marginalisierung queerer Personen in der medizinischen Behandlungspraxis u. a. eine Folge der unzureichenden Aus- und Weiterbildung zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt bei Ärzt*innen ist. Weiterhin gebe ich einen Überblick über bisherige Forschung zu Marginalisierungserfahrungen queerer Personen in der medizinischen Behandlungspraxis und den Folgen u. a. für das Inanspruchnahmeverhalten von medizinischer Versorgung.

Kapitel 5 expliziert den *Aufbau meines Forschungsprojekts und die Methodologie*. Ich beginne das Kapitel mit einer Selbstpositionierung (Kapitel 5.1) und erläutere anschließend den Aufbau des Forschungsprojekts und mein Erkenntnisinteresse (Kapitel 5.2). Anschließend führe ich in die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) ein, die als methodischer Überbau für diese Arbeit fungiert (Kapitel 5.3). Für jeden Teil meiner Analyse (also für Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis) führe ich jeweils meine Analyseheuristik für die Datenerhebung und -auswertung aus, gehe auf den Samplingprozess ein und stelle den jeweiligen Analysekorpus vor (Kapitel 5.4-5.6). Zum Abschluss des Kapitels gehe ich auf Gütekriterien qualitativer Forschung ein, stelle Überlegungen zur Validität meiner For-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

schung an und reflektiere, welche Schlussfolgerungen aus meinen Ergebnissen gezogen werden können (Kapitel 5.7).

Kapitel 6 ist das erste von drei *Analysekapiteln*. Darin untersuche ich *Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion* am Beispiel des Diskursstrangs zu Uterustransplantationen. Ich begründe zunächst die Auswahl des Beispiels Uterustransplantationen und stelle dann Hintergrundinformationen des Verfahrens vor (Kapitel 6.1). Nach einer Beschreibung der untersuchten Diskursfragmente und des Diskursstrangs (Kapitel 6.2) analysiere ich exemplarisch drei heteronormative Herrschaftstechniken. *Erstens* zeige ich auf, wie in der medizinischen Wissensproduktion normative und essentialistische Definitionen von Geschlecht und Familie getroffen werden und wie damit trans Personen unsichtbar gemacht und geothert werden (Kapitel 6.3). *Zweitens* stelle ich die These auf, dass die Organspender*innen und -empfänger*innen mithilfe von Uterustransplantationen symbolisch und materiell zu Frauen gemacht werden (Kapitel 6.4). Hieran wird ersichtlich, inwiefern heteronormative Disziplinierung alle, d. h. auch heterosexuelle und cisgeschlechtliche Individuen, trifft – und wie damit Heteronormativität als Ideologie und Struktur aufrechterhalten wird. Außerdem wird hier deutlich, dass Heteronormativität kein natürlicher Zustand ist, sondern ständig reproduziert, naturalisiert und legitimiert werden muss. *Drittens* arbeite ich Repronormativität als spezifische Erscheinungsform von Disziplinierung heraus, d. h. das Einfügen von Individuen in gesellschaftliche Normen und Ideen zu Kinderwunsch, Familiengründung, Schwangerschaft usw. (Kapitel 6.5). Wie ich im Fazit zu diesem Kapitel (Kapitel 6.6) ausformuliere, haben Uterustransplantationen theoretisch das Potential, gesellschaftliche Bilder und Normen zu Geschlecht und Körpern zu queeren, d. h. infrage zu stellen und zu wandeln. Stattdessen werden sie als Reproduktionstechnologien eher dazu benutzt, Heteronormativität als System zu stützen. Queere Körper, Reproduktionspraxen und Verwandtschaftsverhältnisse werden in diesem Diskursstrang nicht sichtbar und scheinen unintelligibel, solange sie nicht in heteronormative Reproduktionslogiken diszipliniert werden können.

Kapitel 7 stellt meine Analyseergebnisse zu *Heteronormativität in der medizinischen Lehre* vor. Mit einer Analyse von Lehrmaterialien (d. h. Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning-Module), die im Medizinstudium zum Einsatz kommen, präsentiere ich, wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in medizinischen Lehrmaterialien dargestellt werden, d. h. was und wie Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen (sollen). Nach einer Beschreibung der analysierten Dokumente (Kapitel 7.1) zeige ich auf, dass Medizinstudierenden vermittelt wird, dass es zwei (und nur zwei) Geschlechter gibt, die klar voneinander abgrenzbar sowie einfach unterscheidbar sind und die ausschließlich cis- und endonormativ definiert werden (Kapitel 7.2). Außerdem wird in den analysierten Materialien eine konstitutive Verwobenheit von Geschlecht und Sexualität erkennbar und damit genau das, was Judith Butler (2016 [1991]) als *Heterosexuelle*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Matrix theoretisiert. Sexualität findet in der Darstellung der Lehrmaterialien ausschließlich zwischen cis Männern und cis Frauen in Form von potentiell reproduktivem Penis-in-Vagina-Sex innerhalb romantischer und monogamer Beziehungen statt. Queere Sexualität wird nicht thematisiert oder (im Fall von Männern, die Sex mit Männern haben) als gefährlich, exzessiv und evolutionsbiologisch nutzlos dargestellt (Kapitel 7.3). Ich stelle hier die These auf, dass sich in den Lehrmaterialien (und damit in der Medizin als Ganzer) eine *Rhetorische Akzeptanz* von Homo- und Bisexualität zeigt, wobei ich auf Angelika Wetterers (2003) Konzept der rhetorischen Modernisierung rekurriere (Kapitel 7.4). Auf der sprachlichen Ebene wird Homosexualität in den Lehrmaterialien einerseits als normale, akzeptanzwürdige sexuelle Orientierung präsentiert. Gleichzeitig wird sie als erklärungsbedürftig und fundamental anders als Heterosexualität konzipiert, während Heterosexualität als Norm weder hinterfragt noch dekonstruiert wird. Dies mache ich fest am Fehlen komplexer, d. h. multidimensionaler Darstellungen queerer Existenzweisen sowie an heteronormativen Vorannahmen, die über Patient*innen getroffen werden. Diese *Rhetorische Akzeptanz* verunmöglicht also eine Thematisierung der vergangenen und gegenwärtigen Marginalisierung queerer Personen in der Medizin. Ich gehe in Kapitel 7 außerdem auf verschiedene Herrschaftstechniken ein, wie ich sie in Kapitel 2 entworfen habe, darunter die Unsichtbarkeit von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt (Kapitel 7.5-7.7). Anschließend formuliere ich aus, inwiefern die Lehrmaterialien die Grundlage für die medizinische Normierung, Disziplinierung und Kontrolle queerer Personen darstellen (Kapitel 7.8).

In *Kapitel 8* analysiere ich *Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis* am Beispiel der Erfahrungen von asexuellen Patient*innen in der Medizin. In zwei Gruppendiskussionen berichten asexuelle Personen aus Deutschland und der Schweiz, wie sie Interaktionen mit Ärzt*innen erleben. Ich analysiere, wie sich in ihren Schilderungen das Erleben von Heteronormativität zeigt und welche Konsequenzen diese Erlebnisse für sie haben. Zu Beginn des Kapitels arbeite ich heraus, was diese Perspektive auf das Patient*innen-Erleben und auf asexuelle Personen in ihrer spezifischen Position und Vulnerabilität für meine Ergebnisse bedeutet und gebe eine kurze Einführung in Asexualität als sexuelle Orientierung (Kapitel 8.1). Ich zeige in der Analyse auf, dass die Teilnehmer*innen in der medizinischen Behandlungspraxis heteronormativen Vorannahmen zu Sexualität ausgesetzt sind, die sie in ihrer Asexualität unsichtbar machen und die sie ggf. aktiv berichtigen müssen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten. Außerdem erarbeite ich, ob und wie die Teilnehmer*innen anhand ihrer Positionierung als junge, nicht-cis-männliche, queere Patient*innen epistemische Gewalt erleben, da ihnen von ihren Ärzt*innen nicht geglaubt wird und sowohl Ärzt*innen als auch Patient*innen epistemische Ressourcen zu Asexualität fehlen. Ich thematisiere, inwiefern Asexualität in der Medizin (z. B. in der Anamnese) unsichtbar und unintelligibel ist und welche Auswirkungen dies auf die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitshandeln asexuel-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ler Patient*innen hat. Es wird dabei insbesondere deutlich, dass es keine feststehenden Behandlungsrichtlinien für sexuell nicht aktive Patient*innen in der Gynäkologie gibt. Die Patient*innen müssen daher selbst *Health Literacy* aufbringen, um ihr individuelles Risiko z. B. für ↗Cervixkrebs abzuschätzen und eine angemessene Behandlung zu erhalten. Ich beschreibe weiterhin, ob und wie Asexualität heute in der Medizin medikalisiert ist und wie Ärzt*innen und Patient*innen mit dieser spezifischen Form der Problematisierung umgehen. Wenn also Ärzt*innen Asexualität nicht als legitime sexuelle Orientierung anerkennen bzw. anerkennen können, problematisieren und medikalisieren sie sie, d. h. sie machen Asexualität zum Gegenstand von (medizinischen) Erklärungsversuchen, Diagnosen und Therapien (Kapitel 8.2-8.3). Zum Schluss illustriere ich, welche Folgen die Erfahrungen der asexuellen Patient*innen für ihren Gesundheitszustand, ihre Gesundheitsversorgung und ihr Gesundheitshandeln haben. Außerdem gebe ich wieder, welche Handlungsstrategien die Teilnehmer*innen für Kontakte mit dem Gesundheitssystem entwickeln müssen und was sie sich von einer nicht-heteronormativen Behandlung wünschen (Kapitel 8.4).

Im *Fazit* dieser Arbeit fasse ich die zentralen Ergebnisse anhand meiner Forschungsfragen zusammen (Kapitel 9.1). Ich expliziere, was es bedeutet, dass die Medizin von Heteronormativität durchzogen ist, wie sich dies zeigt und beziehe mich auf den ausgeführten Forschungsstand zurück (Kapitel 9.2). Ich schlage vier Erweiterungen von Heteronormativität vor, die sich aus meinen Ergebnissen ableiten lassen, um Heteronormativität als analytisches und theoretisches Konzept weiterzuentwickeln (Kapitel 9.2). Ich schlage außerdem eine Analysematrix mit vier Aspekten vor, um Heteronormativität als theoretisches und analytisches Konzept auf andere Untersuchungsgegenstände anwendbar zu machen: Dimensionen, Ebenen, Texturen und Herrschaftstechniken von Heteronormativität (Kapitel 9.3). Anschließend arbeite ich heraus, inwiefern Heteronormativität in der Medizin als Erklärungsmodell für die schlechte Gesundheitsversorgung und den schlechten Gesundheitszustand queerer Menschen fungieren kann (Kapitel 9.3). Nach einer kurzen Reflexion meines Forschungsprozesses (Kapitel 9.4) gehe ich auf die Frage ein, wie eine queer-affirmative Gesundheitsversorgung für queere Menschen aussehen kann (Kapitel 9.5).

1.6 Reflexion von Normativität

Wie ich in dieser Einleitung kurz angesprochen habe (und in Kapitel 3.6 weiter ausführe), haben lesbische, schwule, bisexuelle, asexuelle, aromantische, trans, inter*, polyamoröse und (andere) queere Personen insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand und eine schlechtere Gesundheitsversorgung als endogeschlechtliche, cisgeschlechtliche, allosexuelle, alloromantische, monoamoröse

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und heterosexuelle Personen. Manche queeren Personen nehmen auch in Notfallsituationen keine medizinische Hilfe in Anspruch, weil sie Marginalisierung antizipieren. Queere Menschen erleben, wie ich zeige, auf vielfache Weise Marginalisierung im Gesundheitssystem. Dieser Arbeit liegt die normative Haltung zugrunde, dass queere Personen ein Recht auf eine gute Gesundheitsversorgung haben. Das impliziert den Zugang zu marginalisierungssensibler und -freier Gesundheitsversorgung, sowie denn Anspruch, dass queere Personen das Gesundheitssystem als einen sicheren Raum wahrnehmen können sollten. Ich distanziere mich also von pathologisierenden, normierenden und *othernden* Perspektiven auf sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt. Dennoch geht es mir in dieser Arbeit nicht darum, das Gesundheitssystem im Allgemeinen bzw. Ärzt*innen im Spezifischen zu verurteilen – sondern zu analysieren, inwiefern Heteronormativität in der Medizin systematischen Charakter hat, wie subtil Heteronormativität sich in medizinische Strukturen und Praxen eingeschrieben hat und wie Ärzt*innen in eine heteronormative medizinische Praxis sozialisiert werden. Insofern ist mein Forschungsvorhaben kein normatives, sondern ein analytisches, das auf eine qualitativ gute, gerechte, angemessene und sensible Gesundheitsversorgung zielt.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-NC

2. Theoriekapitel Heteronormativität

2.1 Ideengeschichte

Vorläufer

Als eine der ersten Theoretisierungen von Heteronormativität gilt ein von der US-amerikanischen Feministin Adrienne Rich (1980) verfasstes Essay. Darin fordert sie, ↗Heterosexualität als machtvolle gesellschaftliche Instanz samt seinen Wechselwirkungen mit dem Patriarchat in den Blick zu nehmen und nicht als natürlich oder selbstverständlich vorauszusetzen. Rich analysiert bereits sowohl die Formen dieser Struktur, wie die gesellschaftliche Unsichtbarkeit queerer Personen (Rich 1980, S. 635), als auch die Folgen für die Marginalisierten, z. B. Abwertung als deviant und krankhaft (Rich 1980, S. 652). Ähnliche Überlegungen finden sich später auch bei der feministischen Theoretikerin Monique Wittig. Sie bezeichnet Heterosexualität als soziales System (Wittig 1992, S. 20). Darunter versteht sie, dass Heterosexualität der Gesellschaft als implizite Vorannahme bzw. unausgesprochene Regel zugrunde liegt und dass zahlreiche gesellschaftliche Aspekte – so z. B. die Sprache – von ihr durchwoben sind (Wittig 1992, S. 27).

Begriffsgeschichte

Der Begriff Heteronormativität findet sich zum ersten Mal bei dem Sozialtheoretiker Michael Warner. Sein Text speist sich aus Frustration mit aktivistischen und akademischen Diskursen, in denen Sexualität zwar teilweise als gesellschaftliches Machtgefüge anerkannt, aber mit Heterosexualität als Norm und Ausgangspunkt verhandelt wurde (Warner 2004, S. 8–10). Warner fordert eine Analyse der Institutionen, die diese Norm konstituieren und reproduzieren (Warner 2004, S. 11–13). Klapeer fasst die durch Warner eingeleitete Wende treffend zusammen:

> »Es geht nun keineswegs mehr um Möglichkeiten oder Strategien der/zur ›Toleranz‹ oder auch ›Anerkennung‹ von LGBTIQs in einer weiterhin heteronormativ strukturierten Gesellschaft, sondern es werden jene Praktiken, Systeme, Institu-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> tionen und Diskurse in den Blick genommen, welche (sexuelle und geschlechtliche) Devianz erst *produzieren* (oder historisch produziert haben), welche Heterosexualität und zweigeschlechtliche Normen einsetzen und derart bestimmte Existenzen und Lebensweisen privilegieren und fördern, während Diskriminierung und Gewalt gegen LGBTIQs legitimiert oder nur bedingt sanktioniert wird« (Klapeer 2015, S. 27–30 [HiO]).

Mit Warners Arbeit wird Heteronormativität zu einem erklärungsbedürftigen Phänomen gemacht; Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit werden entselbstverständlicht und ent-naturalisiert und zu zentralen Strukturkategorien anstelle von individuellen Merkmalen gemacht. Mit der Analyse von Heteronormativität nach Warner ist zugleich ein politisches Moment verbunden es geht immer auch um eine »Destabilisierung, Kritik und Intervention in dieses Normalisierungsregime« (Klapeer 2015, S. 30).

2.2 Die Heterosexuelle Matrix

Begriffsbestimmung

Der*die Philosoph*in Judith Butler führt die ausgeführten Theoretisierungen unter dem Begriff ›heterosexuelle Matrix‹ weiter (Butler 2016 [1991]). Mit ›heterosexueller Matrix‹ ist gemeint, dass in der Geschlechterordnung, in der wir leben, nicht nur anatomisches Geschlecht (*sex*) und Geschlechtsidentität (*gender*), sondern auch das Begehren (*desire*) untrennbar miteinander verwoben sind. Wie Butler schreibt: »Die heterosexuelle Fixierung des Begehrens erfordert und instituiert die Produktion von diskreten, asymmetrischen Gegensätzen zwischen ›weiblich‹ und ›männlich‹, die als expressive Attribute des biologisch ›Männlichen‹ (*male*) und ›Weiblichen‹ (*female*) verstanden werden« (Butler 2016 [1991], S. 38). Das bedeutet: Männer gelten erst dann als wahre und richtige Männer, wenn sie Frauen begehren (Bublitz 2013, S. 66). Butler bricht mit der Vorstellung, dass ein bestimmtes anatomisches Geschlecht eine bestimmte Geschlechtsidentität und eine bestimmte ↗sexuelle Orientierung hervorbringt (Butler 2016 [1991], S. 67; vgl. Degele 2005; Wagenknecht 2007; Bublitz 2013) und entlarvt alle drei Kategorien als gesellschaftliche Konstruktionen (Butler 2016 [1991], S. 24). Kurz gefasst beschreibt Heteronormativität in Anschluss an Butler also »ein binäres Geschlechtersystem, in welchem lediglich genau zwei Geschlechter akzeptiert sind, und das Geschlecht mit Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexueller Orientierung gleichgesetzt« wird (Degele 2005, S. 19). Heterosexualität dient gleichzeitig als Regulierungsinstanz von Geschlechternormen (Maihofer 2015) und als zugrundeliegender ›Sinn‹ von Zweigeschlechtlichkeit (Hark 2016, S. 55). Andrea Maihofer spricht daher auch von einer »heterosexuelle[n]

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Geschlechterordnung« (Maihofer 1997, S. 19). Die Butlersche Triade von *sex*, *gender* und *desire* wird u. a. von der Aktivistin und Soziologin Rachel Epstein erweitert. Sie zeigt in ihrer Analyse von Heteronormativität in Reproduktionskliniken, dass ein bestimmtes Begehren auch mit bestimmten sexuellen Praktiken verbunden wird und konstatiert deshalb »sex = gender = sexual orientation = sexual practices« (Epstein 2018, S. 1047).

Zweigeschlechtlichkeit

Die Basis von Heteronormativität ist nach Butler die zweigeschlechtliche Ordnung, die vermeintlich aus Geschlechtskörpern herausgelesen und zur zentralen Strukturkategorie der Gesellschaft wird (Butler 2009, S. 84). Zweigeschlechtlichkeit meint hier nicht nur ein bipolares System, sondern auch ein hierarchisches, womit die Macht von Männern über Frauen und alle anderen Menschen in den Blick kommt (Hark 2016, S. 64). Zweigeschlechtlichkeit wird von gesellschaftlichen Akteur*innen durch ihre Handlungen aufrecht erhalten, so dass sie immer wieder neu konstruiert, naturalisiert und bestätigt wird (Butler 1995, S. 178; vgl. Degele 2005; Kleiner 2016). Die so hergestellte Zweigeschlechtlichkeit ist konstitutiv mit Heterosexualität verwoben und beides konstituiert sich gegenseitig als Norm (vgl. Degele et al. 2012).

Performance und Subjektivität

Butlers Beitrag liegt in der Herausarbeitung von Geschlecht als Performance: Heteronormativität wirkt nicht nur auf Individuen ein, sondern wird auch durch Individuen mit ihrer Eingebundenheit in soziale Normen performativ selbst hergestellt (Butler 2016 [1991], S. 213; vgl. Maihofer 1997). Diese Herstellung vollzieht sich immer und immer wieder; sie wird ständig aktualisiert, aufgeführt und verkörpert – nur so wird sie stabilisiert, aufrechterhalten und behält ihre Legitimation (Butler 1995, S. 22; vgl. Rose 2015, S. 330). Butler schließt hier an Foucaults Machtverständnis an (siehe Kapitel 3.2) und versteht Macht als Bedingung für die individuelle Daseinsberechtigung, d. h. nur durch die Unterordnung unter herrschende Normen werden Menschen subjektiviert (Butler 2001, S. 8–16). Im Hinblick auf Heteronormativität ist dies insofern spannend, als dass sie als Machtform auch auf heterosexuelle und ↗cisgeschlechtliche Menschen wirkt und diese sich ebenfalls den herrschenden Normen unterwerfen müssen, um als Subjekte anerkannt zu werden (Maihofer 2015).[1]

1 Ein Beispiel hierfür wäre die Unterteilung in vermeintlich ›normale‹ und ›perverse‹ Sexualpraktiken (vgl. Rubin 2012 [1984]).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Intelligibilität

Menschen haben nach Butler nur dann in einem heteronormativen System eine Stimme, sind nur dann ein Subjekt, werden sogar nur dann als menschlich angesehen, wenn sie ›intelligibel‹ sind, d. h. den vorgegebenen und erwarteten Normen von Geschlecht und Sexualität entsprechen (Butler 2009, 2016 [1991], S. 37–49)[2]: »Intelligible Geschlechtsidentitäten sind solche, die in bestimmtem Sinne Beziehungen der Kohärenz und Kontinuität zwischen dem anatomischen Geschlecht (*sex*), der Geschlechtsidentität (*gender*) […] und dem Begehren [*desire*, AS] stiften und aufrechterhalten« (Butler 2016 [1991], S. 38 [HiO]). Intelligibilität bedeutet ›Verstehbarkeit‹ – wenn ein Mensch in seinem Geschlecht und Begehren im heteronormativen System den Regeln bzw. wiedererkennbaren Mustern folgt, wird er also als Subjekt anerkannt. Die Menschen, die nicht intelligibel sind, bilden für Butler das konstitutive Außen[3] des heteronormativen Systems (Butler 1996, S. 24). Sie sind in der kulturellen Konstruktion von Geschlecht und Sexualität »undenkbare[…], verworfene[…], nicht-lebbare[…] Körper« (Butler 1995, S. 16) und damit besonders verwundbar (Butler 2005, S. 46–61). Der Geschlechterforscher Tamás Jules Joshua Fütty schließt an Butlers Überlegungen an und beschreibt die Subjektwerdung, die nur über die Erfüllung von Zweigeschlechtlichkeitsnormen möglich ist:

> »Im Zusammenwirken von Recht und Medizin sowie Sprache/Diskurs wird die Norm der Cis-Zweigeschlechtlichkeit als vermeintlich ontologische Grundlage naturalisiert, (rechtlich) institutionalisiert und mit normativer Gewalt aufrechterhalten. Die institutionalisierte Cis-Zweigeschlechtlichkeit ist dabei allgegenwärtiger Zwang und eine Gewaltform, die alle Menschen zweigeschlechtlich normiert, normalisiert und reguliert« (Fütty 2019, S. 28).

Ein heteronormatives System normiert also alle Menschen, allerdings ist diese Normierung für die Menschen, die jenen Normen nicht entsprechen, besonders gewaltvoll. Die Möglichkeit queerer Existenzweisen wird damit gesellschaftlich eingeschränkt und bleibt unlesbar (Butler 2009).[4]

---

2 Dabei ist wichtig anzumerken, dass gesellschaftlich Geschlecht und sexuelle Orientierung biologistisch und essentialistisch definiert werden, sie können nicht einfach gewechselt werden und queere Individuen haben so keine Chance, einfach so intelligibel zu werden (vgl. Bublitz 2013, S. 66).

3 Auf welche queeren Personen das in welchem Kontext genau zutrifft, ist jeweils umstritten.

4 Andrea Maihofer benutzt den Begriff der Existensweise, um die Komplexität von vergeschlechtlichtem Dasein zu beschreiben: »›Geschlecht‹ ist nun eine komplexe Verbindung verschiedener Denk- und Gefühlsweisen, Körperpraxen und -formen, sowie gesellschaftlicher Verhältnisse und Institutionen, eben eine historisch bestimmte Art und Weise zu *existieren*« (Maihofer 1997, S. 85 [HiO]). Geschlechtliche Existenzweisen sind dabei an spezifische Anforderungen (also herrschende Normen) gebunden, sonst sind sie nicht intelligibel oder an-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Aktuelle Kritiken und Weiterentwicklungen

Kritiker*innen aus den Gender- und Queer Studies machen darauf aufmerksam, dass der Begriff *Heteronormativität* trotz seiner breiten Verwendung kaum analytisch ausgearbeitet ist (exemplarisch: Klapeer 2015, S. 26). So ist nicht geklärt, wie Heteronormativität als Machtform operiert, mit welchen Techniken sie regiert und wie sie reproduziert wird (Bargetz und Ludwig 2017, S. 119–120). Die Analyse von Heteronormativität als Teil aller gesellschaftlichen Bereiche verbleibt oft bei einer Aufzählung der Institutionen, die Heteronormativität (re-)produzieren, ohne das jeweils ausgeführt wird, inwiefern und womit Heteronormativität hier regulierend wirkt. Geschlechterforscher*in Yv Nay konstatiert: »Wenn an einem Begriff ›Heteronormativität‹ festgehalten werden soll, muss dieser daher machttheoretisch ausbuchstabiert werden« (Nay 2017, S. 283).

Brigitte Bargetz und Gundula Ludwig schlagen vor, Heteronormativität vor allem über ihre Wirkmächtigkeit in Alltagspraxen zu analysieren:

> »Heteronormativität als heteronormative Hegemonie ist […] eine Machtformation, die nicht primär über Gesetze und Verbote, sondern vielmehr über Zustimmung in alltäglichen zivilgesellschaftlichen Praxen und Auseinandersetzungen ihre Wirkmächtigkeit erlangt. Heteronormativität setzt voraus, dass ein Großteil der Bevölkerung der Auffassung zustimmt, dass Zweigeschlechtlichkeit ›natürlich‹, gegengeschlechtliches Begehren ›normal‹ und Elternschaft selbstverständlich biologisch-zweigeschlechtlich ist« (Bargetz und Ludwig 2017, S. 122; vgl. auch Maihofer 2015).

Insofern muss eine umfassende Analyse beide, sich gegenseitig konstituierende Seiten in den Blick nehmen: *erstens* sowohl alltägliche Wirkmächtigkeit, die ihre Macht nicht aus dem Zwang, sondern der Zustimmung der Individuen zieht (Ludwig 2011, S. 50–52), als auch *zweitens* strukturelle Zwänge und Gewalt, die sich aus Gesetzen, Vorschriften und Normen herleiten.

---

derweitig bedroht (Maihofer 2015, S. 638–648). Ich spreche deshalb in dieser Arbeit in Anlehnung an Utan Schirmers Weiterentwicklung (2013, S. 175–176) von Maihofers Begriff auch über queere Existenzweisen, um eine historisch spezifische, in bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse eingebundene Art, queer zu sein, zu beschreiben. Schirmer (2013, S. 175) beschreibt mit dem Begriff »trans*-queere Existenzweisen« »(marginalisierte oder minoritäre) ›gelebte Denk-, Gefühls- und Körperpraxen‹, die nicht jenseits oder außerhalb des hegemonialen Geschlechterdiskurses stattfinden, sich aber dennoch durch eine spezifische Eigenlogik auszeichnen«.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2.3 Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt und Queer

Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt

Der Begriff ›sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt‹ wird in den letzten Jahren vermehrt in akademischen Diskursen gebraucht (Timmermanns und Böhm 2020, S. 13). Durch ihn wird die Diversität von sexueller und romantischer Orientierung und Geschlecht[5] verdeutlicht. Anders als bei Queer (s. u.) und dem Akronym LSBATIQ (in seinen mannigfaltigen Varianten) sind in diesem Begriff Heterosexualität, ↗Endogeschlechtlichkeit und Cisgeschlechtlichkeit mitgedacht und explizit als Teil dieser Vielfalt (und nicht als unsichtbare Norm) konzipiert (Hartmann 2018, S. 48). Ich verwende diesen Begriff also dann, wenn ich von Menschen aller sexuellen und romantischen Orientierungen und aller geschlechtlichen Existenzweisen spreche.

Queer

Dagegen nutze ich in dieser Arbeit den Begriff ›queer‹[6], um diejenigen zu beschreiben, deren Geschlecht und/oder sexuelle bzw. romantische Orientierung nicht der Heteronormativität entsprechen, die also in einem heteronormativen System marginalisiert werden. Queer umfasst daher auch die Erfahrungen derjenigen, die ↗Label wie z. B. schwul, lesbisch, bisexuell, trans, inter* oder polyamorös nicht für sich nutzen.[7] Denn: Zurecht wird das Akronym LSBATIQ in all seinen Variationen als ausschließend und einengend kritisiert. Gleichzeitig wird die Verwendung von *Queer* als Sammelkategorie ebenfalls kritisiert, bspw., da sich nicht alle Personen, die laut meiner Definition unter den Begriff fallen, selbst auch so bezeichnen. Es existiert allerdings auch keine weit verbreitete Begriffsalternative, so dass queer als umfassendster Begriff trotzdem genutzt wird.

Ich folge also der dritten Bedeutung von ›queer‹, die Gudrun Perko (2005, S. 17–21) als »plural-queer« ausformuliert, im Sinne eines Rekurs auf US-amerikanische Kontexte, in denen die Verwendung von ›schwul-lesbisch‹ als Sammelbegriff als verkürzt und ausschließend kritisiert wird. ›Queer‹ ist somit ein strategisch-

5 Häufig bezieht sich die Geschlechtervielfalt in diesem Begriff nicht nur auf die Vielfalt von Identitäten, Selbstbezeichnungen und Körpern, sondern denkt auch die Vielfalt von Geschlechterausdruck, -verhalten etc. mit.

6 Zur Begriffsgeschichte von ›queer‹ siehe Degele (2005).

7 »Aber wenn wir uns entscheiden, uns gegen die Gewalt zu verteidigen, müssen wir uns davor hüten, sie durch eine andere Form von Gewalt zu ersetzen. Welche Version von ›lesbisch‹ oder ›schwul‹ sollte sichtbar gemacht werden, und zu welchen internen Ausschließungen würde dies führen?« schreibt schon Butler (1996, S. 23), was mich zu diesem Schritt inspirierte.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

politischer Begriff, der sich gegen eine eindeutige Kategorisierung und Identitätspolitiken wehrt und Selbstdefinitionen, Bündnispolitiken und Solidarität priorisiert.[8] Die Queer Studies verstehen sich daher grundsätzlich als politisierte Wissenschaft, die aktiv am gesellschaftlichen Wandel mitarbeitet (Wagenknecht 2007, S. 18; Degele 2008).

2.4 Dimensionen von Heteronormativität

Ich konzipiere Heteronormativität in dieser Arbeit als eine Struktur (vgl. López und Scott 2000) mit verschiedenen Dimensionen. Diese bilden den ›Inhalt‹ von Heteronormativität, d. h. bspw. die Vorannahmen über Menschen in einem heteronormativen System.[9] Ohne ein Verständnis dieser normativen Annahmen ist Heteronormativität nicht fass- oder analysierbar. Die Dimensionen sind miteinander verwoben und verweisen gegenseitig aufeinander. Sie wirken auf verschiedenen Ebenen, sind also nicht nur auf zwischenmenschliches Verhalten wie z. B. Beleidigungen beschränkt. Außerdem sind sie voneinander abhängig: »Vielmehr sind es Entscheidungen von Individuen, getragen von einer jeweiligen Haltung, die Regelungen, Gesetze und Strukturen schaffen, und umgekehrt prägen diese die Individuen« (Küpper und Zick 2015, S. 7).

Heteronormativität betrifft alle Menschen. Von dieser gesellschaftlichen Norm marginalisiert sind all jene, deren Geschlecht bzw. sexuelle und romantische Orientierung nicht der dyadischen, cisnormativen Zweigeschlechtlichkeit, Mononormativität, Allonormativität, Amatonormativität (s. u.) und normativen Heterosexualität entspricht.[10] Heteronormativität wirkt aber auch auf Menschen normierend, die den Normen grundsätzlich entsprechen, z. B. durch die Angst, dennoch für nichtheterosexuell oder nicht cisgeschlechtlich gehalten zu werden.

In meiner Ausführung heteronormativer Dimensionen stelle ich jeweils zwei Begriffe nebeneinander, wie z. B. Afeindlichkeit und Allonormativität. Während Afeindlichkeit die Diskriminierung asexueller Menschen beschreibt, steht Allonormativität für die normative Annahme, alle Menschen könnten grundsätzlich

8 Ich verwende den Begriff ›queer‹ hier auch nicht als Identitätskategorie, sondern als soziale Positionierung.

9 Während zu einigen Dimensionen bereits akademische Überlegungen vorliegen, muss bei anderen auf aktivistisches und journalistisches Wissen zurückgegriffen werden.

10 Hier zeigt sich bspw. der Begriff ↗MSM, der in der ↗HIV-Prävention genutzt wird als nützliches Beispiel, da er unabhängig von Identitätskategorien die Menschen mit einem bestimmten Verhalten in den Blick nimmt. Um von Heteronormativität marginalisiert zu werden ist nicht entscheidend, ob eine Person sich mit einer spezifischen Identitätskategorie labelt – entscheidend ist z. B. das sexuelle Verhalten oder die Geschlechtspräsentation.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sexuelle Anziehung spüren. Die beiden Begriffe sind also jeweils zwei Seiten derselben Medaille.[11]

2.4.1 Geschlechterbinarität und Geschlechterverhältnis

Wie bereits beschrieben sind zwei zentrale Dimensionen von Heteronormativität die Geschlechterbinarität und das Geschlechterverhältnis (Villa 2011, S. 36–37).

Geschlechterbinarität

Die Geschlechterforschung versteht Geschlechterbinatität als die gesellschaftliche Annahme, dass ein Mensch nur eines von zwei Geschlechtern, männlich oder weiblich, haben kann. Geschlecht wird hier sowohl als Körper, als auch als Identität, Ausdruck, Rolle usw. verstanden. Die beiden Geschlechter werden scharf voneinander abgegrenzt und als Gegensätze konzipiert, die sich gegenseitig ergänzen. Dafür werden Männern und Frauen jeweils bestimmte körperliche Merkmale (s. u.), Persönlichkeiten und Eigenschaften zugeschrieben (Kuster 2019). Andere Geschlechter oder geschlechtliche Zwischenstufen werden in einem binären System nicht anerkannt, sondern marginalisiert und diszipliniert. Männer und Frauen stehen außerdem in einem spezifischen, durch Hierarchie geprägten Verhältnis zueinander, das ich für diese Analyse mit den Begriffen Sexismus und Misogynie fasse.

Sexismus

Ich beziehe mich auf den Vorschlag zur Wiederaneignung und Neubestimmung des Sexismus-Begriffs nach den Geschlechterforscherinnen Dominique Grisard und Andrea Maihofer (2016). Danach beschreibt Sexismus »jegliche Form von Gewalt, Ausbeutung und Diskriminierung, sowie Identitäts- und Verhaltensanforderungen aufgrund von Geschlecht« (Grisard und Maihofer 2016, S. 28). Grisard und Maihofer beziehen sich in ihrer Konzeption auf die Linguistin Sarah Mills. Sie klassifiziert Aussagen dann als sexistisch, wenn sie (1) auf Geschlecht fokussieren, wo dieses irrelevant ist, (2) auf stereotypen und veralteten Geschlechtervorstellungen beruhen, (3) ↗androzentrisch sind oder (4) wenn Aktivitäten, die weiblich assoziiert sind, trivialisiert oder abgewertet werden (Mills 2008, S. 2). Sexismus tritt bspw. in Form von Hierarchisierung und Naturalisierung von Geschlecht auf und findet sich auf der symbolischen, institutionellen und individuellen Ebene (Grisard und Maihofer 2016, S. 29). Grisgard und Maihofer betonen, dass Sexismus multidimensional

11 Das gilt so nicht für Geschlechterbinarität und das Geschlechterverhältnis.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

betrachtet werden muss, d. h. in seinem konstitutiven Zusammenhang mit Rassismus, Klassismus und anderen Differenzkategorien (Grisard und Maihofer 2016, S. 30). Sie schließen außerdem an Foucault an (s. u.) und betrachten Sexismus als repressiv und produktiv zugleich, da er vergeschlechtlichte Subjekte hervorbringt (Grisard und Maihofer 2016, S. 31).

Misogynie

Die Sozialphilosophin Kate Manne (2019, S. 13) versteht Misogynie als eines von vielen Werkzeugen (ebenso wie z. B. Rassismus), die ein patriarchales System stützen. Manne warnt davor, Misogynie einfach als individualisierten Frauenhass[12] zu verstehen und schlägt daher vor, den Begriff auszulegen als

> »[…] primarily a property of social environments in which women are liable to encounter hostility due to the enforcement and policing of patriarchal norms and expectations – often, though not exclusively, insofar as they violate patriarchal law and order. Misogyny hence functions to enforce and police women's subordination and to uphold male dominance, against the backdrop of other intersecting systems of oppression and vulnerability, dominance and disadvantage, as well as disparate material resources, enabling and constraining social structures, institutions, bureaucratic mechanisms, and so on« (Manne 2019, S. 19).

Für Manne ist Sexismus der Teil patriarchaler Ideologie, der die Geschlechterordnung rationalisiert und rechtfertigt, während Misogynie die Geschlechterordnung kontrolliert und ideologisch durchsetzt (Manne 2019, S. 20). Während also Sexismus eine Unterscheidung zwischen Männern und Frauen trifft, trifft Misogynie eine Unterscheidung zwischen ›guten‹ und ›schlechten‹ Frauen (Manne 2019, S. 79–80).

2.4.2 Heterosexismus und Homofeindlichkeit

Definitionen

Homosexualität ist der diffuse Überbegriff für das Begehren, die Sexualpraktiken und Identitäten lesbischer und schwuler Menschen. Da der Begriff eine medikalisierte Geschichte (siehe Kapitel 3.5) hat, verwende ich in dieser Arbeit eher die Selbstbezeichnungen ›lesbisch‹ und ›schwul‹. Schwule und lesbische Menschen erleben sowohl Heterosexismus als auch Homofeindlichkeit[13], wobei häufig Ho-

12 Da patriarchale Logik auf einem cisnormativen und binären Geschlechtermodell basiert, spricht Manne (2019, S. 27) von Frauen als Opfern von Misogynie.

13 Da ›Homophobie‹ Homofeindlichkeit fälschlicherweise im Sinne einer Angststörung beschreibt, benutze ich diesen Begriff (und auch ›Transphobie‹ etc.) in dieser Arbeit nicht.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

mofeindlichkeit mit Schwulenfeindlichkeit gleichgesetzt wird. Der Psychologe Gregory Herek definiert Heterosexismus als »cultural ideology embodied in institutional practices that work to the disadvantage of sexual minority groups even in the absence of individual prejudice or discrimination« (Herek 2007, S. 907). Herek beschreibt weiter, dass durch zwei verschiedene Prozesse die Unterwerfung queerer Menschen legitimiert und fortgeführt wird: *Erstens* wird gesellschaftlich davon ausgegangen, dass alle Menschen heterosexuell sind, wodurch queere Menschen unsichtbar gemacht werden. *Zweitens* werden sichtbar queere Personen problematisiert:

> »Nonheterosexuals, homosexual behavior, and same-sex relationships are presumed to be abnormal and unnatural and, therefore, are regarded as inferior, as requiring explanation, and as appropriate targets for hostility, differential treatment and discrimination, and even aggression« (Herek 2007, S. 907–908).

Während also Heterosexismus eine eher subtile Ideologie und Normsetzung beschreibt, steht der Begriff Homofeindlichkeit für explizite Diskriminierung gegen schwule und lesbische Menschen, bzw. Menschen, die als schwul oder lesbisch wahrgenommen werden. Die Sozialpsycholog*innen Beate Küpper und Andreas Zick definieren Homofeindlichkeit folgendermaßen: »Im Kern geht es bei der Homophobie darum, dass Menschen aufgrund der tatsächlichen oder vermeintlichen Abweichung ihrer […] sexuellen Orientierung von dem, was als ›normal‹ angesehen wird, abgewertet, diffamiert und ausgegrenzt werden« (Küpper und Zick 2015, S. 5). Homofeindlichkeit und spezifisch Schwulenfeindlichkeit ist eng mit Misogynie und Sexismus verknüpft (Wolf 2004, S. 72; Kraß 2011, S. 142). Das Aufwachsen und Leben in homofeindlichen Strukturen führt bei vielen Schwulen und Lesben auch zu Homofeindlichkeit, die gegen die eigene Person gerichtet ist (sogenannte *internalisierte Homofeindlichkeit*), was u. a. zu selbstzerstörerischem Verhalten führen kann (Bauer 2018, S. 145–146).[14] Vorurteile gegen schwule Personen umfassen die Vorstellung, sie seien verweiblicht, ↗promiskuitiv, ↗pädophil, amoralisch, sündig, unnatürlich, pervers und bindungsunfähig (Katz 1976; Rauchfleisch 1996; Kraß 2011; Bauer 2018). Diese Vorurteile können zu Gewalt gegen Personen führen, die als nicht-heterosexuell wahrgenommen werden (Rauchfleisch 1996, S. 130; Wolf 2004, S. 72).

Lesbenfeindlichkeit

Homofeindlichkeit gegen lesbische Personen ist weniger ausführlich analysiert, sodass oft nicht einmal sichtbar ist, dass und inwiefern lesbische Personen margi-

14 Analog gibt es auch z. B. internalisierte Transfeindlichkeit.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nalisiert werden. Gewalt und Diskriminierung gegen lesbische Personen wird oft unter die Diskriminierungserfahrungen von schwulen Personen subsumiert, dabei erleben lesbische und schwule Personen unterschiedliche Formen von Homofeindlichkeit (Wolf 2004, S. 69). Neuere Arbeiten definieren Lesbenfeindlichkeit als eine spezifische ↗Intersektion von Homofeindlichkeit und Sexismus, die z. B. in der Sexualisierung lesbischer Personen resultiert (Curran 2015). Die Soziologin Lising Pagenstecher und die Musikwissenschaftlerin Eva Rieger verstehen Lesbenfeindlichkeit als die »Reaktion auf die Verweigerung repressiver Weiblichkeitsnormen« (Pagenstecher und Rieger 1983, S. 167), da lesbische Personen gesellschaftliche Konzepte wie geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, Werteverhältnisse, Ehe und heteronormative Sexualität durchkreuzen würden (Pagenstecher und Rieger 1983, S. 167). Der*die Psychotherapeut*in Gisela Wolf begreift lesbenfeindliche Vorurteile und Stereotype als Stigmatisierung mit dem Ziel, heterosexuelle Personen in ihrer Normalität zu bestätigen (Wolf 2004, S. 70). Dies habe außerdem eine erziehende Funktion auf alle Personen mit der Botschaft, sie könnten ihre eigene Lebensweise nur innerhalb heteronormativer Verhältnisse wählen (Wolf 2004, S. 70).

2.4.3 Mononormativität und Bifeindlichkeit

Definitionen

Ich verstehe Bisexualität für diese Arbeit als Überbegriff für alle Menschen, die sich zu Menschen von mehr als einem Geschlecht sexuell hingezogen fühlen. Dies schließt also auch Label wie ↗pansexuell, ↗multisexuell oder ↗polysexuell mit ein. Die spezifische Marginalisierung von Bisexualität wird Mononormativität[15] bzw. Bifeindlichkeit genannt. Diese überschneiden sich mit Heterosexismus und Homofeindlichkeit, weswegen ich nur ausführe, welche spezifischen Unterschiede sich für bisexuelle Menschen ergeben.

Vorurteile und Mononormativität

Der bisexuelle Aktivist Frank Thies fasst die Marginalisierungserfahrungen bisexueller Personen treffend zusammen:

> »Bisexuelle Personen sind von denselben Diskriminierungsstrukturen betroffen, wie Homosexuelle, vor allem, wenn sie eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft

15 Sowohl in Bezug auf Bisexualität als auch in Bezug auf Polyamorie wird in der Literatur von Mononormativität gesprochen. Ich verstehe beide Mononormativitäten als distinkte, aber zusammenhängende Marginalisierungsformen und kennzeichne in der Analyse jeweils, über welche Mononormativität ich spreche.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

führen. Aber es gibt außerdem noch spezielle Diskriminierungsformen von Bisexuellen. Dazu gehören die Leugnung, dass Bisexuelle existieren, die Pauschalisierung der Polyamorie durch die Annahme, dass alle Bisexuellen zu jeder Zeit und mit jedem Menschen Sexualkontakte suchten, sowie das Vorurteil, dass Bisexualität nur eine Phase auf dem Weg zur Homosexualität (transitionale Bisexualität) oder zurück zur Heterosexualität (transitorische Bisexualität) sei« (Thies 2019, S. 8–9).

Bisexuelle Personen gelten oft als promiskuitiv, unehrlich und infektiös (insbesondere in Bezug auf ↗STIs) (Eisner 2013, S. 37–40), bzw. maß- und zügellos (Ritter 2019, S. 50). Bisexuelle Frauen werden häufig hypersexualisiert und als Performance für den heterosexuellen, männlichen Blick abgetan (Eisner 2013, S. 161–162), womit sexualisierte Gewalt gegen bisexuelle Frauen legitimiert wird (Eisner 2013, S. 137). Autor*in Shiri Eisner beschreibt mit dem Begriff Mononormativität bzw. Monosexismus »a social structure, operating through the presumption that everyone is, or should be, [↗]monosexual, a structure that privileges monosexuality and monosexual people, and that systematically punishes people who are nonmonosexual« (Eisner 2013, S. 63).

Das subversive Potential von Bisexualität

Eisner führt die Vorurteile gegenüber Bisexualität auf das subversive Potential dieser sexuellen Orientierung zurück, da Bisexualität die zweigeschlechtliche Ordnung, Eindeutigkeiten der heteronormativen Welt und Naturalisierung von sexuellen Orientierungen durcheinanderbringe (Eisner 2013, S. 44). Weithin findet sich gesellschaftlich und wissenschaftlich die Annahme, dass Menschen entweder hetero- oder homosexuell geboren seien und dass es dafür verantwortliche Gene gebe. Diese Alltagstheorie blendet Bisexualität aus und konstruiert sie so als unnatürliche, den biologisierenden Logiken widersprechenden Identität (Eisner 2013, S. 121). Dies wird von queerem Aktivismus und den Gender und Queer Studies gerne ausgenutzt um zu beweisen, dass sexuelle Orientierung kulturell konstruiert und fluide ist – während gleichzeitig kaum Forschung zu Bisexualität durchgeführt wird (Eisner 2013, S. 243).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2.4.4 Allonormativität und Afeindlichkeit[16]

Asexualität und Afeindlichkeit

Asexualität bezeichnet eine eigenständige sexuelle Orientierung, bei der Personen keine oder wenig sexuelle Anziehung gegenüber anderen Menschen verspüren und/oder kein Verlangen nach sexueller Interaktion haben.[17] Personen, die grundsätzlich sexuelle Anziehung verspüren werden allosexuell genannt. Auch gegenüber asexuellen Personen bestehen Vorurteile, bspw. wird Asexualität oftmals als ↗Symptom einer Missbrauchserfahrung, einer Hormonstörung, einer prüden Erziehung oder einer sog. geistigen Behinderung bzw. psychischen Krankheit gedacht (Decker 2014, S. 91–134). Allosexualität dagegen wird als natürlich angesehen und alle Menschen[18] somit als sexuelle Wesen konzipiert (Przybylo 2011, S. 446–448).

Allonormativität

Die Diskriminierungserfahrungen asexueller Personen werden als gesellschaftliche Struktur theoretisiert (Decker 2014, S. 58–68; Milks 2014, S. 111–113; Spahn 2021) und als »Allonormativität« (Chen 2020), »sexual normativity« (DeLuzio Chasin 2011, S. 713–723), »sexusociety« (Przybylo 2011; Chu 2014) oder auch in Anlehnung an Adrienne Rich als »compulsory eroticism« bzw. »compulsory sexuality« (Cerankowski und Milks 2014, S. 1–16) bezeichnet. Die Geschlechterforscherin Kristina Gupta versteht compulsory sexuality als einen Theorierahmen, der u. a. folgendes beinhaltet:

> »[…] the assumption that all people are sexual; the norms and practices that compel people to experience themselves as desiring subjects, take up identities and engage in sexual activity; and the norms and practices that marginalize various forms of nonsexuality […]. Importantly, the concept seeks to emphasize that compulsory sexuality is a system that regulates the behavior of all people, not just those who identify as asexual« (Gupta 2015, S. 134–135).

Asexualität ist in der Gesellschaft, aber auch in queerem Aktivismus sowie in den Gender und Queer Studies weitgehend unsichtbar, was auf Allonormativität zurückzuführen ist (Decker 2014, S. 45–68). In der Folge werden viele asexuelle

16 Zusammenfassende Überlegungen zu Allonormativität habe ich ausführlich schon an anderen Stellen publiziert, vgl. Spahn (2017c, 2018a, 2021).

17 Diese Definition ist in der Wissenschaft, insbesondere in der medizinischen und psychologischen Forschung, umstritten – in der asexuellen Community dagegen weniger. Für einen Überblick über die Definitionsdebatte siehe van Houdenhove et al. (2014).

18 Eine Ausnahme stellen behinderte und hochaltrige Menschen dar.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Personen als schwul, lesbisch oder bisexuell gelesen und erleben dann Homo- bzw. Bifeindlichkeit (DeLuzio Chasin 2015, S. 171). Hierbei wird deutlich, dass verschiedene heteronormative Anforderungen und Narrative untereinander häufig nicht logisch konstistent sind, da insbesondere schwulen und bisexuellen Personen sexuelle Exzessivität nachgesagt wird und dies nicht zu Vorurteilen gegenüber asexuellen Personen passt.

Allonormativität zeigt sich auch in Gesetzen, die den Vollzug einer Ehe für deren Anerkennung voraussetzen, in sozialer Exklusion, wenn an der Sexualkultur (wie bspw. das Sprechen über Beziehungen und Sexualität) einer Gruppe nicht partizipiert wird (und infolgedessen z. B. Diskriminierungen am Arbeitsplatz vorkommen) und auch in religiösen Vorbehalten (Decker 2014, S. 58–63). Asexualität wird kulturell mit Kindlichkeit verbunden, so dass asexuelle Erwachsene oft nicht ernst genommen werden (Decker 2014, S. 7). Eine Studie der Psycholog*innen Cara MacInnis und Gordon Hodson kam zu dem Ergebnis, dass asexuelle Menschen im Gegensatz zu Menschen anderer sexueller Orientierungen als nicht menschlich angesehen werden, sondern als tier- und maschinenähnlich: »This confirms that sexual desire is considered a key component of human nature« (MacInnis und Hodson 2012, S. 739). Damit wird asexuellen Menschen ihr Status als Mensch und Subjekt aberkannt (Gressgård 2013; Flore 2014, S. 19; Milks 2014, S. 106–107). Diese allonormative Setzung kann emotionale, psychische, physische und sexualisierte Gewalt zur Folge haben, u. a. in dem Versuch, asexuelle Menschen zu ›heilen‹ (Decker 2014, S. 42–44). Der*die Psycholog*in CJ DeLuzio Chasin beschreibt, dass Asexualität so unsichtbar ist, dass es gesellschaftlich nicht möglich ist, als asexuell gelesen zu werden (DeLuzio Chasin 2015, S. 171) – und beruft sich damit auf Butlers Theoretisierung von Intelligibilität. Gerade weil Asexualität wenn überhaupt nur als das Fehlen von sexueller Anziehung bezeichnet wird und damit negativ definiert ist, scheint eine Imagination eines asexuellen Subjekts schwer bis unmöglich (Kim 2014; Zimmermann und Bozdoğan 2015, S. 28).

2.4.5 Amatonormativität und Afeindlichkeit[19]

Amatonormativität

Der Begriff Amatonormativität geht auf die Philosophin Elizabeth Brake zurück. Sie versteht darunter die überproportionale gesellschaftliche Wertzuschreibung zu romantischen Beziehungen und Ehen (im Gegensatz zu z. B. Freundschaften), sowie die Annahme, dass »a central, exclusive, amorous relationship is normal for humans,

19 Dass sowohl die Diskriminierung von asexuellen als auch von aromantischen Personen mit Afeindlichkeit bezeichnet wird, ist kein Zufall – sie überscheiden sich und müssen deswegen zusammen gedacht werden.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

in that is a universally shared goal, and that such a relationship is normative, in that it *should* be aimed at in preference to other relationship types« (Brake 2012, S. 88–89 [HiO]). Brake referiert bei der Konzeption des Begriffs Amatonormativität auf Heteronormativität (Brake 2012, S. 89). In amatonormativen Sozialstrukturen werden ↗monogame Liebesbeziehungen privilegiert, in denen die Partner*innen füreinander die höchste Priorität haben (Brake 2012, S. 90). Aber auch explizite Diskriminierungsformen lassen sich an Amatonormativität festmachen: So fehlen z. B. rechtliche Formen der gegenseitigen Absicherung von nicht-romantischen Beziehungen (Brake 2012, S. 94).

Aromantik

Der Begriff ›Amatonormativität‹ wurde von der aromantischen ↗Community aufgegriffen, um ihre Diskriminierungserfahrungen zu beschreiben, wie bspw. ↗Pathologisierung durch Ärzt*innen (LGBTA Wikia o. J.; Neal 2016). Personen auf dem aromantischen Spektrum verspüren keine oder wenig romantische Anziehung gegenüber anderen Personen, verlieben sich nicht oder selten in andere Personen bzw. haben kein oder selten Interesse an romantischen Beziehungen.

2.4.6 Cisnormativität und Transfeindlichkeit

Transgeschlechtlichkeit

Für diese Arbeit verstehe ich eine trans(-geschlechtliche) Person als eine Person, die sich nicht, nur teilweise oder nicht immer mit dem Geschlecht identifiziert, dem sie bei der Geburt zugewiesen wurde (Cerwenka und Nieder 2015, S. 17).[20] Ich spreche explizit nicht von Transsexualität, da dieser Begriff von trans Personen oft als pathologisierend wahrgenommen wird (Born 2014, S. 184), sondern von Transgeschlechtlichkeit[21]. Trans Frauen verstehe ich als Frauen, denen bei ihrer Geburt aufgrund ihrer Körpermerkmale (fälschlicherweise) der Geschlechtseintrag männlich zugewiesen wurde und trans Männer verstehe ich als Männer, denen bei ihrer Geburt aufgrund ihrer Körpermerkmale (fälschlicherweise) der Geschlechtseintrag weiblich zugewiesen wurde. Nicht-binäre Personen sind in meiner Definition unabhängig von körperlichen Merkmalen und Geschlechtszuweisung bei der Geburt Perso-

20 Mit dieser Definition hoffe ich, ein Kontinuum zwischen Cis- und Transgeschlechtlichkeit aufzumachen, anstatt einer Dichotomie.

21 Ich folge damit der Selbstbezeichnung vieler transgeschlechtlicher Personen und einer aktivistischen, nicht medizinisch-rechtlichen Begriffsverwendung (vgl. Ewert 2018, S. 36). Während diese Begriffe innerhalb der trans Community sehr verbreitet sind, sind sie nicht unumstritten bzw. nicht alle trans Personen bezeichnen sich so.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen, die nicht entweder (ausschließlich) männlich oder weiblich sind, sondern z. B. kein Geschlecht haben oder sich in einem Spektrum zwischen männlich und weiblich bewegen (vgl. Spahn 2017a).

Cisnormativität und Transfeindlichkeit

Bei Transfeindlichkeit und Cisnormativität handelt es sich um die heteronormativen Dimensionen, die trans Personen marginalisieren: »Transfeindlichkeit bezeichnet […] die vielschichtigen Formen des Ausschlusses von der Gewalt gegenüber und auch des Einstufens als Fehler oder Abweichung von trans Personen« (Ewert 2018, S. 18–19). Cisnormativität dreht diese Marginalisierungsstruktur begrifflich um und zeigt, wo die Marginalisierung ihren Ursprung hat: in der Annahme, alle Menschen seien cisgeschlechtlich (Ewert 2018, S. 19). Cisnormativität als Konzept wurde von der Sexualmedizinerin Greta R. Bauer et al. (2009) vorgeschlagen, basierend auf einer Interview-Studie mit 85 trans Personen zu ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem. Somit stammt das Konzept bereits aus gesundheitswissenschaftlicher Forschung und beschreibt die Annahme, dass »all research participants are cissexual, that their partners or family members are cissexual, and that their sex and gender have been consistent over the lifetime« (Bauer et al. 2009, S. 352).

Verwobenheit mit Homofeindlichkeit

Fütty führt aus, dass trans Personen häufig von Homofeindlichkeit betroffen seien, da die Zuschreibung einer Normabweichung von Geschlecht mit wahrgenommener oder zugeschriebener sexueller Orientierung eng verbunden ist (Fütty 2019, S. 47). In der Folge kann zwischen Homo- und Transfeindlichkeit keine klare Trennlinie gezogen werden, dennoch dürfen sie nicht gleichgesetzt werden (Fütty 2019, S. 47). Auch deswegen konzipiere ich die verschiedenen Dimensionen von Heteronormativität in dieser Arbeit als zusammenhängend und sich gegenseitig konstituierend.

2.4.7 Endonormativität und Interfeindlichkeit

Intergeschlechtlichkeit

Inter(-geschlechtliche) Personen weichen von der medizinischen Norm ›eindeutig‹ weiblicher bzw. männlicher Körper ab – bei einer kompletten oder partiellen Androgenresistenz, welche eine von vielen intergeschlechtlichen Varianten darstellen, haben sie bspw. Hoden, ihr Körper entwickelt wegen der Androgenresistenz aber auch Brüste. Intergeschlechtlichkeit ist damit ein Überbegriff für viele verschiedene Variationen der Geschlechtlichkeit. Während manche Formen von Intergeschlechtlichkeit vor oder bei der Geburt diagnostiziert werden, erfahren andere inter* Per-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sonen erst während ihrer Pubertät, bei unerfülltem Kinderwunsch oder auch nie von ihrer Intergeschlechtlichkeit. Endogeschlechtliche Menschen dagegen erfüllen die medizinischen Normen zu geschlechtlicher Eindeutigkeit.

Endonormativität und Interfeindlichkeit

Interfeindlichkeit als eigener Begriff ist bisher weder wissenschaftlich noch aktivistisch ausgearbeitet. Ich schlage vor, analog zu Cisnormativität Endonormativität als die Annahme zu fassen, dass alle Menschen medizinisch eindeutig männlich oder weiblich sind. Grundsätzlich wird Intergeschlechtlichkeit in der Medizin und in der Gesellschaft als pathologisch verstanden. Das bedeutet, dass die Vielfalt von Geschlechtskörpern binär eingegrenzt wird und alle Abweichungen als abnorm, unnatürlich und krankhaft gelten (Woweries 2015b, S. 106). In der Konsequenz kann schon die Einteilung in zwei klar voneinander abgrenzbare Geschlechtskörper als endonormativ beschrieben werden (Zobel 2015). Wenn eine intergeschlechtliche Person Genitalien besitzt, die nicht der medizinischen Norm entsprechen, werden diese als »atypisch, als Makel, als ein Gebrechen« (Woweries 2015b, S. 109) beschrieben und normiert, um die erwartete psychosoziale Belastung von Eltern und Kind zu schmälern (Fausto-Sterling 2003; Spahn 2017b; Voß 2019). Die Existenz von intergeschlechtlichen Kindern ist gesellschaftlich so unerwünscht, dass die (Spät-)Abtreibungen aufgrund von pränatal erkannten unerwünschten Chromosomenkonstellationen zunehmen (Zobel 2015, S. 237).

Unsichtbarkeit

Gesamtgesellschaftlich ist Intergeschlechtlichkeit kaum sichtbar, erhält keinen Status als soziale Kategorie, und somit keine neutrale oder positive Anerkennung: »[Eine] atypische geschlechtliche Entwicklung wird […] kaum als eigene Realität mit eigenen Normen untersucht« (Zobel 2015, S. 231). Intergeschlechtliche Menschen und spezifisch ihre Körper werden häufig in queeren und feministischen Diskussionen genutzt, um über den Konstruktionscharakter von Geschlechterbinarität aufzuklären, während die Anliegen von inter* Personen dabei meist untergehen (Zobel 2015, S. 235).

2.4.8 Mononormativität und Polyfeindlichkeit

Polyamorie und Polyfeindlichkeit

Polyamorie verstehe ich als eine Form der romantischen Orientierung eines Menschen, bei der sich eine Person in mehr als eine Person gleichzeitig verlieben kann und ggf. mehr als eine (Liebes-)Beziehung gleichzeitig eingeht, wobei alle Part-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ner*innen mit dem Arrangement einverstanden sind (Schroedter und Vetter 2010, S. 26). Der Gegenbegriff zu Polyamorie ist Monoamorie und die entsprechende Marginalisierungsform, in der monoamore (bzw. monogame) Beziehungen privilegiert werden, wird Mononormativität genannt (Pieper und Bauer 2005, S. 60). Bisher scheint in der Diskussion um die Marginalisierung von Polyamorie noch kein Begriff zu existieren, der, analog zu z. B. Homofeindlichkeit, explizite Abwertungen und Vorurteile, meint. Ich schlage daher in vor, diese Dimension ›Polyfeindlichkeit‹ zu nennen.

Mononormativität

Heteronormativität privilegiert nicht nur heterosexuelle Beziehungen, sondern konstruiert auch die Norm der Zweierbeziehung. Das heißt, polyamoröse Beziehungen werden marginalisiert und »heterosexuelle Paarbildung als Ursprung und Grundlage aller sozialen Beziehungen angesehen und in Diskurse über Körper, Familie, Reife, Gesundheit, Generativität, Erziehung und Nation eingeschrieben« (Hartmann und Klesse 2007, S. 9). Das zeigt sich bspw. daran, dass eine Ehe in Deutschland und der Schweiz nur zwischen zwei Personen geschlossen werden kann. Beziehungen werden gesellschaftlich als monogam konstruiert und diese Monogamie wird naturalisiert (Easton und Hardy 2017, S. 21). Polyamoröse Personen gelten als promiskuitiv, unmoralisch, lieblos, zerstörerisch, sündig und pathologisch[22] (Easton und Hardy 2017, S. 23–26) und ihre Beziehungen als unecht, instabil und kurzfristig (Schroedter und Vetter 2010, S. 31; Easton und Hardy 2017, S. 26–31).

2.5 Herrschaftstechniken von Heteronormativität

Heteronormativität marginalisiert Menschen in vielfältigen Formen, wie z. B. durch Othering, Definitionsmacht, physische, psychische, sexualisierte und emotionale Gewalt, Unsichtbarmachung, (Ent-)Sexualisierung, Medikalisierung (vgl. Kapitel 3.5), Problematisierung, Normierung und Disziplinierung. Diese Formen konzipiere ich in Anschluss an Foucault (2005 [1981], S. 210) als Herrschaftstechniken. Damit meine ich die Formen, mit denen Heteronormativität regiert und woraus sie sich speist bzw. mit denen sie alle Menschen normiert und spezifisch queere Personen marginalisiert. Die Herrschaftstechniken können auf verschiedenen Ebenen stattfinden und verschiedene Texturen annehmen (siehe Kapitel 2.6). Einige dieser Techniken wurden in der Vorstellung der Dimensionen von

22 Hier wird der Zusammenhang zu Vorurteilen gegenüber bisexuellen Personen erkennbar.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Heteronormativität bereits aufgeführt. Die von mir in diesem Unterkapitel vorgeschlagene Liste verschiedener heteronormativer Herrschaftstechniken bezieht sich auf meinen Untersuchungsgegenstand und ist damit auf keinen Fall abgeschlossen oder vollständig.[23] Ich beziehe mich in meiner Konzeption auf die Monographie »Justice and the politics of difference« der Philosophin Iris Marion Young, weil ihr Vorschlag[24] (Young 1990) einer Systematisierung für verschiedenste Marginalisierungsstrukturen zu meiner Schwerpunktsetzung von Marginalisierung als zentralem Überbegriff für die hier vorgestellten Formen von Heteronormativität passt. Außerdem beziehe ich mich auf das Werk Michel Foucaults, auf das ich in Kapitel 3.2 ausführlicher eingehe.

2.5.1 Marginalisierung[25]

Young beschreibt, wie die neuen sozialen Bewegungen der 1960er und -70er Jahre das Verständnis von Marginalisierung änderten:

> »In its new usage, oppression designates the disadvantage and injustice some people suffer, not because a tyrannical power coerces them, but because of the everyday practices of a well-intended liberal society. […] Oppression in this sense is structural, rather than the result of a few people's choices or policies. Its causes are embedded in unquestioned norms, habits, and symbols, in the assumptions underlying institutional rules and the collective consequences of following these rules« (Young 1990, S. 41).

---

23 Kerstin Rinnert arbeitet in ihrer Dissertation zu den Ressourcen queerer Personen in einem heteronormativen System bspw. Kriminalisierung, Bagatellisierung, Individualisierung von Schuld und Scham, Unwissenheit über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt und Unsichtbarmachung als Formen von Heteronormativität heraus (Rinnert 2020, S. 168–182). Ines Pohlkamp fokussiert dagegen u. a. medizinische Entmündigung, (fiktive) Pathologisierung, Objektivierung, Infragestellung und Dethematisierung (Pohlkamp 2014, S. 281–304).

24 Wie Regina Becker-Schmid und Gudrun Axeli Knapp anmerken, ist dies eigentlich nicht Youngs Intention: »Young schreibt eher aus einer pragmatischen und politisch-normativen Orientierung heraus als mit dem Interesse, eine sozialwissenschaftliche Strukturanalyse von Ungleichheitsformen zu entwickeln« (Becker-Schmidt und Knapp 2018, S. 117). Trotzdem eignen sich Youngs Überlegungen, um eine Makroperspektive auf Marginalisierung zu eröffnen.

25 Young spricht in ihrem Buch nicht von Marginalisierung, sondern von ‚oppression' und ‚domination'. In deutschsprachigen Rezensionen und Zusammenfassungen zu Young wird ‚oppression' mit ‚Marginalisierung' oder ‚Unterdrückung' übersetzt. Für meine Arbeit eignet sich der Marginalisierungsbegriff am besten. Ich spreche auch deswegen nicht von Diskriminierung (zumindest nicht als Überbegriff), da dieser zum einen oft absolut verstanden wird (d. h. eine Person wird diskriminiert oder nicht), wobei subtile und implizite Formen der Abwertung außer Acht gelassen werden und zum anderen, da er häufig (ausschließlich) auf rechtliche Diskriminierung bezogen wird.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Ihre Theoretisierung von Marginalisierung bezieht sich daher auf Alltagspraxen wie Stereotypisierungen oder Hierarchisierungen, durch die Marginalisierung (re-)produziert wird (Young 1990, S. 41). Young unterscheidet fünf verschiedene »faces of oppression« (Young 1990, S. 39): Ausbeutung, Marginalisierung, Machtlosigkeit, Kultureller Imperialismus und Gewalt.[26]

2.5.2 Ideologie

Heteronormativität wird von verschiedenen Autor*innen als Ideologie beschrieben. Ideologien sind »representations of practices formed from particular perspectives in the interest of maintaining unequal power relations and dominance« (Lazar 2007b, S. 6–7). Eine solche ideologische Struktur ist bspw. Geschlecht, spezifisch die Unterscheidung von Menschen in zwei Geschlechter und die damit einhergehende ungleiche Verteilung von Macht, die in alle gesellschaftlichen Institutionen eingebettet ist. Diese Struktur wird auch dadurch aufrechterhalten, dass sie nicht als Ideologie oder Herrschaftssystem erkannt wird, sondern sozial größtenteils akzeptiert und unhinterfragt bleibt. Bereits Rich benutzt den Begriff der Ideologie in Bezug auf das, was ich in dieser Arbeit Heteronormativität nenne (Rich 1980, S. 638–645). Der Literaturwissenschaftler Andreas Kraß problematisiert, dass Heteronormativität auch in der Wissenschaft nur selten als Ideologie erkannt und analysiert wird (Kraß 2011, S. 136–137). Die Geschlechterforscherin Jane Ward (2020) beschäftigt sich in ihrer Monografie ›The Tragedy of Heterosexuality‹ mit Heterosexualität – und damit auch Heteronormativität – als Ideologie; ebenfalls leider ohne dies entsprechend als Ideologie zu rahmen oder zu theoretisieren. Trotzdem lässt sich als Anschluss an Ward Heteronormativität als Ideologie fassen: Sie analysiert kleinteilig, mit welchen sozialen Praktiken, Identitäten und Beziehungen Heterosexualität reproduziert und aufrechterhalten wird, obwohl Heterosexualität für Männer und Frauen vor allem eine Quelle von Frustration, Abneigung und Gewalt ist. Im Zentrum von Wards Analyse steht dabei die von ihr bezeichnete Propaganda, die heterosexuelle Personen zur Heterosexualität erziehen soll, z. B. Beziehungsselbsthilfebücher wie ›Männer sind vom Mars, Frauen von der Venus‹ von John Gray (Ward 2020, S. 66–72). Ward schreibt über Heteronormativität:

> »Heteronormativity is not a neutral cultural formation organized around a natural, freely occurring sexual preference but an obligatory system structuring many of the world's societies, a system‹ that has to be imposed, managed, organized, propagandized, and maintained by force«« (Ward 2020, S. 145).

26 Die Dimensionen, die sich nach Young eher auf ökonomische Ungleichheit und materialle Diskriminierung beziehen, werden hier nicht ausgeführt.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Ich verstehe Ideologie in dieser Arbeit auf zweifache Weise als Sicherheitsnetz für Heteronormativität: Zum einen umspannt heteronormative Ideologie alle Dimensionen und Herrschaftstechniken von Heteronormativität und verwebt sie miteinander, zum anderen sichert sie Heteronormativität als Marginalisierungsstruktur ab und legitimiert die Marginalisierung queerer Menschen.

2.5.3 Othering

Othering – häufig als *Veranderung* übersetzt – als marginalisierende Machttechnik speist sich aus der Unterschiedlichkeit von Menschen. Unterschiede wie verschiedene sexuelle Orientierungen werden in einem marginalisierenden System mit Bedeutung und Bewertung aufgeladen und »damit zu relevanten Merkmalen und zum potentiellen Makel. Dieser definiert schließlich die Merkmalsträger*innen ganz und macht diese nicht nur zu *anderen*, sondern zu Fremden« (Rinnert 2020, S. 11 [HiO]). Othering unterstützt damit nicht nur die Unterscheidung zwischen Eigenem und Fremden, es bringt beide Gruppen auch diskursiv hervor und reproduziert sie (Reuter 2002, S. 146). Auch Young beschreibt Othering (bei ihr ›cultural imperialism‹ genannt) und die damit einhergehende Universalisierung der Erfahrungen der privilegierten Gruppe: »To experience cultural imperialism means to experience how the dominant meanings of a society render the particular perspective of one's own group invisible at the same time as they stereotype one's group and mark it as the Other« (Young 1990, S. 58–59). Wenn sich allerdings Sichtbarkeitsregime, so wie aktuell in Bezug auf sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt, verändern, (s. u.) bleibt Othering als Machttechnik erhalten:

> »An encounter with other groups, however can challenge the dominant group's claim to universality. The dominant group reinforces its position by bringing the other groups under the measure of its dominant norms. Consequently, the difference of [….] homosexuals from heterosexuals […] becomes reconstructed largely as deviance and inferiority« (Young 1990, S. 59).

2.5.4 Definitionsmacht

Als eine Folge von Othering beschreibt Young auch, inwiefern die privilegierte Gruppe Definitionsmacht über marginalisierte Gruppen ausübt:

> »When the dominant culture defines some groups as different, as the Other, the members of those groups are imprisoned in their bodies. Dominant discourse defines them in terms of bodily characteristics, and constructs those bodies as ugly, dirty, defiled, impure, contaminated, or sick« (Young 1990, S. 123).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Diese aus der wissenschaftlichen Diskussion des 19. und 20. Jahrhunderts stammende normierende Sichtweisen auf die Körper von marginalisierten Personen legitimiert wiederum Othering und Gewalt gegen sie (Young 1990, S. 124–125).

2.5.5 Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung

Während in der akademischen und aktivistischen Literatur häufig eine gesellschaftliche Unsichtbarkeit von queeren Existenzweisen konstatiert wird (vgl. Mayrhofer 2022; Osterkamp und Wünsch 2022), wird dieser Begriff nicht weiter definiert oder analytisch ausgearbeitet. Während *Unsichtbarkeit* als Begriff auf fehlende Repräsentanz z. B. von queeren Menschen in den Medien hinweist, beschreibt *Unsichtbarmachung* einen aktiven Ausschluss von Wissen über und Repräsentation einer spezifischen Gruppe.

2.5.6 (Ent-)Sexualisierung

In Anlehnung an die Philosophin Martha Nussbaum (2000, S. 213–239) bezeichne ich mit Sexualisierung eine Form von Machtausübung, bei der Personen sexualisiert werden, wenn sie eigentlich nicht in einem sexuellen Kontext stehen, d. h. sie werden zu sexuellen Objekten degradiert bzw. einem sexualisierten Blick auf sie ausgesetzt. Frauen, insbesondere queere Frauen, aber auch queere cis Männer werden häufig sexualisiert. Dagegen werden andere Personengruppen, wie bspw. trans Männer in der Regel entsexualisiert, d. h. ihnen wird eine eigenständige Sexualität abgesprochen.

2.5.7 Problematisierung

Der Begriff der Problematisierung wird unterschiedlich genutzt. Ich beziehe mich hier zum einen auf Michel Foucault und zum anderen auf aktuelle Ausarbeitungen der Geschlechterforscherin Dörte Negnal. Foucault versteht unter Problematisierung einen Prozess, der analysiert werden kann, um herauszufinden »[w]ie und warum bestimmte Dinge (Verhalten, Erscheinungen, Prozesse) zum Problem wurden« (Foucault 1996, S. 178). Zentral bei Problematisierungen ist in Foucaults Verständnis nicht nur, dass etwas als Problem angesehen wird, sondern auch, dass nach Lösungen oder Ursachen gesucht wird (Foucault 2005, S. 751). Ulrike Klöppel führt dieses Konzept von Foucault am Beispiel der medizinischen Behandlung von Intergeschlechtlichkeit aus:

> »Mit dem Konzept der Problematisierung verbindet sich die Einsicht, dass kein Körper allein aufgrund seiner differenten Beschaffenheit prädestiniert dazu ist, Verunsicherung und Probleme auszulösen. Erst im Vergleich mit normativen Er-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wartungen, die im Laufe der Geschichte durch unterschiedliche Diskurse und Ordnungen des Sichtbaren geformt worden sind, können Körper als uneindeutig und als Problem erscheinen« (Klöppel 2010, S. 258; vgl. auch Scheunemann 2018).

Für Negnal handelt es sich bei Problematisierung immer um eine Form der Kollektivierung. Sie versteht unter einem problematisierten Kollektiv eine »soziale Gruppe, deren Zugehörige durch Fremdzuschreibungen als problematisch kategorisiert sind. Sie sind durch einen prekären Status gekennzeichnet« (Negnal 2019, S. 2). Wenn eine soziale Gruppe problematisiert wird, werden ihre (vermeintlichen) Merkmale überbetont und moralisch abgewertet (Negnal 2019, S. 4–5). Diese Gruppe wird also zum konstitutiven Außen für ein bedingt definierbares Inneres (vgl. *Othering*).

2.5.8 Normierung und Disziplinierung

Ich beziehe mich in der Verwendung der Begriffe Normierung (bzw. bei Foucault Normalisierungstechniken genannt) und Disziplinierung auf Michel Foucault. Lorenz und Ruffing fassen Foucaults Konzeption von Normierung folgendermaßen zusammen: »Der im 19. Jahrhundert enstehenden Normalisierungsmacht geht es um die Beobachtung, Therapierung und Kontrolle von *unter Umständen* gefährlichen Individuen« (Lorenz und Ruffing 2012, S. 40 [HiO]). Mithilfe von subtilen Zwangsmechanismen (Foucault 1994 [1975], S. 269), d. h. Normierungstechniken, werden Individuen, die einer Norm nicht entsprechen, (wieder) in Normen eingefügt und kontrollierbar gemacht (Lorenz und Ruffing 2012, S. 41). Disziplinierung meint bei Foucault so etwas wie *Erziehung*, d. h. es geht um Maßnahmen, die nicht-normative und abweichende Individuen (wie Straftäter*innen) umerziehen und ändern sollen, um sie wieder in Normen einfügen zu können. Normierung und Disziplinierung erfolgen anhand kleiner Strafmechanismen, wie z. B. Demütigungen und Beschämung (Foucault 1994 [1975], S. 230), die »die das Ordnen menschlicher Vielfältigkeiten sicherstellen sollen« (Foucault 1994 [1975], S. 279–280).

2.5.9 Hervorbringung von sexuellen, romantischen und geschlechtlichen Existenzweisen

Es ist an dieser Stelle wichtig festzuhalten, dass heteronormative Macht mit Foucault gedacht nicht nur repressiv wirkt, sondern auch produktiv. Damit meint Foucault, dass über Machttechniken wie z. B. Problematisierung sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen erst hervorgebracht werden. Er zeigt, dass im viktorianischen Zeitalter Sexualität gerade nicht unterdrückt war, sondern dass sich Medizin und Psychiatrie mit analytischer Lust und »mit dem Eifer des Insektensammlers auf die sexuellen Praktiken, ihre Varianten und ihre ganze Verschieden-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

artigkeit« stürzten (Foucault 1978a, S. 97). Weil die Medizin Teil eines Apparates der Überwachung und Kontrolle von Sexualität wurde und die medizinische und psychiatrische Analyse von sexuellen Verhaltensweisen, ihren Determinationen und Wirkungen eine so wichtige Bedeutung erhielt (Foucault 2014 [1976], S. 32–36), traten queere Menschen das erste Mal diskursiv in Erscheinung. Menschen, die Normen zu Sexualität nicht entsprechen, wurden immer noch stigmatisiert (spezifisch: medikalisiert), aber: »man hört[e] sie an« (Foucault 2014 [1976], S. 43). Sie wurden zur Folie, von der sich normative Sexualität abgrenzend definiert, wie z. B. die Figur ›des Homosexuellen‹[27], der im 19. Jahrhundert

> »zu einer Persönlichkeit geworden [ist], die über eine Vergangenheit und eine Kindheit verfügt, einen Charakter, eine Lebensform, und die schließlich eine Morphologie mit indiskreter Anatomie und möglicherweise rätselhafter Physiologie besetzt. […] Der Sodomit war ein Gestrauchelter, der Homosexuelle ist eine Spezies« (Foucault 2014 [1976], S. 47).

Der Soziologe Stefan Hirschauer nimmt eine ähnliche Perspektive ein: Für ihn wird *Transsexualität* durch die Medizin erst hervorgebracht und kontrolliert (Hirschauer 1999, S. 351–352).

2.6 Ebenen und Texturen von Heteronormativität

2.6.1 Ebenen

Für meine Analyse schlage ich vor, Heteronormativität auf drei verschiedenen Ebenen zu konzipieren und zu untersuchen: Die Mikro-, die Meso- und die Makroebene. Dabei schließe ich an Gudrun-Axeli Knapps (1995, S. 295–296) Modell zur Analyse des Geschlechterverhältnisses an[28]. Die Mikroebene, bei Knapp auch die Ebene der Interaktionen genannt, beschreibt alltägliche Interaktionen bzw. die Ebene der »räumlich und zeitlich begrenzte[n] Verhaltensweisen und Interaktionen« (Weymann 2020, S. 172). Diese sind durch subjektive Motive, Interessen sowie verobjektivierte Handlungs- und Deutungskontexte (Knapp 1995, S. 296) geprägt. Als Mesoebene konzipiere ich für diese Arbeit die Ebene der Institutionen. Jene bestehen aus »routinierten Verhaltensmustern und Rollenbeziehungen, die ihrer besonderen internen Arbeitsteilung und äußeren Funktion entsprechen« (Weymann 2020, S. 193). Institutionen, wie das Gesundheitssystem sind nach Knapp

27 Hier scheint es bei Foucault ausschließlich um männliche Homosexualität zu gehen, weswegen ich Formulierungen im generischen Maskulinum wähle.

28 Knapps (1995, S. 295–296) Modell umfasst fünf Ebenen, ich spare für meine Analyse die *Symbolische Ordnung* und die *Sozialpsychologie des Geschlechterverhältnisses* aus.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

(1995, S. 295–296) »Trägergruppen ökonomischer und politischer Macht, [sowie] Regelungsmechanismen der Machtdistribution«. Die Makroebene (bzw. bei Knapp (1995, S. 295) die Ebene der Herrschaftssysteme) bezeichnet die Ebene umfassender sozialer Systeme, deren Strukturen und langfristige Dynamiken (Giddens et al. 2009, S. 50; Weymann 2020, S. 172). Diese Ebenen sind selbstverständlich nicht unabhängig voneinander, sondern beeinflussen und stützen sich gegenseitig. So ist z. B. die Analyse der Makroebene die Voraussetzung, um »den institutionellen Hintergrund des sozialen Lebens zu verstehen« (Giddens et al. 2009, S. 50).

2.6.2 Texturen

Unter Texturen von Heteronormativität fasse ich für diese Arbeit verschiedene Materialisierungen, die Heteronormativität annimmt. Dabei beziehe mich auf Butlers Verständnis von Foucaults Werk: »Daß Materie immer etwas zu Materie Gewordenes ist, muß […] mit Bezug auf die produktiven und eben auch materialisierenden Effekte von regulierender Macht im Foucaultschen Sinne gedacht werden« (Butler 1995, S. 32). Die Texturen von Heteronormativität lassen sich so als Effekte der Herrschaftstechniken fassen. Mit dem Begriff der Texturen bzw. Materialisierungen binde ich in die Analyse ein, dass auch nicht-menschliche Materialitäten, die durch diskursive Praxen hervorbgebracht werden, aktiv an der Konstitution der sozialen Welt teilhaben (Hamborg 2018, S. 232; Hoppe 2020, S. 2). Unter Texturen von Heteronormativität fallen damit bspw. (niedergeschriebene bzw. informelle) Behandlungsrichtlininien, Dokumente oder Einrichtungen von Wartezimmern.

2.7 Entwicklung zur Postheteronormativität?

Seit den ersten Überlegungen zu Heteronormativität in den 1970er bis -90er Jahren hat sich im Bereich sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt viel verändert, insbesondere in gesellschaftlicher und juristischer Hinsicht. So wurde 2017 in Deutschland und 2022 in der Schweiz die Ehe für gleichgeschlechtliche Paare geöffnet, 2019 wurden in Deutschland Konversionstherapien bei Minderjährigen verboten (in der Schweiz ist ein solches Verbot in Vorbereitung) und seit 2022 erleichtert ein Selbstbestimmungsgesetz in der Schweiz trans Person die rechtliche Änderung von Geschlechtseintrag und Vornamen, in Deutschland wurde ein ähnliches Gesetz 2024 eingeführt. Diskriminierungen gegen queere Menschen werden also aktuell aufgehoben und unter Strafe gestellt. Dabei kommt nun die Frage auf, ob »Heteronormativität verschwinde oder zumindest abgeschwächt oder flexibilisiert« (Woltersdorff 2019, S. 327) wird. Haben wir es angesichts dieser Entwicklungen mit einer neuen Form von Heteronormativität zu tun? Oder leben wir gar in einer postheteronormativen Welt?

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Einigkeit besteht unter Forscher*innen, dass sich Heteronormativität in einer Umbruchsphase befindet, wobei sich einige Aspekte modernisieren und ändern, und andere persistieren (Maihofer 2014; Nay 2017; Woltersdorff 2019). Das bedeutet: Wir haben es mit einer Gleichzeitigkeit von rigider Normativität und flexibler Normalisierung (Engel 2002, S. 72–76) zu tun, in deren Wechselwirkungen neue Ein- und Ausschlüsse produziert werden. Yv Nay differenziert in Anlehnung an Philosoph*in und Queer-Theoretiker*in Antke Engel zwischen Normalisierung und Normativität: Während (Hetero-)Normativität das Persistierende, das Rigide bezeichnet, werden Prozesse des Wandels, der Flexibilisierung als Heteronormalisierung bezeichnet – womit auch produktive Machtformen, d. h. Widerständigkeiten und Subjektivierungsweisen Marginalisierter in den Blick geraten können (Nay 2017, S. 287–291). Damit wird ein Verständnis von Heteronormativität möglich, nicht mehr nur als »transhistorische, universell wirksame und dichotom konzipierte Norm, sondern als dynamisches, veränderliches Normengefüge« (Nay 2017, S. 290). Diese flexible Heteronormativität wird u. a. von Florian Cristobal Klenk als »Post-Heteronormativität« bezeichnet:

> »Äquivalent zu vergleichbaren Begriffen, wie etwa dem der Postkolonialität, steht Post-Heteronormativität weder für die Überwindung der heteronormativen Dominanzordnung noch für deren lineare Fortsetzung, sondern verweist auf geschlechtlich-sexuelle Dynamisierungsprozesse innerhalb eines umkämpften Terrains der Normativität und Normalität, die zwischen Erosion, Flexibilisierung, Restauration und (Wieder-)Verwertung geschlechtlicher und sexueller Differenz oszillieren« (Klenk 2023, S. 22).

Auch wenn ich mich dieser Deutung von Heteronormativität anschließe, werde ich den Begriff der Post-Heteronormativität in dieser Arbeit nicht verwenden – einerseits scheint mir dieses Verständnis im Begriff der Heteronormativität bereits angelegt und daher nicht weiter notwendig, sichtbar zu machen. Andererseits impliziert die Verwendung der Vorsilbe »Post-« m.E. einen Bruch (wie bei Postkolonialismus o. ä.), den es so bei Heteronormativität nicht gab.

Die Geschlechterforscher*innen Sabine_ Hark und Mike Laufenberg beschreiben eine »Heteronormalisierung nicht-heterosexueller Lebensformen« (Hark und Laufenberg 2013, S. 233) und beziehen sich damit auf den Erfolg politischer Strategien, die eine Angleichung queerer Menschen an heteronormative Vorgaben zum Ziel haben. Sie betonen aber auch, dass z. B. die oberflächliche Einschließung von schwulen Männern in Diversity-Politiken von großen Unternehmen nicht bedeutet, dass wir uns in einem »goldene[…][n] Zeitalter« (Hark und Laufenberg 2013, S. 240) für queere Menschen befinden. Stattdessen wird trotz einer partiellen Inklusion queerer Personen in den gesellschaftlichen Mainstream heteronormative

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Dominanz nicht aufgegeben (Hark und Laufenberg 2013, S. 229–230). Heteronormativität erweise sich daher als

> »ein dynamisches Prinzip, das in gesellschaftliche Transformationsprozesse eingelassen ist. Der hegemoniale Charakter sowie die Beständigkeit von Heteronormativität wird dabei gerade dadurch gesichert, dass solche Entwicklungen und Ereignisse, die ihre doxische Existenz in Frage zu stellen oder gar potenziell zu unterminieren vermögen, inkorporiert werden« (Hark und Laufenberg 2013, S. 233).

Forscher*innen beobachten außerdem, dass die Anerkennung sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vermehrt in Frage gestellt wird und Akteur*innen, die Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit hinterfragen und kritisch untersuchen oder sich für sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt einsetzen, abgewertet und bedroht werden (Engelmann 2019; Gössl 2022).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

3. Medizin als Forschungsgegenstand

3.1 Medizinsoziologische Grundlagen

3.1.1 Medizin und Gesundheitssysteme

Eingrenzungen

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist die Medizin[1]. Ich beziehe mich dabei ausschließlich auf westliche und wissenschaftliche Medizin[2] – in Abgrenzung zu u. a. ↗Alternativmedizin (Helman 1994, S. 54–65). Da sich diese Arbeit mit Heteronormativität und sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt beschäftigt, liegt der Fokus auf den medizinischen Disziplinen, die sich mit Geschlecht bzw. Sexualität beschäftigen, wie z. B. die ↗Gynäkologie oder die ↗Andrologie (Beier et al. 2001). Ich grenze meine Arbeit außerdem auf die Erwachsenenmedizin ein und beschäftige mich daher nicht mit dem medizinischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen.[3] Außerdem beschäftige ich mich dabei fast ausschließlich mit Ärzt*innen als medizinischer Leitprofession (s. u.) und mit den Gesundheitssystemen in Deutschland und der (deutschsprachigen) Schweiz.

ICD und DSM

In Deutschland und der Schweiz ist das Klassifikationssystem der WHO, die International Classification of Diseases (ICD) der verbindliche Diagnoseschlüssel, auf

1 In meiner Definition der Medizin folge ich Klaus-Dieter Bock. Danach »umfaßt [Medizin, AS] im weitesten Sinne alle Handlungen, die zur Erkennung, zur Behandlung, wenn möglich zur Heilung und zur Vorbeugung von Krankheiten des Menschen unternommen werden« (Bock 1993, S. 7).

2 Umgangssprachlich wird die wissenschaftliche Medizin oft als ›Schulmedizin‹ betitelt, ein Begriff, der aus der Sprache der NS-Zeit entnommen ist und daher in dieser Arbeit nicht verwendet wird.

3 Ich wähle diese Eingrenzung, da u. a. das Verhältnis zwischen minderjährigen Patient*innen und Ärzt*innen anders analysiert werden muss.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Basis dessen Diagnosen gestellt werden. Bis 31.12.2021 war die 10. Ausgabe des ICD (ICD 10) gültig, seit dem 01.01.2022 die 11. Ausgabe (ICD 11). Der DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ein Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen, findet zwar keine diagnostische Anwendung in Deutschland und der Schweiz, hat aber einen großen Einfluss auf den ICD.

Gesundheitssysteme

Beide Staaten, Deutschland und die Schweiz, folgen einem korporatistischen und bismarckschen Gesundheitssystemmodell, d. h. es gibt einen allgemeinen Anspruch auf Behandlung und Zugang zum Gesundheitswesen. Dieses ist aber nicht verstaatlicht, sondern wird von eigenständigen Organisationseinheiten getragen, die staatlich (z. B. über Gesundheitsämter) reguliert und finanziert werden (Kögel 2021, S. 118–126; Simon 2021, S. 80). In Deutschland ist ein Großteil der Krankenhäuser in privater Hand; in der Schweiz dagegen werden sie von den Kantonen getragen (Barkan 2021, S. 222; Schölkopf und Grimmeisen 2021, S. 88). Auch die Krankenversicherungen sind in beiden Ländern nicht staatlich organisiert, sondern Körperschaften des öffentlichen Rechts (wie die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland und die Krankenversicherungen in der Schweiz) oder privatwirtschaftliche Unternehmen (wie die privaten Krankenkassen in Deutschland) (Kögel 2021, 135, 142–143; Schölkopf und Grimmeisen 2021, S. 87–88). Beide Gesundheitssysteme gelten außerdem als »vergleichsweise konservativ, hierarchisch und arztzentriert« (Kögel 2021, S. 133), gleichzeitig aber auch als leistungsstark (Buser et al. 2011, S. 324; Schölkopf und Grimmeisen 2021, S. 86).

3.1.2 Medizinsoziologie

Ich verorte diese Arbeit neben den Gender- und Queer Studies auch in der Gesundheits- bzw. Medizinsoziologie[4]. Diese operiert sozialkonstruktivistisch. Bei ihr steht nicht Krankheit an sich im Vordergrund, sondern ihre Bedeutung, sowie gesellschaftliche Gesundheits- und Krankheitsverhältnisse (Ullrich 2012, S. 32).

4 Obwohl sich Themen und Herangehensweisen stark überschneiden, wird in der Literatur eine Unterscheidung zwischen Medizin- und Gesundheitssoziologie getroffen: Während die Medizinsoziologie Teil der Medizin ist, versteht sich die Gesundheitssoziologie als Teil der Soziologie, die ohne den Einfluss der Medizin arbeitet (Ullrich 2012, S. 32; Hehlmann et al. 2018, S. 27). Die Unterscheidung zwischen Medizin- und Gesundheitssoziologie ist aber idealtypisch und die beiden Arbeitsbereiche haben sich einander stark angenähert bzw. werden in der Praxis ergänzend genutzt. Da ich aus einer soziologischen Perspektive die Medizin (und nicht die Gesundheit) analysiere, nenne ich meinen Zugriff hier medizin- und nicht gesundheitssoziologisch.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Außerdem kommen die medizinischen Professionen mit ihren Praktiken, Ritualen, Rollen, Strukturen und Werten in den Blick (Hurrelmann und Richter 2013, S. 12; Hehlmann et al. 2018, S. 19–30). Die Medizinsoziologie geht davon aus, dass viele Krankheiten und gesundheitliche Probleme von sozialen, politischen, wirtschaftlichen, technischen und ökologischen Faktoren mitverursacht werden und damit nicht nur individuelle Probleme sind (Hurrelmann und Richter 2013, S. 3–13; Hehlmann et al. 2018, S. 19–23).

Die Medizinsoziologie analysiert drei Bezugssysteme für Gesundheit und Krankheit: Patient*innen, die Medizin und die Gesellschaft (Schulze 2014, S. 2–3). Sie beschäftigt sich also – in Analogie zum Programm der Mutterdisziplin Soziologie – mit »der Analyse der sozialen, ökonomischen, ökologischen und kulturellen Ursachen, Hintergründe und Kontexte von Gesundheit und Krankheit und ihrer ungleichen Verteilung in der Gesellschaft« (Hurrelmann und Richter 2013, S. 14).[5] Die Medizinsoziologie ergänzt die Erforschung der biologischen und psychischen Bedingungen in der Entstehung und im Verlauf von Krankheiten, sowie den Erhalt, die Gefährdung und die Wiederherstellung von Gesundheit in der Medizin (Hehlmann et al. 2018, S. 24) um die Analyse sozialer und kultureller Faktoren bei Gesundheit und Krankheit. Daher begreift sie sich auch als veränderungsorientierte Wissenschaftsdisziplin (Hurrelmann und Richter 2013, S. 11–15; Hehlmann et al. 2018, S. 32).

3.2 Medizinische Macht

Soziale Kontrolle durch die Medizin

Die Medizin hat eine Doppelrolle inne: Sie leistet nicht nur Hilfe, wenn eine Krankheit auftritt, sondern ist auch die Instanz, die über den Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit entscheidet. Sie hat große gesellschaftliche Macht und Autorität, denn sie produziert nicht nur Wissen, sondern normiert und kontrolliert auch diejenigen, die als krank oder deviant definiert werden (Zola 1986, S. 379; Freidson 1970; Anz 1989; Thesing 2019). Irving Zola folgend kann die Medizin als ein Ort sozialer Kontrolle beschrieben werden. Medizinische Autorität und Macht sind aber einem Wandel unterworfen (Coburn und Willis 2003, S. 377; Buser et al. 2011, S. 209) und werden vielfach kritisiert und verändert (Kögel 2021, 185–192).

5 Verschiedene Autor*innen formulieren jeweils unterschiedliche Ebenen und Zugänge der Medizinsoziologie, z. B. die Soziogenese von Krankheiten auf der einen und die Organisations- und Strukturmerkmale der Medizin auf der anderen Seite (Hurrelmann und Richter 2013, S. 12) oder die Mikro-, Meso- und Makroebene (Hehlmann et al. 2018, S. 24).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

(Medizinische) Macht bei Foucault

Das Werk des französischen Philosophen Michel Foucault ist zentral für eine Analyse medizinischer Macht und Kontrolle.[6] Seine Arbeit ist geprägt von der Frage, wie Macht(-ausübung) u. a. in Krankenhäusern und Psychiatrien funktioniert. Macht ist bei Foucault nicht nur eine repressive Kraft, sondern er spürte der Macht auch dort nach, »wo sie karitativ, wohlwollend, helfend oder heilend auftritt« (Hehlmann et al. 2018, S. 186). In Foucaults eigenen Worten:

> »Der Grund dafür, daß die Macht herrscht, daß man sie akzeptiert, liegt ganz einfach darin, daß sie nicht nur als neinsagende Gewalt auf uns lastet, sondern in Wirklichkeit die Körper durchdringt, Dinge produziert, Lust verursacht, Wissen hervorbringt, Diskurse produziert; man muss sie als ein produktives Netz auffassen, das den ganzen sozialen Körper überzieht und nicht so sehr als negative Instanz, deren Funktion in der Unterdrückung besteht« (Foucault 1978d, S. 35).

Macht tritt also in modernen Gesellschaften nur selten als Gewalt oder Zwang auf; viel öfter sei sie daran ausgerichtet, den Menschen z. B. gesundheitlich zu verbessern (Hehlmann et al. 2018, S. 186). Die Medizin findet Abweichungen in Körper und Psyche, katalogisiert diese, überwacht die Gesundheit der Bevölkerung, unterscheidet zwischen gesunden und kranken Individuen und diszipliniert insbesondere die, die sie als krank und abweichend kategorisiert hat (Sohn 1999, S. 14; Cauwer 2017, S. 57; Hehlmann et al. 2018, S. 186).

Wie Foucault analysiert, bildet sich im 18. Jahrhundert die Medizin als eine der zentralen Disziplinen heraus, die nicht mehr über Repression Macht ausüben, sondern über Normbestimmung, Differenzierung, Hierarchisierung, Homogenisierung, Kontrolle, Überwachung, Ausschluss, Normierung, Disziplinierung, Stigmatisierung, Beschämung, Demütigung und Bestrafung (Foucault 2011 [1963], 1994 [1975], 1978d).[7] Durch diese *Geburt der Klinik* (Foucault 2011 [1963]) und dem Aufkommen der ärztlichen Profession »erhalten die Medizin und die Ärzteschaft das Definitions- und Handlungsmonopol über den menschlichen Körper und damit eine exklusive Stellung in der Gesellschaft« (Koppelin und Müller 2010, S. 76). Zentral hierbei ist das Monopol medizinischen Wissens und seiner Generierung (Coburn und Willis 2003, S. 385). Medizinisches Wissen kann daher nach Foucault als »ein normativ durchsetztes Macht-Wissen« (Schroer und Wilde 2016, S. 265), als Normalisierungstechnologie bezeichnet werden. Mit ihrer Aufgabe, unerwünschte

6 Obwohl Foucault nicht selbst Medizinsoziologie betrieb, ist sein Einfluss auf die heutige Medizinsoziologie nicht zu unterschätzen (Turner, S. IX).

7 Foucault (1998 [1980]) ordnete in seiner Einleitung zu Herculine Barbins Autobiographie, einer intergeschlechtlichen Person, die im 19. Jahrhundert lebte, bspw. die medizinische Normierung von inter* Personen kritisch ein.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Individuen zu disziplinieren, erhält sich die Medizin ihren sozialen Status (Foucault 1978b, S. 137). Bryan Turner konzipiert die Medizin in Anschluss an Foucault als eine Institution normativer Nötigung:

> »These institutions are coercive in the sense that they discipline individuals and exercise forms of surveillance over everyday life in such a way that actions are both produced and constrained by them. However, such institutions as the medical clinic are not coercive in the violent or authoritarian sense because they are readily accepted as legitimate and normative at the everyday level. These institutions of normative coercion exercise a moral authority over the individual by explaining individual ›problems‹ and providing solutions for them« (Turner 1998, S. XIV).

Zentralität von Sexualität

Sexualität ist ein zentraler Punkt, an dem Foucaults Theoretisierung zur medizinischen Disziplinierung ansetzt. Foucault zeigt, dass Sexualität eher ein »positives Produkt der Macht [ist] als daß die Macht Unterdrückung der Sexualität gewesen ist« (Foucault 1978d, S. 37). Moderne Machtausübung muss von Sexualität Gebrauch machen, weswegen die Medizin Teil eines Überwachungs- und Kontrollapparates von Sexualität wird und die medizinische und psychiatrische Analyse von sexuellen Verhaltensweisen, ihren Determinanten und Wirkungen eine so wichtige Bedeutung erhält (Foucault 2014 [1976], S. 32–36). Foucault analysiert die Medizin als Teil sozialer Kontrollen, die

> »suchen zu schützen, zu trennen und vorzubeugen, sie signalisieren überall Gefahren, rufen zur Wachsamkeit, fordern Diagnosen, häufen Berichte auf und organisieren Therapien; sie machen den Sex zum Ausstrahlungspunkt von Diskursen und steigern das Bewußtsein einer ständigen Gefahr, die ihrerseits wieder den Anreiz zum Sprechen verschärft« (Foucault 2014 [1976], S. 36).

Über die Medikalisierung abweichender Sexualität bringt die Medizin diese erst diskursiv hervor (vgl. Kap 2.5.9) – und über die Abgrenzung zu abweichender Sexualität entstehen unsere heutigen Normen zu Sexualität und Geschlecht (Foucault 2014 [1976], S. 103–104). Hieraus erwächst auch das medizinische Verständnis von Sexualität im allgemeinen und besonderen als problembehaftet, pathologisch, abnormal und pervers, der medizinische Fokus auf Reproduktion und die Normierung von u. a. queerer Sexualität (Sigusch 2017, S. 932). Medizinische Macht und Heteronormativität sind also eng miteinander verwoben:

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> »Das System der Zweigeschlechtlichkeit […] kann als Artikulation einer gesellschaftlichen Machtstrategie betrachtet werden, deren organisierendes Prinzip das Geschlecht bildet. Es ist strategisch eingebunden in die biopolitische Regulierung der Bevölkerung. Geschlecht und Sexualität bilden daher im Rahmen einer gesellschaftlichen Geschlechter- und Bevölkerungspolitik die zentralen Instrumente, die die natürliche Reproduktion und die soziale Ordnung der Gesellschaft gewährleisten sollen (Bublitz 2013, S. 67–68; vgl. Taylor 2015; Wintzer 2017).

3.3 Ärzt*innen- und Patient*innen-Rollen

3.3.1 Ärzt*innen

Die Ärztliche Profession

Ärzt*innen gelten in der Professionssoziologie als Idealtyp von Professionen[8], weil sie hochqualifiziert sind und eine lange Ausbildungsphase absolviert haben, um spezifisches, naturwissenschaftlich fundiertes Wissen zu erlangen (Ullrich 2012, S. 61; Barkan 2021, S. 154). Diese Ausbildungsphase unterliegt fast ausschließlich der Kontrolle von Ärzt*innen und kann als spezifisch ärztlich-medizinische Sozialisation beschrieben werden (Freidson 1970, S. 21; Helman 1994, S. 68–86). Ebenso haben Ärzt*innen zusätzlich legitimierte und organisierte Autonomie, d. h. sie kontrollieren ihre eigene Arbeit, z. B. im Hinblick auf Verhaltensregeln innerhalb der Profession und eventuelle Sanktionen bei Überschreitung dieser Regeln (Freidson 1970, S. 71; Barkan 2021, S. 154). Ihr Arbeitsgegenstand ist die Bewältigung kritischer Schwellen (wie Geburt und Tod) und Gefährdungen des menschlichen Lebens (wie Erkrankungen), sodass ihnen eine wichtige gesellschaftliche Bedeutung zukommt (Ullrich 2012, S. 60). Professionen wie Ärzt*innen gelten in strukturfunktionalistischer Perspektive außerdem als »Treuhänder gesellschaftlicher Wertesysteme« (Karsch 2015, S. 82), ihnen wird »die integrative Funktion der Kontrolle abweichenden Verhaltens« (Karsch 2015, S. 82) und damit die Stabilisierung der sozialen Ordnung zugeschrieben. Mediziner*innen leben in einer speziellen professionellen Kultur mit einer distinkten Fachsprache, Werten, Verhaltensweisen (Barkan 2021, S. 155) und Kleiderordnung (ganz besonders dem weißen Ärzt*innenkittel) (vgl. Helman 1994, S. 12).

8 Die genauen Kriterien, wie Berufe und Professionen voneinander abzugrenzen sind, sind in der Literatur umstritten. Freidson (1970, S. 82–84) argumentiert z. B., dass alleine das Kriterium der Autonomie ausreicht. Dass die Medizin und spezifisch Ärzt*innen aber als Profession zu analysieren sind, ist unumstritten.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Ärzt*innen als Leitprofession

Obwohl Ärzt*innen im deutschen und im schweizerischen Gesundheitssystem nur ca. 8 % der Angestellten ausmachen (Kögel 2021, S. 126–128), gelten sie innerhalb der Medizin als Leitprofession, d. h. sie repräsentieren das gesamte Gesundheitssystem nach außen (Kögel 2021, 126–128). Bspw. sind es Ärzt*innen, die entscheiden, ob eine Person als gesund oder krank gilt und es sind auch sie, die über Therapiemöglichkeiten entscheiden, Überweisungen zu anderen Stellen im medizinischen System ausstellen, Patient*innen beraten und neue medizinische Erkenntnisse entwickeln und veröffentlichen (Kögel 2021, S. 185; Simon 2021, S. 182). Aufgrund dieser Funktion und ihrer Macht und Autorität inner- und außerhalb des Gesundheitssystems fokussiert sich diese Arbeit ganz besonders auf Ärzt*innen.

Ärzt*innen-Rolle

Talcott Parsons[9] beschrieb fünf Anforderungen bzw. Rollenerwartungen an Ärzt*innen: Leistungsdenken (d. h. gut ausgebildet), Universalismus (d. h. zuständig für alle), funktionale Spezifität (d. h. fachlich kompetent), emotionale Neutralität (d. h. fair) und Kollektivitätsorientierung (d. h. uneigennützig) (Parsons 1970, S. 33–42; vgl. Buser et al. 2011, S. 214). Diese normativen Anforderungen speisen sich aus dem Machtunterschied zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen. Selbstverständlich sind Ärzt*innen keine homogene Gruppe – so hat z. B. das Geschlecht eine wichtige Auswirkung auf die Interaktion bei Ärzt*innen untereinander (Wetterer 2002) oder zwischen Ärzt*in und Patient*in (Barkan 2021, S. 169–170).

Autorität von Ärzt*innen

Die Autorität von Ärzt*innen erstreckt sich *erstens* auf die Interaktion mit Patient*innen (s. u.) und *zweitens* auf andere Beschäftigte im Gesundheitssystem, z. B. Pflegepersonal (Wetterer 2002), deren Tätigkeiten überwacht, angeleitet und kontrolliert werden (Freidson 1970, S. 48–50; Barkan 2021, S. 155). *Drittens* ist für diese Arbeit auch die gesellschaftliche Autorität von Ärzt*innen relevant, die sich aus ihrer institutionalisierten, sekundären Sozialisation (dem Medizinstudium), der hohen Vergütung ihrer Berufsgruppe und dem damit verbundenen Prestige speist (Knoblauch 2014, S. 292–293). Susan Wendell beschreibt, inwiefern die Medizin die gesellschaftliche Autorität innehat, über Körper zu bestimmen und diese zu beschreiben (Wendell 1996, S. 117):

9 Parsons Modell einer Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in gilt allerdings als veraltet bzw. seine Erklärungskraft für eingeschränkt (Ullrich 2012, S. 69).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> »The social authority of doctors, researchers, and other medical professionals derives partly from their cognitive authority within and outside their professions and partly from their positions in powerful institutions, their social status, and their professional and social connections« (Wendell 1996, S. 117).

Die Autorität der Medizin hat Einfluss darauf, wie wir individuell und gesellschaftlich unsere Körper, Krankheit und Gesundheit einordnen, verstehen und (in-)validieren, sowie welches Wissen wir über Körper haben (Wendell 1996, S. 119). Obwohl die Autorität der Medizin sich auf alle Menschen auswirkt, sind die Konsequenzen insbesondere für jene Menschen spürbar, denen auch sonst nur wenig kognitive oder soziale Autorität zugeschrieben wird, wie z. B. Menschen mit Behinderung (Wendell 1996, S. 119). Dies geschieht, da die Medizin das Körperwissen von marginalisierten Personen überlagern und ihnen z. B. ihre Schmerzen absprechen kann (Wendell 1996, S. 122).

3.3.2 Patient*innen

Patient*innen- Rolle

Da die überwiegende Mehrheit der Menschen im Lauf ihres Lebens als Patient*innen Kontakt zum Gesundheitssystem und spezifisch zu Ärzt*innen haben, sei es zur routinemäßigen Gesundheitsvorsorge (z. B. Impfungen) oder bei akuten Beschwerden (z. B. Unfällen), gibt es keine derartig spezifische Rolle und entsprechende Anforderungen an Patient*innen als Gruppe. Allerdings gibt es gesellschaftliche Erwartungen und Anforderungen an Menschen, die krank sind. Diese Rolle wurde zuerst von Parsons beschrieben und enthält folgende Elemente: die kranke Person ist hilflos und hilfsbedürftig, wird durch Ärzt*innen als Legitimationsinstitution von ihren regulären Rollenverpflichtungen (wie Arbeit) befreit und von Schuld an ihrem Zustand freigesprochen. Zugleich hat sie aber die Verpflichtung, alles zu tun, um wieder gesund zu werden und dafür auch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Parsons 1970, S. 16–20). Die Kranken-Rolle kann jedoch auch mit Stigmatisierung, Ausgrenzung, Einschränkung der Selbstbestimmung und Abwertung einhergehen (Buser et al. 2011, S. 11–12). Ob Personen, die krank sind, sich medizinische Hilfe holen, hängt von verschiedenen Faktoren ab, darunter die Schwere der Symptome und ihre Auswirkung auf den Alltag, die selbsteingeschätzte Gefahr und die Zugänglichkeit von medizinischer Hilfe (Barkan 2021, S. 69–70). Auch soziale und kulturelle Faktoren spielen eine wichtige Rolle: Männer holen sich seltener medizinische Hilfe als Frauen[10] (Barkan 2021, S. 73) u. a. deshalb, weil gesellschaftlich

10 Für nicht-binäre Personen liegen keine Daten vor.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Männlichkeit über das Aushalten von Schmerzen definiert ist sowie darüber, nicht auf Unterstützung angewiesen zu sein (Maihofer 2019).

Health Literacy

Während der Wissenserwerb von Ärzt*innen institutionalisiert ist, trifft dies so nicht auf Patient*innen zu. Der Begriff *Health Literacy* (auf Deutsch häufig als *Gesundheitskompetenz* übersetzt) meint den Wissensstand und Kompetenzerwerb individueller Patient*innen über Gesundheit, Krankheit, gesundheitliche Risiken, das Gesundheitssystem, gesundheitsbeeinflussende Lebensbedingungen und ihre eigenen Körper. Thomas Abel et al. fassen dies zusammen als »die Fähigkeit von Individuen […] Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln« (Abel et al. 2018). *Health Literacy* (insbesondere ihr Erwerb) ist gesellschaftlich ungleich verteilt. Daher wird Gesundheitskompetenz »primär als Ressource und Potenzial verstanden, die dazu beitragen kann, dass Individuen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und über gesundheitsbeeinflussende Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) erlangen« (Abel et al. 2018). Wie Abel et al. betonen, gibt es wichtige Kritik an dieser Konzeptionierung:

> »So findet sich häufig eine Verbindung von einseitig Individuen-zentrierten Anwendungen des Konzepts mit einer starken Betonung der sogenannten ›Eigenverantwortung‹ für Gesundheit bei gleichzeitiger Vernachlässigung der strukturellen Ungleichverteilung der sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen für Gesundheit« (Abel et al. 2018, o. S.).

3.3.3 Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen

Ärzt*in-Patient*in-Beziehung

Die Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in ist keine Beziehung auf Augenhöhe.[11] Patient*innen sind auf Ärzt*innen angewiesen (Maio 2017, S. 138), geben sensible Informationen über sich preis und werden ggf. an intimen Stellen berührt (Parsons 1970, S. 26–32). Dadurch entsteht ein Machtgefälle, das leicht missbraucht werden kann (Parsons 1970, S. 25). Gleichzeitig ist dieses Machtverhältnis unumgänglich: Patient*innen sind meist medizinische Lai*innen[12] und oft nicht in der

11 Vgl. Honers (1994, S. 47) Analyse dazu, wie Expert*innen- und Lai*innentum in der Interaktion von Ärzt*in und Patient*in aktiv hergestellt wird.

12 Das Bild des*der Patient*in als Lai*in wird in der Literatur auch problematisiert – durch die Verbreitung des Internets, die Stärkung von Patient*innenrechten und den Aufbau von Selbsthilfegruppen sei eine Verschiebung der Macht-Wissen-Balance zwischen Ärzt*in und Patient*in eingetreten (Karsch 2015, S. 92).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Position, um Entscheidungen zu treffen: möglichweise haben sie Schmerzen, sind verängstigt oder bewusstlos (Kögel 2021, S. 185–192). Häufig werden Patient*innen von Ärzt*innen auf physiologische Vorgänge reduziert, während übrige Umstände ausgeblendet werden. Kritisiert wird am Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, dass das Machtgefälle größer ist als es sein müsste (Ehrenreich und Ehrenreich 1971). Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung um eine Vertrauensbeziehung handelt (Ullrich 2012, S. 61).

Ärztlicher Paternalismus

Der traditionelle ärztliche Umgang mit Patient*innen, gerade mit einem großen Machtgefälle, wird als ärztlicher Paternalismus bezeichnet. Dieser fußt auf der Annahme, dass »der Arzt besser weiß, was für den Patienten gut ist als dieser selbst« (Maio 2017, S. 214), wobei die Präferenzen der Patient*innen absichtlich übergangen werden, »mit dem Ziel, zum Wohle dieser Person zu handeln« (Maio 2017, S. 214). Der*die Patient*in ist in diesem Modell eher ein Objekt als eine Person, gerade auch weil er*sie selbst wenig spricht oder handelt, sondern Gegenstand verschiedener Untersuchungen (z. B. Röntgenaufnahmen) ist (Buser et al. 2011, S. 228–243). Maio unterscheidet verschiedene Formen des ärztlichen Paternalismus: So gibt es z. B. den weichen Paternalismus, bei dem Ärzt*innen versuchen, ihre Patient*innen durch Sanktionen, Überredung oder Warnungen umzustimmen. Beim harten Paternalismus hingegen ergreifen Ärzt*innen direkte Maßnahmen, die Patient*innen in ihrer Entscheidung hindern (Maio 2017, S. 214–215). Selbstverständlich ist ärztlicher Paternalismus stark umstritten (Maio 2017, S. 221–226). Einen alternativen Umgang beschreibt das egalitäre Modell, auch Modell der Patient*innenzentrierung oder Shared Decision Making genannt. Dabei hat der*die Patient*in eine proaktivere Rolle und Entscheidungen werden gemeinsam von Ärzt*in und Patient*in getroffen. Im egalitären Modell trauen Patient*innen sich öfter Fragen zu stellen oder über Symptome zu sprechen, die ihnen unangenehm oder peinlich sind (Barkan 2021, S. 167–168).

3.4 Erkenntnis und Wissen in der Medizin

In der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist insbesondere der unterschiedliche Wissensstand und die Anerkennung dieses Wissens von großer Bedeutung. Die Unterschiede in dieser Wissenshierarchie zwischen Ärzt*in und Patient*in hängen mit den erwähnten Machtunterschieden zwischen diesen beiden Gruppen zusammen. Das Thema der Wissenshierarchie wird in der Medizinsoziologie immer wieder aufgegriffen; u. a. in Annemarie Mols (2003) Monographie über ↗Arteriosklerose. Sie arbeitet heraus, dass sich im klinischen Alltag oft die Sympto-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

me der Patient*innen und die Testergebnisse widersprechen, wobei für Ärzt*innen die Testergebnisse über den Symptomen der Patient*innen stehen (vgl. Foucault 1978c, S. 59–64). Das wissenschaftliche Wissen der Expert*innen wird damit höher gewichtet als das individuelle Körper- und Erfahrungswissen der Patient*innen[13]. Um pointierter über die Wissenshierarchie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen nachdenken zu können, gehe ich im Folgenden auf drei theoretische und analytische Konzepte zu Wissen und Macht in der Medizin ein.

3.4.1 Denkstil und Denkkollektiv

Positionierte Erkenntnis und positioniertes Wissen

Für eine kritische Analyse medizinischer Erkenntnis und medizinischen Wissens ist das Werk des polnischen Mediziners Ludwik Flecks richtungsweisend. Fleck konzipiert bereits 1935 den denkenden Menschen als einen Menschen aus Fleisch und Blut, der vielfältig in gesellschaftliche Diskurse verwickelt und sozial geprägt ist (Griesecke 2005, S. 13). Es gibt demnach nicht eine einzige objektivierte Subjektposition, sondern vielfältige Positionen, aus denen heraus das Finden von objektiven und universellen Tatsachen schwierig bis unmöglich ist (Griesecke 2005). Wissenschaftliches Wissen wird also nicht entdeckt, sondern konstruiert (Wintzer 2017, S. 363) bzw. eine wissenschaftliche Erkenntnis ist immer auch ein sozialer Akt: »Denn Erkennen ist weder passive Kontemplation noch Erwerb einzig möglicher Einsicht im fertig Gegebenen. Es ist ein tätiges, lebendiges Beziehungseingehen, ein Umformen und Umgeformt-werden, kurz ein Schaffen« (Fleck 1983, S. 48). Mit dieser Einsicht können auch die Naturwissenschaften selbst und ihre zugrundeliegende Ideologie zum Untersuchungsgegenstand werden (Rheinberger 2005, S. 22). Dazu entwickelt Fleck die Begriffe ›Denkstil‹ und ›Denkkollektiv‹.

Denkstil und Denkkollektiv

Wissenschaftliche Disziplinen wie die Medizin bilden nach Fleck einen bestimmten *Denkstil* aus. Dies bezeichnet ein

> »gerichtetes Wahrnehmen, mit entsprechendem gedanklichen und sachlichen Verarbeiten des Wahrgenommenen […]. Ihn charakterisieren gemeinsame Merkmale der Probleme, die ein Denkkollektiv interessieren; der Urteile, die es als

13 Wie Kim Scheunemann herausarbeitet, gilt z. B. das Wissen von trans und inter* Personen zu Geschlecht als Betroffenenwissen, das als subjektiv markiert wird und dem unterstellt wird, von Eigeninteressen durchzogen zu sein (Scheunemann 2018, S. 15).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> evident betrachtet; der Methoden, die es als Erkenntnismittel anwendet« (Fleck 1980 [1935], S. 130).

Denkstile sind kollektive, historisch gewordene Phänomene und stellen das Ergebnis von Sozialisationsprozessen in geschlossenen Gemeinschaften dar (Schäfer und Schnelle 1983, S. 19). Sie bilden die Grenzen des Denkens von Individuen, d. h. sie beinhalten Voraussetzungen und Vorannahmen, die von den Mitgliedern einer Disziplin als Tatsachen angenommen werden (Schäfer und Schnelle 1983, S. 21).

Ein *Denkkollektiv* ist nach Fleck eine »Gemeinschaft der Menschen, die im Gedankenaustausch oder in gedanklicher Wechselwirkung stehen, […][der] Träger geschichtlicher Entwicklung eines Denkgebietes, eines bestimmten Wissensbestandes und Kulturstandes, also eines bestimmten Denkstiles« (Fleck 1980 [1935], S. 54–55). Ein Denkkollektiv kann schon aus zwei Personen bestehen, die über ein Thema sprechen (ein sog. zufälliges Denkkollektiv), während eine wissenschaftliche Disziplin als stabiles Denkkollektiv bezeichnet werden kann, das institutionalisiert und formalisiert ist (Fleck 1980 [1935], S. 135). Bei stabilen Denkkollektiven ist eine Untersuchung der Sozialisation in das Denkkollektiv möglich (wie bspw. das Medizinstudium), denn wie Fleck schreibt: »Jede didaktische Einführung ist also wörtlich eine Hinein-Führung, ein sanfter Zwang« (Fleck 1980 [1935], S. 137) in das Denkkollektiv. Je länger ein Individuum Teil eines Denkkollektivs ist, desto selbstverständlicher werden dessen Normen und Denkgewohnheiten für das Individuum – sie werden »als einzig möglich empfunden, als das, worüber nicht weiter nachgedacht werden kann« (Fleck 1980 [1935], S. 140). Je unterschiedlicher die Denkstile zweier Kollektive sind, desto weniger Austausch findet zwischen ihnen statt und desto weniger kann ein Individuum sich auf den anderen Denkstil einlassen (Fleck 1980 [1935], S. 142–143). Innerhalb eines Denkkollektivs knüpfen Individuen an die Arbeit und Gedanken anderer Akteur*innen an; sie unterliegen dem Zwang eines bestimmten Denkstils und können nur schwer Widerstand dagegen formulieren (Fleck 1980 [1935], S. 56–57). Von einem Denkkollektiv anerkannte Tatsachen müssen auf der »Linie des geistigen Interesses ihres Denkkollektives« (Fleck 1980 [1935], S. 132) liegen und »im Stil des Denkkollektivs ausgedrückt werden« (Fleck 1980 [1935], S. 133), sonst gelten sie nicht als Tatsachen. Wenn also die Medizin bzw. spezifisch die Ärzt*innenschaft als ein Denkkollektiv nach Fleck konzipiert wird, kann betrachtet werden, welche spezifischen Inhalte und Normen in diesem Denkkollektiv vorherrschen und wie sie weitergegeben und angewendet werden.

Lehrbuchwissenschaft und Zeitschriftenwissenschaft

Fleck unterscheidet verschiedene Strukturen von Denkkollektiven: Zeitschriftenwissenschaft, Handbuchwissenschaft, Lehrbuchwissenschaft und Populärwissenschaft. Ich fasse die Handbuch- und Lehrbuchwissenschaft für diese Arbeit

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

als eine Kategorie zusammen[14] und stelle diese der Fleckschen Konzeption der Zeitschriftenwissenschaft gegenüber. Nach Fleck liegt wissenschaftliches Wissen zunächst in Form der Zeitschriftenwissenschaft vor – wobei sich hier die Entstehung und Entwicklung wissenschaftlicher Tatsachen zeigt (Sabisch 2016, S. 15). Die Formulierungen sind eher vorsichtig und vorläufig (Fleck 1980 [1935], S. 156–157), im Vordergrund steht die wissenschaftliche Debatte (Rosenberg 2021, S. 149). Aus diesem also eher vorläufigen und subjektiv gefärbten Wissen speist sich die Handbuchwissenschaft (Fleck 1980 [1935], S. 157–158), bei welcher das Wissen in systematisierter Form vorliegt (Rosenberg 2021, S. 149). In Handbüchern finden sich die Formulierungen wissenschaftlicher Tatsachen und Denkzwänge: »Eine genauere Betrachtung der Handbücher gibt daher Aufschluss über den stilgemäßen Denkzwang einer Disziplin; denn Handbücher vermitteln den esoterischen Kreisen des Denkkollektivs, welches Wissen wahr ist« (Sabisch 2016, S. 15). Durch die Zusammenstellung von Forschungsergebnissen kann sich in der Analyse eines Handbuchs ein Bild über die Richtungslinie der Forschungen und über Grundbegriffe eines Denkkollektivs gemacht werden (Fleck 1980 [1935], S. 158). Ein Lehrbuch ist nach Fleck ein pädagogisch aufbereitetes Handbuch, das Lai*innen in eine wissenschaftliche Disziplin einführt (Fleck 1980 [1935], S. 149). Der Unterschied zwischen Zeitschriften- und Lehrbuch- bzw. Handbuchwissenschaft ist nach Fleck folgender: »Versteht man unter Tatsache Feststehendes, Bewiesenes, so ist sie nur in der Handbuchwissenschaft vorhanden: vorher im Stadium des losen Widerstandsavisos der Zeitschriftenwissenschaft ist sie eigentlich Anlage der Tatsache« (Fleck 1980 [1935], S. 164).

3.4.2 Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit

In ihrem wegweisenden Werk ›Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit‹ arbeiten Peter Berger und Thomas Luckmann (2007 [1980]) heraus, wie etwas gesellschaftlich als Wahrheit anerkannt wird und wie solch eine Wahrheit durch Sozialisation individuell internalisiert wird. Sie schreiben:

> »So wird eine bestimmte gesellschaftliche Welt zur Welt *schlechthin*. […] Wissen in diesem Sinne steht im Mittelpunkt der fundamentalen Dialektik der Gesellschaft. Es ›programmiert‹ die Bahnen, in denen Externalisierung eine objektive Welt produziert. Es objektiviert diese Welt durch Sprache und den ganzen Erkenntnisapparat, der auf der Sprache beruht. Das heißt, es macht Objekte aus dieser Welt, auf daß sie als Wirklichkeit erfaßt werde. Dasselbe Wissen wird als objektiv gültige Wahrheit wiederum während der Sozialisation internalisiert. Wissen über die Gesellschaft ist demnach *Verwirklichung* im doppelten Sinne des Wortes: Erfassen

14 Fleck selbst konzipiert Lehrbücher als eine Form von Handbüchern.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> der objektivierten gesellschaftlichen Wirklichkeit und das ständige Produzieren eben dieser Wirklichkeit in einem« (Berger und Luckmann 2007 [1980], S. 70–71 [HiO]).

Diese Erkenntnisse sind zentral für die Analyse des Medizinstudiums: Studierende lernen ein spezifisches (Fach-)Wissen, das ihre »Welt schlechthin« (ebd.) wird und mit dem, was gewusst werden kann, gleichbedeutend ist. Währenddessen strukturiert und reproduziert dieses Wissen die Welt der Studierenden, insbesondere durch Sprache als zentrales Symbolsystem, durch das »Wissen hervorgebracht und in welchem Wissen geordnet […] [und] konstituiert wird« (Ott 2014, S. 255). Das Vermittelte ist dann objektives Wissen, während solches z. B. über marginalisierte Patient*innengruppen als unwichtig und als nicht objektiv erscheint.

3.4.3 Epistemische Gewalt

Epistemische Ungerechtigkeit[15]

In ihrem Buch ›Epistemic Injustice‹ untersucht die Philosophin Miranda Fricker Ungerechtigkeit – spezifisch in Bezug auf Macht, Wissen und die sozialen Positionen von Wissenden.[16] Ihren zentralen Begriff definiert sie wie folgt: »Any epistemic injustice wrongs someone in their capacity as a subject of knowledge, and thus in a capacity essential to human value« (Fricker 2010, S. 5). Epistemische Ungerechtigkeit bzw. Gewalt kann als Form symbolischer Gewalt (nach Bourdieu (2020 [1998])) oder struktureller Gewalt (nach Galtung (1975)) gesehen werden. Das bedeutet, dass sie oft nicht als Gewalt sichtbar oder greifbar wird. Sabine_ Hark fasst dies folgendermaßen zusammen:

> »Sosehr sie sich auch kritisch gegen die Verhältnisse wenden, in die sie [die Beherrschten, AS] gestellt sind, und Ungerechtigkeiten anprangern – und sie tun das –, ist es nahezu unausweichlich, dass ihnen die Herrschaftsverhältnisse als *doxa*, als natürlich, erscheinen, das heißt als gegeben und nicht gemacht« (Hark 2021, S. 89 [HiO]).

Dabei bedient sich epistemische Gewalt nicht nur Wissens als Waffe, sondern ist gewissermaßen in der Gestalt von Wissen »materialisiert in Theorien und Methoden,

15 Brunner (2020) spricht statt von epistemischer Ungerechtigkeit von epistemischer Gewalt. Ich schließe mich dieser Begriffsverwendung an.

16 Selbstverständlich beschäftigen sich neben Miranda Fricker auch viele weitere Philosoph*innen und Wissenschaftler*innen, insbesondere Theoretiker*innen of Color wie Gayatri C. Spivak, mit epistemischer Ungerechtigkeit. Einen Überblick über die theoretische Diskussion zu epistemischer Ungerechtigkeit findet sich bei Brunner (2020).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

in sich als Wissenschaft tarnenden sexistischen Klassifikationen und rassistischen Taxonomien, die Abstufungen des Menschlichen definieren und so die Anderen auf Abstand halten« (Hark 2021, S. 90–91).

Testimonial Injustice

Fricker interessiert sich nun vor allem für zwei Fälle, in denen Macht und Wissen in einem Missverhältnis stehen: Im ersten Fall, *testimonial injustice*, wird einem Menschen z. B. weniger geglaubt, als angebracht wäre (*credibility deficit*) (Fricker 2010, S. 17–20), weil ein stereotyper und vorurteilsbehafteter Blick dazu führt, seiner Aussage nicht zu glauben.[17] Epistemische Ungerechtigkeit stellt damit ebenso eine Herrschaftstechnik von Marginalisierung dar (siehe Kapitel 2.5): »Wer von epistemischer Gewalt betroffen ist, mag zwar durchaus in der Lage sein, darüber zu sprechen, doch die Chancen, im Kontext der Kolonialität von Macht, Wissen und Sein auch auf Gehör und Verständnis zu treffen, sind äußerst ungleich verteilt« (Brunner 2020, S. 114).

Hermeneutical Injustice

Neben *testimonial injustice* beschreibt Fricker einen zweiten, vorgelagerten Fall, in dem epistemische Ungerechtigkeit vorliegt: *hermeneutical injustice*. Diese beschreibt ein Fehlen von epistemischen Ressourcen (Fricker 2010, S. 1–8). *Hermeneutical Injustice* kann einerseits bedeuten, dass eine Person z. B. Gewalt erlebt, aber keine Sprache hat, um dies auszudrücken oder als Gewalt einzuordnen (Lelwica 2017, S. 3). Andererseits kann sich der Begriff auch grundsätzlich darauf beziehen, dass kein Wissen zu bestimmten sozialen Gruppen existiert oder geschaffen wird. Epistemische Ungerechtigkeit nach Fricker liegt »also dann vor, wenn jemand in Bezug auf die eigenen Wissensmöglichkeiten eingeschränkt« wird (Brunner 2020, S. 105). Dieses Nicht-wissen-können, Nicht-gehört-werden, Nicht-geglaubt-werden hängt mit grundsätzlicherer Unsichtbarkeit zusammen: Institutionalisierte epistemische Gewalt nämlich bedeutet, dass bestimmte Realitätsverständnisse ignoriert oder verdunkelt werden und dass die Macht, dies zu tun, durch Privilegien aufrecht erhalten, geleitet und geschützt wird (Brunner 2020, S. 118). Ian James Kidd und Javi Carel denken Frickers Konzept der Hermeneutischen Ungerechtigkeit in Anschluss an die Philosophin Rebecca Mason weiter. Hermeneutische Ungerechtigkeit kann damit auch bedeuten, dass es keine hermeneutischen Ressourcen gibt, sodass sie auch

17 Maya Dusenbery (2018, S. 61–105) beschreibt ein ähnliches Phänomen unter dem Begriff *Trust Gap* – nämlich, dass Frauen (bzw. marginalisierten Personen allgemein) in der Medizin seltener geglaubt wird, z. B. was Symptome oder Schmerzen betrifft.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

niemandem, weder einer dominanten noch einer marginalisierten Gruppe, zur Verfügung stehen. Oder es bedeutet, dass diese hermeneutischen Ressourcen existieren, aber manchen Gruppen (wie z. B. Ärzt*innen) nicht zur Verfügung stehen:

> »[A] particular group has perfectly adequate hermeneutical resources of its own – its members can make sense of their experiences – but those resources are not recognised or respected by the dominant social and epistemic authorities. This group therefore has non-dominant hermeneutical resources, and so suffers hermeneutical injustice because the dominant social groups cannot understand their experiences« (Kidd und Carel 2017, S. 183).

Zusammengefasst gibt es hier in Bezug auf das medizinische Wissen über queere Patient*innen zwei zentrale Problemfelder, die in dieser Arbeit näher beleuchtet und empirisch unterfüttert werden: *Erstens* fehlen anerkannte epistemische Ressourcen über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in der Medizin; auch weil es bestimmte Konventionen gibt, die bestimmen, was richtiges und anerkanntes Wissen ist und wer dieses Wissen wie generieren und verbreiten kann. *Zweitens* wird queeren Patient*innen ihr eigenes (Körper-)Wissen abgesprochen und sie gelten nicht als glaubhafte Subjekte. Damit gibt es Wissenslücken in der Medizin zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, die queeren Patient*innen schaden, da sie nicht angemessen behandelt werden können. Von diesen Wissenslücken profitieren auch die in der Ärzt*in-Patient*in-Hierarchie privilegierten Mediziner*innen nicht, die qua mangelnder Ausbildung mit der Behandlung queerer Patient*innen überfordert werden.

3.5 Medikalisierung

3.5.1 Begriffsbestimmung

Als spezifisch auf die Medizin bezogene Herrschaftstechnik ist in dieser Arbeit Medikalisierung relevant. Nicht nur zeigt sich an Medikalisierung die gesellschaftliche Macht von Ärzt*innen, sondern queere Personen waren und sind von Medikalisierung in hohem Maße betroffen (Peter und Neubert 2016, S. 280).

Medikalisierung

Der Medikalisierungsbegriff kam in den 1960er und 70er Jahren in den USA auf, wurde schon früh mit sozialer Kontrolle durch die Medizin in Verbindung gebracht (Peter und Neubert 2016, S. 273) und als Vehikel für die Kritik am »medizinischen

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Imperialismus« (Karsch 2015, S. 94)[18] bzw. an der Medizin als solcher genutzt (vgl. Illich 1995). Grundsätzlich bezeichnet Medikalisierung den Prozess, in dem nichtmedizinische Phänomene zu medizinischen umdefiniert und damit in den Zuständigkeitsbereich der Medizin verschoben werden (Conrad 2007, S. 4).[19] Diese Phänomene stehen vorher i.d.R. unter juristischer, politischer bzw. religiöser Kontrolle (Sholl 2017, S. 185). Mit Foucault gedacht kann Medikalisierung daher auch als gesellschaftliches Normierungsinstrument verstanden werden (Fütty 2019, S. 69).[20] Genauso, wie verschiedene Phänomene medikalisiert werden können, können sie aber auch entmedikalisiert werden. Dabei stellt Medikalisierung oft einen Zwischenstopp (zwischen Kriminalisierung und Legalisierung) auf dem Weg zur gesellschaftlichen Akzeptanz und Normalisierung eines Phänomens dar (Hehlmann et al. 2018, S. 148).

Folgen von Medikalisierung

Die Medikalisierung eines Phänomens hat verschiedene Konsequenzen für Patient*innen. Auf der einen Seite validiert und legitimiert Medikalisierung Symptome von Patient*innen und gibt ihnen Zugang zu Unterstützung und Hilfe (Conrad 2007, S. 11). Gesellschaftlich bedeutet die Medikalisierung eines sozialen Phänomens, dass die jeweilige Ursache individualisiert wird und Interventionen ebenfalls auf individueller, nicht struktureller Ebene erfolgen (Conrad 2007, S. 8). Damit geht auch einher, dass medikalisierte Phänomene depolitisiert und entmoralisiert bzw. dem politischen Diskurs entzogen werden (Crawford 1980, S. 368; Conrad

18 Peter Conrad (2013) plädiert dafür, den Begriff *medizinischer Imperialismus* nicht mehr zu verwenden, da Medikalisierungsprozesse deutlich komplexer seien.

19 Fabian Karsch zeigt auf, dass es wichtig ist, Medikalisierung weit zu fassen, nämlich als den Prozess »der die Etablierung medizinischer Institutionen, die Vergrößerung medizinischer Einflussbereiche und die Bedeutungszunahme medizinischer Denkweisen ebenso umfasst, wie die durch die Medikalisierung ausgelösten Nebenfolgen und Entgrenzungen eingespielter Logiken« (Karsch 2015, S. 96). Es geht also nicht nur um die Beschreibung von Medikalisierung als Pathologisierung nicht-pathologischer sozialer Phänomene (weswegen ich auch nicht von Pathologisierung spreche), sondern um eine Einbeziehung »der Professionalisierung, Verwissenschaftlichung und Bürokratisierung der Medizin, ihre zunehmende (und anhaltende) strukturelle Dominanz und die damit einhergehenden soziokulturellen Auswirkungen und Machtgefälle« (Karsch 2015, S. 96; vgl. Kolip 2000).

20 Dennoch ist es wichtig, Patient*innen nicht nur als passive Opfer dieses Prozesses zu verstehen: (Selbst-)Medikalisierungsprozesse finden z. B. auch in Patient*innen-Selbsthilfegruppen oder politischen Debatten statt (Lupton 1998; Peter und Neubert 2016, S. 274). In Bezug auf Patient*innen muss in der Überlegung zu Medikalisierung also auch ihre agency z. B. in Form von Selbstdiagnose, -behandlung und -medikation nachgedacht werden (Karsch 2015, S. 105).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2013). Das bedeutet andererseits aber auch: »Was keine Diagnose hat, ist auch keine anerkannte Leidensform« (Thesing 2019, S. 31).[21]

Gefahren von Medikalisierung

Peter Conrad warnt davor, dass viele Formen menschlicher Vielfalt als pathologisch definiert werden können, bspw. im Bereich der Sexualität (Conrad 2007, S. 148). Gefährlich daran sind besonders Heilungs- oder Korrekturversuche menschlicher Vielfalt durch die Medizin (Sholl 2017, S. 186). Auch Iris Marion Young bedenkt diesen Aspekt in ihrer theoretischen Ausarbeitung von Marginalisierung:

> »The medicalization of difference brings about a strange and fearful logic. On the one hand, the normal/abnormal distinction is a pure good/bad exclusive opposition. On the other hand, since these opposites are located on one and the same scale, it is easy to slide from one to the other, the border is permeable. The normal and the abnormal are distinct natures, men and women, white and black, but it is possible to get sick, to lose moral vigilance, and to degenerate« (Young 1990, S. 129).

Medikalisierung leistet außerdem einem gesellschaftlichen Verständnis von Normalität Vorschub, das zunehmend medizinisch geprägt ist und medizinisch definierte Erwartungen an Körper, Gesundheit und Verhaltensweisen voraussetzt (Conrad 2007, S. 149–151). Medikalisiert werden nämlich vor allem Abweichungen von gesellschaftlichen Normen, die dann durch die Medizin selbst behoben oder reguliert werden können (Kolip 2000, S. 18–21).

3.5.2 Medikalisierung von Queerness

Sexualität und Geschlecht in der Medizin

Über die Medikalisierung von Queerness wird in diesem Unterkapitel auch deutlich, welches Verhältnis die Medizin zu (devianter) Sexualität und Geschlechtlichkeit hat:

> »Die Beziehung der Psychiatrie und der Psychotherapie zu homo- und bisexuellen sowie trans* […] Personen […] ist trotz verschiedenen Veränderungen in den letzten Jahren nach wie vor von einer komplexen Ambivalenz geprägt. Einerseits haben sich diese Fächer bereits sehr früh, intensiv und teilweise erstaunlich offen mit dem Phänomen der Homo- und Bisexualität bzw. Geschlechtsidentitätskonkordanz auseinandergesetzt […], andererseits wurde insbesondere die Homose-

21 Peet Thesing verdeutlicht dies daran, dass bspw. Depression als Diagnose ein offizieller Leidensgrund ist, das Leiden an rassistischer Diskriminierung aber nicht (Thesing 2019, S. 31).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

xualität von Beginn an nicht selten als psychotraumatologische Folge(n) von Kindheitskonflikten und Familienproblemen verstanden« (Garcia Nuñez und Schneeberger 2018, S. 167).

Ein medikalisiertes Verständnis von Queerness bedeutet, dass atypische bzw. normabweichende Körper, Beziehungen, Sexualitäten, Geschlechter etc. als deviant, pathologisch und fehlerhaft verstanden werden und entsprechend in einer medizinischen Terminologie adressiert und Heilungsversuchen unterworfen werden sollen.[22]

Historische Medikalisierung von Homosexualität

Seit Ende des 19. Jahrhunderts wurde Homosexualität (bzw. Männer, die Sex mit Männern haben,) psychiatrisiert und medikalisiert (Kraß 2011; Schuldzinski 2020). Im ICD fand sich Homosexualität als Diagnose zwischen der sechsten Ausgabe (1948) und der zehnten Ausgabe (1990), wobei in der letzten Ausgabe eine Subsumierung unter ›sexual maturation disorder‹, ›ego-dystonic sexual orientation‹ oder ›sexual relationship disorder‹ erfolgte (Drescher 2015, S. 389).[23] Bis in die 1990er Jahre galt Homosexualität in der Psychoanalyse bspw. als Teil einer narzisstischen Störung oder einer Psychose (Huftless 2019). Lesbisch-Sein wurde u. a. als Perversion, tiefe Störung der Objektbeziehung, tiefe Störung der Ich-Entwicklung, als Reparationsversuch einer missglückten Mutter-Kind-Beziehung oder als Abwehr von Kastrationsängsten und Penisneid verhandelt. Schwulen Personen wurde bspw. unterstellt, an Obsessionen, Charakterstörungen, Phobien, Hormonstörungen, ↗Inzest, Angstgefühlen, Defekten im Über-Ich und Angst vor heterosexuellen Beziehungen zu leiden (Rauchfleisch 1996, S. 146–147; Wolf 2004, S. 81).

Konversionstherapien

Bis zur Entpathologisierung von Homosexualität wurden verschiedene Ansätze zur Heilung von Homosexualität, d. h. zur Heterosexualisierung, entwickelt und angewandt (sog. Konversionstherapien). Angebotene Formen vonseiten der Medizin waren z. B. Psychotherapien (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie),

22 Eben gerade weil das medizinische Modell der Behinderung auch auf viele queere Menschen, z. B. HIV-positive schwule Männer, übertragbar ist, lädt Alison Kafer dazu ein, queere Themen auch unter dem Vorzeichen von Disability Politics zu sehen und zu besprechen (Kafer 2013, S. 11).

23 Die Entpathologisierung von Homosexualität ging mit Entkriminalisierung in Deutschland und der Schweiz einher.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Hypnosetherapien, Aversionstherapien, (elektrische und chemische) Schocktherapien, chemische ↗Kastrationen, Hormontherapien, Medikamentengaben (darunter auch LSD, sexuelle Stimulantien und Depressanten) und Operationen (u. a. ↗Lobotomien, Kastrationen, ↗Hysterektomien, ↗Ovarektomien und ↗Kliterodektomien) (Katz 1976, S. 129; Steffens und Thompson 2006; Tietz 2011; Sell 2019, S. 69). Heute gelten Konversionstherapien als unwirksam und schädlich (Briken et al. 2019; Przeworski et al. 2021).[24]

Aktuelle Medikalisierung von Homosexualität

Auch wenn Homosexualität heute keine Diagnose mehr ist, finden sich noch ↗pathologisierende und problematisierende Diskurse in der Medizin. Diese seien jedoch nicht mehr so explizit und offen, was es erschwere, es zu thematisieren, wie der*die Psychoanalytiker*in Esther Huftless am Beispiel der Psychiatrie ausführt (Huftless 2019, o. S.; vgl. Preis 2016). So konnte bis 2021 die Diagnose der ↗ich- bzw. ego-dystonen Sexualorientierung gestellt werden, womit ein therapeutischer Zugriff möglich wurde. Zur anhaltenden Medikalisierung von Homosexualität kann außerdem die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Ursache von Homosexualität gezählt werden. Dazu gehören u. a. die Suche nach dem ›Homo-Gen‹ oder Tests an queeren Geflüchteten, mit denen festgestellt werden soll, ob diese ›wirklich‹ queer sind. Während der AIDS-Epidemie verschärfte sich die medizinische Überwachung und Stigmatisierung insbesondere von schwulen Männern (Conrad und Angell 2004, S. 36), bspw. mit dem Ausschluss von MSM von der Blutspende.[25] Wie Mike Laufenberg (2014) zeigt, wird queere Sexualität bis heute grundsätzlich als infektiös, kontagiös und damit als bedrohlich wahrgenommen.

Medikalisierung von Bisexualität, Asexualität, Aromantik und Polyamorie

Bisexualität als solche unterliegt ebenfalls einer Medikalisierung (Eisner 2013, S. 205). Bisexuelle Personen, ganz spezifisch bisexuelle Männer, werden als infektiös imaginiert, die außerehelichen, gleichgeschlechtlichen Sex haben und dann

24 Wie Drescher (o. J.; vgl. auch Quindeau 2015, S. 648) ausführt, gibt es auch heute noch Psycholog*innen und Ärzt*innen, die in Homosexualität eine psychische Krankheit oder einen moralischen Fehler sehen bzw. eine erlernte Verhaltensweise, die durch Psychotherapie geheilt werden kann. Auch alternativmedizinische und spirituelle bzw. religiöse Heilungsversuche von Homosexualität sind bekannt.

25 In Deutschland dürfen seit 2021 MSM dann Blut spenden, wenn sie in einer ↗monogamen Beziehung leben. Nach sexuellen Kontakten mit neuen Partner*innen werden sie für vier Monate von der Blutspende ausgeschlossen (Deutsche Aidshilfe o. J.). Eine vergleichbare Regelung für die Schweiz ist in Vorbereitung, aktuell dürfen MSM dort nur spenden, wenn sie ein Jahr lang nicht sexuell aktiv waren (Pink Cross 2022).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ihre heterosexuellen Ehefrauen und Kinder mit STIs infizieren (Eisner 2013, S. 47). Wie ich an anderer Stelle ausführlich beschrieben habe (Spahn 2021), wird auch Asexualität in der Medizin und Psychologie als pathologischer Zustand gefasst und die aromantische Community befürchtet eine (Psycho-)Pathologisierung von Aromantik (The thinking Aro 2015; Baumgart und Kroschel 2022, S. 121). Allerdings liegen keine Studien zum medizinischen und psychiatrischen Umgang mit Aromantik und aromantischen Patient*innen vor. Auch Polyamorie wurde und wird in der Medizin psychopathologisiert (Barker 2014; Grunt-Mejer und Łyś 2019).

Medikalisierung von Transgeschlechtlichkeit

Die Medikalisierung und medizinische Behandlung von Transgeschlechtlichkeit sind aktuell einem Wandel unterworfen. Transgeschlechtlichkeit war unter verschiedenen Diagnosen (ab 1965) im ICD zu finden (Drescher 2015, S. 390). In der Vergangenheit wurden in der Medizin ausschließlich binäre ↗Transitionen anerkannt und der herrschende Behandlungsansatz folgte dem Ziel, trans Menschen »in die duale geschlechtliche Welt wieder einzugliedern« (Jacke 2019, S. 55). Dabei entschied die Medizin, was als männlich bzw. weiblich gilt (Jacke 2019, S. 57). Vor einer chirurgischen oder ↗endokrinologischen Intervention erfolgte eine Psychotherapie, die das Ziel hatte, trans Personen mit ihrem zugewiesenen Geschlecht zu ›versöhnen‹ und sie von Transitionswünschen abzubringen (Richter-Appelt und Nieder 2014, S. 39). Ein Scheitern dieser Therapie bestätigte die Diagnose und eröffnete die Möglichkeit einer medizinischen und rechtlichen Transition (Jacke 2019, S. 55–58). Heute dient eine Psychotherapie der Begleitung von trans Menschen und der Behandlung von ↗Geschlechtsdysphorie. Therapeut*innen agieren aber bis heute als ↗Gatekeeper*innen für endokrinologische und chirurgische Behandlungsmaßnahmen in Deutschland.[26]

Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit

An die Stelle der Diagnose Transsexualismus trat 2022 die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz[27], die eine medizinische Transition (z. B. Hormontherapien oder Operationen) trotz Entpathologisierung ermöglicht (The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) 2012; vgl. Lüthi 2015; Jacke 2019, S. 61–62;

26 Zum aktuellen medizinischen Umgang mit trans Personen in der Schweiz siehe Transgender Network Switzerland (o. J.).

27 Das Leiden an einer Geschlechtsinkongruenz wird auch als Dysphorie bezeichnet. In der Medizin werden trans Personen, die keine Dysphorie empfinden, oft als nicht ›richtig‹ trans anerkannt. Wie Felicia Ewert zeigt, wird damit ein cisnormatives System aufrecht erhalten, dass trans Personen nur als leidend imaginieren kann (Ewert 2018, S. 34–49).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Tischoff 2020). Medizinisch gilt Transgeschlechtlichkeit damit als Normvariante, die als solche nicht pathologisch ist. In Deutschland gilt seit 2018 außerdem eine ↗AWMF Leitlinie auf ↗S3 Niveau[28] (Nieder und Strauß 2021). Darin ist erstmals eine Flexibilisierung der Behandlungsschritte möglich, d. h. verschiedene Transitionsmaßnahmen können unabhängig voneinander durchgeführt werden (z. B. genitalangleichende Eingriffe ohne vorausgehende Hormonersatztherapie). Außerdem werden auch nicht-binäre Transitionen anerkannt und unterstützt (Jacke 2019, S. 64–67). Jacke sieht die Medizin am Beginn des 21. Jahrhunderts in einer *epistemischen Unordnung*, da sie gleichzeitig einem Entpathologisierungsbestreben folgt und ihre Zuständigkeit und Kontrolle über Transgeschlechtlichkeit behält (Jacke 2016, S. 146).

Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit

Gerade in Bezug auf körperliches Geschlecht herrschen in der Medizin noch starre Normen, denn: »[p]asst ein Mensch nicht in die gängigen Definitionen von Männlichkeit oder Weiblichkeit, so greift die Medizin hier bislang regelmäßig regulierend ein« (Gregor 2015, S. 36; vgl. Voß 2012). Zugleich ist Intergeschlechtlichkeit der diskursive Knotenpunkt, an dem die Medizin überhaupt erst Normwerte für Männlichkeit und Weiblichkeit ausarbeitet (Eckert 2010, S. 22–23; Gregor 2015, S. 92–93). Der heutige medizinische Umgang mit Intergeschlechtlichkeit ist durch ein Behandlungsprogramm geprägt, das in den 1950er Jahren von John Money in Baltimore entwickelt wurde.[29] Die grundlegende These Moneys ist, dass Intergeschlechtlichkeit ein medizinisches Problem sei und Behandlung bedürfe (Eckert 2013, S. 25), wobei das Ziel die gelungene Identifizierung mit Männlichkeit oder Weiblichkeit sei, d. h. entsprechendes romantisches, sexuelles und reproduktives Verhalten (Eckert 2013, S. 28). Um dies zu erreichen, wurden Genitalien und Körper von inter* Kindern so früh wie möglich geschlechtlich ›vereindeutigt‹.[30] Mit Hormongaben, Psychotherapie etc. wurden die Kinder zu ihrem neuen Geschlecht

28 Die S3-Leitlinie zu Transgeschlechtlichkeit ist eine an Deutschland adaptierte Version der Standards of Care der internationalen Version (Richter-Appelt und Nieder 2014, S. 34). Eine solche angepasste Version gibt es für die Schweiz nicht. Bei der Entstehung der Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz waren auch trans Selbstorganisationen beteiligt (Bundesverband Trans (BVT) o. J.). Die Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz 138–001 wird Stand 2024 wieder überarbeitet.

29 In Deutschland gab bereits im Nationalsozialismus geschlechtsnormierende Eingriffe an intergeschlechtlichen Menschen (Voß 2014, S. 236–237).

30 Ich verwende an dieser Stelle Anführungszeichen, um darauf hinzuweisen, dass intergeschlechtliche Personen bereits ein eindeutiges (intergeschlechtliches) Geschlecht haben. Der Begriff der Vereindeutigung entstammt einer pathologisierenden und defizitären Perspektive auf intergeschlechtliche Menschen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

erzogen, ohne dass sie über ihre Intergeschlechtlichkeit und die medizinischen Interventionen aufgeklärt werden sollten (Gregor 2015, S. 56–58). Das Baltimorer Behandlungsprogramm hat bis heute großen Einfluss, trotz der Einstufung von medizinischen Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern als Menschenrechtsverletzung durch den deutschen Ethikrat (Eckert 2013, S. 25). Bevor in Deutschland 2021 Operationen an intergeschlechtlichen Kindern verboten wurden[31], herrschte das Narrativ, dass diese Operationen stark zurückgegangen seien, was Klöppel (2019) widerlegte. Die Entpathologisierung von Intergeschlechtlichkeit scheint noch ein weiter Weg zu sein: Der ICD 11 spricht bspw. noch von *Störungen der Geschlechtsentwicklung* und im ärztlichen Jargon sind stigmatisierende und pathologisierende Bezeichnungen für Intergeschlechtlichkeit wie ›abnorm‹, ›defekt‹ oder ›missgebildet‹ immer noch weit verbreitet (Tischoff 2020, S. 98).

Geschlechtsnormierende Behandlungen

Die Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit betrifft, wie Simon Zobel zeigt, fast jede inter* Person (Zobel 2015, S. 234–235). Die Folgen der geschlechtsnormierenden Behandlungen an inter* Personen umfassen Komplikationen wie Fisteln, Entzündungen, Narbenbildung, Unfruchtbarkeit, Schmerzen, Sensibilitätsverlust, aber auch Traumata mit psychischen Folgen wie Depressionen und Suizidalität (Woweries 2015a, S. 252–258; Zobel 2015, S. 235). Dabei wären geschlechtsnormierende Eingriffe an den Genitalien von Kindern eigentlich nur medizinisch indiziert, wenn es sich z. B. um eine Behinderung des Urinabflusses handelt, d. h. wenn Lebensgefahr droht (Woweries 2015a, S. 251).

3.6 Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in der Medizin

Gender Medizin

Die Gender Medizin trägt dem Umstand Rechnung, dass sich zwischen Männern und Frauen Unterschiede bei Entstehung, Symptomen, Ausprägungen, Diagnostik und der Versorgung von Krankheitsbildern, von individuellem Krankheitserleben und im gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit zeigen (Maschewsky-Schneider 2016, S. 30; Wattenberg et al. 2019), z. B. in Bezug auf Herz-Kreislauferkrankungen oder Krebs (Wattenberg et al. 2019). Hierbei wird ein cisnormatives Zwei-Geschlechtersystem reproduziert, obwohl dieses Geschlechterverständnis »theoretisch und praktisch infrage gestellt werden kann« (Oertelt-Prigione und Hiltner

31 In der Schweiz sind solche Eingriffe bis heute erlaubt. In Deutschland wird das aktuell gültige Verbot von Aktivit*innen als nicht weitreichend genug kritisiert (OII Germany 2020).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2019, S. 742; vgl. Dennert 2012, S. 84). Damit geht einher, dass Männer und Frauen als jeweils homogene Gruppen gefasst (Wöllmann 2007; Schofield 2012), Unterschiede innerhalb dieser Gruppen unsichtbar gemacht (Annandale und Hammarström 2010), Geschlechterstereotype verfestigt (Rásky und Scheipl 2016; Shai et al. 2021) und Anliegen von trans- und intergeschlechtlichen Personen ignoriert werden (Shai et al. 2021). Auch wenn in der Gender Medizin verschiedene Verständnisse von Geschlecht kursieren, ist doch die Gefahr groß, dass sich – gerade wegen der Körperbezogenheit der Medizin – ein rein körperbasiertes Verständnis von Geschlecht verhärtet (Bolte 2016).

Sexismus in der Medizin

Patientinnen bzw. Patient*innen, die als Frauen wahrgenommen werden bzw. keine endo cis Männer sind, werden auch heute noch sexistisch diskriminiert – sie werden oft falsch behandelt, ignoriert[32], falsch diagnostiziert, sexualisiert und erleben körperliche und sexualisierte Gewalt (z. B. in der Geburtshilfe) (Hanson 2001; Kalkstein und Dittel 2015; Mundlos 2015; Jackson 2019). Gabriele Dennert arbeitet heraus, dass Ärzt*innen ihre weiblichen Patientinnen als »psychisch labiler«, »leicht zu beeinflussen und als mit dem ›Herz‹ denkend« und »mit dem ›Bauch‹ handelnd« beschreiben (Dennert 2012, S. 92). Gleichzeitig weisen sie die Annahme zurück, das Geschlecht ihrer Patient*innen würde ihr ärztliches Verhalten beeinflussen (Dennert 2012, S. 89). Sexismus in der Medizin wird aktuell vielfach kritisiert, z. B. die Konstruktion der hormonell-labilen Frau durch den Berufsverband der Frauenärzte (Hertle 2018) oder Sexismus gegen Ärztinnen (Lenz 2018).

Marginalisierung und Gesundheit[33]

Personen, die marginalisiert werden, weisen häufig einen schlechteren Gesundheitszustand auf, als die jeweilig privilegierte Gruppe (zu Rassismus siehe: Ziegler und Beelmann 2009; zu Armut siehe: Lampert und Kroll 2014). Diese gesundheitliche Ungleichheit wird durch ↗intersektional wirkende Marginalisierungsstrukturen verstärkt (Babitsch 2004; Wilkinson und Marmot 2004; Fish 2006; Europäische Union 2017a; Weinmann 2019). Der Gesundheitszustand queerer Personen spezifisch in Deutschland und der Schweiz ist nur unzureichend erforscht.[34] Das gilt

32 So dauert eine Diagnose für Endometriose in Großbritannien im Schnitt zwischen acht und zehn Jahren, weil Patient*innen ihre Schmerzen nicht geglaubt werden bzw. rein psychische Ursachen vermutet werden (Criado-Perez 2020).

33 Um eine Aktualität des hier aufgeführten Forschungsstandes zu gewährleisten, referiere ich nur Forschung, die nach dem Jahr 2000 entstanden ist.

34 Martin Plöderl reflektiert die Gefahren, die von Gesundheitsforschung zu queeren Personen ausgehen in seinem Artikel zum Suizidrisiko bei LSBTI*-Personen und schreibt: »Einerseits ist

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

insbesondere für bisexuelle, asexuelle, aromantische, trans und inter* Menschen und intersektionale Perspektiven (Wolf 2017a, S. 43). Erste Forschungsergebnisse (und die Übertragung von Ergebnissen aus dem restlichen Europa und den USA) zeigen, dass queere Personen im Vergleich zur (heterosexuellen und ↗endo- und ↗cisgeschlechtlichen) Gesamtbevölkerung einen schlechteren gesundheitlichen Status sowie spezifische gesundheitliche Risiken aufweisen (Dennert 2016; Lampalzer et al. 2020; Pöge et al. 2020a; Timmermanns et al. 2022). Einige Beispiele: Schwule Männer und lesbische Frauen haben ein erhöhtes Risiko für Krebs (Lampalzer et al. 2020), schwule und bisexuelle Männer leiden häufiger an Leber- und Nierenproblemen als heterosexuelle Männer (Zeeman et al. 2019) und schwule, lesbische und bisexuelle Menschen leiden häufiger an Asthma und haben häufiger körperliche Einschränkungen als heterosexuelle (Fredriksen-Goldsen et al. 2014, S. 654). Die gesundheitliche Diskrepanz gilt auch für psychische Erkrankungen (Semlyen et al. 2016; Jäggi et al. 2018; Zeeman et al. 2019; Timmermanns et al. 2022). Insbesondere die Zeit des ↗Coming Outs gilt als hochbelastende Phase (Wolf 2004). Die Corona-Pandemie und damit einhergehenden Lockdowns verschlimmerten den Gesundheitszustand von queeren Menschen dramatisch (Buspavanich et al. 2021; Magnus-Hirschfeld-Stiftung 2021). Von der schlechteren physischen und psychischen gesundheitlichen Lage sind trans Personen überproportional betroffen (Kasprowski et al. 2021). Timmermanns et al. finden bspw. für trans und gender*diverse Personen eine um das Zehnfache erhöhte Suizidgefährung (Timmermanns et al. 2022, S. 132). Gleichzeitig beschreiben 70 % der queeren Teilnehmenden an einer deutschen Studie ihren allgemeinen Gesundheitszustand subjektiv als ›sehr gut‹ oder ›gut‹ und nur 6 % als ›schlecht‹ oder ›sehr schlecht‹ (Timmermanns et al. 2022, S. 113). Unter queeren Personen sind Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum bzw. -missbrauch sowie Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen[35] weit verbreitet (Chao und Aoun 2019, S. 57; Graf 2020, S. 274; Lampalzer et al. 2020).

---

das Suizidrisiko zumindest bei LSBT Menschen klar erhöht […]. Andererseits könnte das Aufzeigen des erhöhten Risikos stereotype (›alle LSBTI* Menschen sind suizidgefährdet‹) oder sogar pathologisierende Sichtweisen (›LSBTI* Menschen sind doch irgendwie krankhaft‹) begünstigen […]« (Plöderl 2020, S. 291; vgl. Pöge et al. 2020a, S. 19–20). Auch das gesundheitsfördernde Verhalten von queeren Personen stellt noch eine Forschungslücke dar (Pöge et al. 2020a, S. 20).

35 Diese Daten stammen nicht aus Deutschland oder der Schweiz, hier ist der Substanzgebrauch von queeren Personen noch relativ wenig beforscht (Graf 2020). Graf problematisiert diese Darstellung und führt aus, dass z. B. der Alkoholkonsum von MSM ähnlich verbreitet wie unter heterosexuellen Männern und nur der Gebrauch illegalisierter Substanzen verbreiteter sei (Graf 2020, S. 276–277).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Gesundheitsversorgung queerer Menschen

Während queere Personen dieselben Gesundheitsanliegen haben wie heterosexuelle endo- und cisgeschlechtliche Personen (sie benötigen bspw. auch zahnmedizinische Kontrollen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei einem grippalen Infekt oder Behandlungen bei einer Blinddarm-Entzündung) (Spahn und Kern 2020), sind sie dabei besonders vulnerabel, erleben also Marginalisierung. Zusätzlich haben queere Menschen spezifische Gesundheits- und Behandlungsanliegen, die endo- und cisgeschlechtliche bzw. heterosexuelle Menschen so nicht haben, wie Hormonersatztherapien für trans Personen oder Folge(-schäde)n geschlechtsnormierender Operationen bei inter* Personen. Eine qualitativ gute Regelversorgung, die auf die individuelle Lebenssituation der Patient*innen abgestimmt ist, kann eigentlich nur dann erfolgen, wenn Ärzt*innen über das Geschlecht bzw. die ↗sexuelle Orientierung ihrer Patient*innen Bescheid wissen.[36] Wenn Patient*innen sich nicht outen können oder wollen, kann es u. a. zu falschen Diagnosen, irrelevanten Gesundheitsinformationen und einer angespannten ↗Behandlungsbeziehung kommen. Hieran wird bereits deutlich, dass Ärzt*innen grundsätzlich von der ↗Heterosexualität und Endo- bzw. Cisgeschlechtlichkeit ihrer Patient*innen ausgehen, was ggf. aktiv berichtigt werden muss (Fish 2006, S. 130–147). Ich nenne dieses Phänomen in dieser Arbeit *heteronormative Vorannahmen*. Bjorkman und Malterud (2009, S. 240) zeigen dies in Bezug auf die Gynäkologie:

> »Many informants had felt forced to disclose, often when in a vulnerable situation such as for example during a pelvic examination, because the doctor insisted on an explanation when he found incoherent the combination of a sexually active life, no contraception, and no possibility of pregnancy. Some participants had been given medical information aimed at heterosexual activities, others had received prescriptions for contraceptives or had had pregnancy tests taken, even after revealing a longstanding lesbian orientation [sic!]«.

Grundsätzlich wirkt sich allein die Angst vor Diskriminierung oder einer negativen Reaktion auf ein Coming Out schwerwiegend auf den Aufbau einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung (Dennert und Wolf 2009) und auf die Wahrnehmung – auch wichtiger – Untersuchungen und Behandlungen aus (Hirsch et al. 2016; Augst und Spahn 2023). Queere Personen beschreiben die Gesundheitsversorgung, die sie erleben, als heteronormativ (Nichols 1993, S. 111–114). So reagieren Ärzt*innen mit Irritation, wenn sie nach Verhütungsoptionen für lesbische Frauen gefragt werden

36 Viele queere Personen wägen vorsichtig ab, ob sie sich bei ihren Ärzt*innen outen sollen. Fragen wie ›Ist meine sexuelle Orientierung relevant? Soll ich mich outen? Wie wird auf mein Coming Out reagiert werden? Werde ich Gewalt und Diskriminierung erleben?‹ können auch als eine Art queerer ↗*Mental Load* interpretiert werden (Fish 2006, S. 30).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

(Equality Network 2021, S. 11). Außerdem berichten queere Patient*innen, dass ihre Gesundheitsversorgung von stereotypen Annahmen über queere Personen geprägt ist, z. B. wenn Ärzt*innen annehmen, dass ein endo- und cisgeschlechtlicher schwuler Krebspatient keinen Kinderwunsch und daher auch nicht den Wunsch hat, vor einer Chemotherapie Sperma einzufrieren (Mittedorf et al. 2019, S. 122). Damit besteht das Risiko einer Über-, Unter- und Fehlversorgung queerer Personen, weil klischeehafte Annahmen einer angemessenen Intervention im Weg stehen (Sander 2017, S. 9).

Aufgrund dieser Faktoren sind queere Personen oft mit ihrer Versorgung unzufrieden (Thyen et al. 2014), begegnen ihren Ärzt*innen mit Vorsicht und Misstrauen (Wolf 2004; Dennert und Wolf 2009; Foster und Scherrer 2014; Pohlkamp 2014, S. 295; Mittedorf et al. 2019) und wechseln häufiger ihre Ärzt*innen, was negative gesundheitliche Auswirkungen haben kann (Pereira Gray et al. 2018). Viele trans Personen haben keinen oder nur mangelnden Zugang zu medizinischer Regelversorgung und der Zugang zu trans-spezifischen und transitionsbezogenen Gesundheitsangeboten ist schwer (Sauer und Güldenring 2017, S. 246; Fütty 2019, S. 129–130; Guethlein et al. 2021). Gesundheitliche Versorgung ist auch für intergeschlechtliche Personen ein wichtiges Thema, gerade im Hinblick auf die Nachversorgung von Operationsfolgen oder Hormonersatztherapien (Schweizer 2017, S. 264). Charlotte Wunn und Michael Rogenz resümieren zur medizinischen Versorgung intergeschlechtlicher Menschen:

> »Viele intergeschlechtliche Menschen haben schlechte, entwürdigende Erfahrungen mit einem Gesundheitssystem gemacht, das wenig Interesse an ihrer Gesundheit, aber sehr viel Interesse an ihrer körperlichen Normierung hatte. […] So entsteht ein Teufelskreis aus schlechten Erfahrungen und einer Vermeidungshaltung, den viele intergeschlechtliche Menschen mit ihrer Gesundheit bezahlen« (Wunn und Rogenz 2022, S. 8).

Es ist außerdem eine deutliche Distanz queerer Personen zur wissenschaftlichen Medizin erkennbar. Viele queere Patient*innen nutzen eher alternativmedizinische Angebote (Dennert 2005, S. 130) mit allen Risiken, die diese bergen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

4. Forschungsstand Heteronormativität in der Medizin

4.1 Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion

Die Geschlechterforschung analysiert seit den späten 1970er Jahren die naturwissenschaftliche Forschung als ein in gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebundenes und verwickeltes System (Beck et al. 2012; Ernst und Horwath 2014): »Natur- und technikwissenschaftliches Wissen mitsamt den dazugehörigen Praxen und Kulturen der Erzeugung dieses Wissens (re-)produziert, transportiert und legitimiert auf diese Weise auch gesellschaftliche Geschlechterverhältnisse« (Lucht und Paulitz 2008, S. 11). Außerhalb davon ist Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion (d. h. Forschung) hingegen kaum erforscht.

Heteronormative Vorannahmen

Die Soziologin Marci Cottingham und die Sozialmedizinerin Jill Fisher (2015) zeigen auf, wie stark die Inklusions- und Exklusionskriterien in Medikamentenstudien von Heteronormativität geprägt sind. So werden Frauen grundsätzlich als ↗cisgeschlechtlich, ↗heterosexuell und sexuell aktiv imaginiert und es wird ihnen zugeschrieben, jederzeit schwanger werden zu können, weswegen sie von Medikamentenstudien ausgeschlossen werden. Nachdem an der australischen *Sex, Drugs and Rock'n'Roll-Studie* über die sexuelle Gesundheit junger Menschen Kritik geübt wurde, führten die Psychologin Elise Carrotte und Kolleg*innen (2016) Gruppendiskussionen mit jungen queeren Menschen über Heteronormativität in der medizinischen Forschung (vgl. Pöge et al. 2020b). Diese berichten, dass sie zwar gerne an medizinischen Studien teilnehmen wollten, um eine bessere Datenlage zu schaffen, aber, wie ein schwuler, trans männlicher Teilnehmer ausdrückt: »I have yet to encounter any survey […] that actually reflects my life« (Carrotte et al. 2016, S. 5). Die Unsichtbarkeit von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, die sich in Forschungsfragen und -designs materialisiert, führt also auch zu einer Unsichtbarkeit und Ungenauigkeit in den Forschungsergebnissen, wo nur die Lebenssituationen heterosexueller und cisgeschlechtlicher Menschen abgebildet werden (Carrotte et al. 2016, S. 2). Das bedeutet, dass queere Studienteilnehmer*innen ggf. viel Ener-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gie in die Auswahl der akkuratesten und am wenigsten diskriminierenden Items in Fragebögen investieren müssen, um überhaupt antworten zu können. Wird in einer Studie ausschließlich Penetration als Sex definiert und nur nach Kondomen als Verhütungsmitteln gefragt, geben bspw.queere Frauen ggf. an, keinen Sex zu haben bzw. keine Verhütung zu nutzen. Damit würden sie im ersten Fall fälschlicherweise nicht als sexuell aktiv und im zweiten Fall fälschlicherweise als Risikogruppe z. B. für ↗STIs oder Schwangerschaften gelten (Carrotte et al. 2016). Häufig wird in der medizinischen Forschung außerdem das Geschlecht der Proband*innen zwar erhoben – jedoch nicht auf der Basis von Selbstaussagen, sondern entweder von den Forscher*innen aufgrund ihrer Wahrnehmung eingegeben oder aus Gesundheits- und Meldedaten abgelesen (Bolte 2016). Damit werden Cisnormativität und Zweigeschlechtlichkeit immer wieder als Norm reproduziert und Geschlechterstereotype aufrechterhalten (Wattenberg et al. 2019; Spahn 2020b).

4.2 Heteronormativität in der medizinischen Lehre[1]

Soziologische Beschäftigung mit medizinischer Lehre

Die Soziologin Tania Jenkins und Kolleg*innen arbeiten vier große Themen der aktuellen soziologischen Beschäftigung mit medizinischer Lehre heraus: Wissensregime, Stratifizierung innerhalb der Profession, professionelle Sozialisation im Medizinstudium und die Soziologie der medizinischen Bildung (Jenkins et al. 2021, S. 256). Innerhalb der Forschung zu Wissensregimen wird danach gefragt, welche Inhalte im Medizinstudium wie vermittelt werden (Jenkins et al. 2021, S. 259). Mit dem Konzept der professionellen Sozialisation gerät in den Blick, wie in medizinischen Fakultäten die Ausübung sozialer Kontrolle und sozialer Autorität erlernt wird[2] (Jenkins et al. 2021, S. 258; vgl. Becker et al. 2007 [1961]). Es wird also betrachtet, wie Medizinstudierende lernen, sowohl kompetente Ärzt*innen, als auch Mitglieder der Ärzt*innen-Profession zu werden (Becker et al. 2007 [1961]); außerdem

1 An dieser Stelle ist wichtig anzumerken, dass natürlich nicht alle Ärzt*innen und medizinischen Fachkräfte cisgeschlechtlich und heterosexuell sind und manche Fachkräfte daher aus eigener Erfahrung Wissen und Empathie für queere Patient*innen mitbringen. Zum einen haben sie aber meistens trotzdem keine systematische Ausbildung zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt erhalten, zum anderen haben queere Patient*innen, die selbst medizinischen Expert*innenstatus haben, vermutlich andere Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht, z. B. weil ihr Wissen eher anerkannt wird.

2 Dabei werden Universitäten auch als Orte analysiert, in denen soziale Kontrolle ausgeübt wird, in denen Gehorsam belohnt und Widerspruch sanktioniert wird (Ruebsam-Simon 2002, S. 2840).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

übernehmen sie dabei die damit verbundenen Werte, Normen und Überzeugungen (Lempp 2009, S. 71; Giffort und Underman 2016, S. 1002; siehe Kapitel 3.4).

Der heimliche und der Null-Lehrplan

In den Bildungswissenschaften werden verschiedene Arten von Lehrplänen unterschieden. In dieser Arbeit stütze ich mich auf drei dieser Konzepte: Den formellen, den heimlichen und den Null-Lehrplan. Der formelle Lehrplan bezeichnet das, was offiziell gelehrt wird und explizit gelernt werden soll (Cahapay 2021, S. 1987). Der Null-Lehrplan beschreibt Auslassungen im Curriculum; eine Betrachtung erlaubt eine Analyse dessen, was weder gelehrt noch gelernt wird. Denn: »ignorance is not a neutral void; it has powerful consequences« (Cahapay 2021, S. 1988). Eine Auslassung ist sowohl ein Null-Lehrplan, wenn Themen aus gesellschaftlichen Gründen nicht gelehrt werden (z. B. weil sie tabuisiert sind), als auch wenn Autoritätsinstitutionen die Behandlung eines Themas explizit verbieten oder unterbinden (Cahapay 2021, S. 1192).[3] Mit dem Begriff des heimlichen Lehrplans werden schließlich die »unintended, embedded, latent messages within curricula« (Murphy 2016, S. 266) bzw. die »implicit, unintended transmission of cultural norms and beliefs in educational settings« (Robertson 2017, S. 161) beschrieben, also das was nicht vorsätzlich gelehrt, aber dennoch gelernt wird (Cahapay 2021, S. 1987).[4] Gerade die Aura von Unsichtbarkeit, Unschuld und Unverfänglichkeit macht den heimlichen Lehrplan so wirksam (Hafferty und Castellani 2009, S. 15). Eine Betrachtung des heimlichen Lehrplans erlaubt eine Analyse der Verschränkung von professioneller Sozialisation und organisationaler Struktur (Brosnan 2009, S. 55). Der heimliche Lehrplan im Medizinstudium wird seit den 1980ern untersucht, ist als Begriff aber kaum theoretisch ausgearbeitet (Hafferty und Castellani 2009, S. 18–19).

Heteronormativität als heimlicher Lehrplan

Während sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt selten Teil des formellen medizinischen Lehrplans sind[5], werden über den heimlichen Lehrplan durchaus Informationen darüber vermittelt. Die Soziologin Marie Murphy untersuchte

3 Gleichzeitig ist es wichtig zu beachten, dass alle Curricula Auslassungen haben und nie alles gelehrt werden kann (Flinders et al. 1986, S. 34).

4 Deswegen, so Hafferty und Castellani, ist es keine sinnvolle Überlegung, den heimlichen Lehrplan abschaffen zu wollen. In ihrer Überlegung ist der heimliche Lehrplan immer fundamentaler Bestandteil der Ausbildung (Hafferty und Castellani 2009, S. 19).

5 Auch in der pflegerischen Ausbildung ist sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt nur selten Thema (Halbmayr-Kubicsek 2021).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ethnographisch die Lehre zu Sexualität an verschiedenen amerikanischen Universitäten und beschreibt, wie Heteronormativität als Teil des heimlichen Lehrplans immer wieder evident wird bzw. sich in Form eines heimlichen Lehrplans materialisiert. Wenn in der medizinischen Lehre über Sexualität gesprochen werde und selbst wenn sexuelle, romantische sowie geschlechtliche Vielfalt Erwähnung finde, so Murphy, blieben Heterosexualität und Cisgeschlechtlichkeit dennoch grundsätzlich als normal und natürlich dargestellt. Dabei blieben z. B. Sex zwischen Frauen oder die Existenz von trans Personen für Lehrende und Studierende unintelligibel und exotisch. Heteronormativität in der medizinischen Lehre werde damit unbewusst und unauffällig[6] aufrechterhalten und reproduziert, mit harmlos erscheinenden Bemerkungen und Auslassungen. Murphy resümiert:

> »If taken in isolation, each of the curricular moments described here might look fairly innocuous. But in the aggregate, these and other moments like them served to repeatedly bring heterosexuality into the realm of the visible, familiar, and knowable, while at the same time, a lack of regular references to nonheterosexual sexualities rendered much sexual diversity far less visible, familiar, and intelligible« (Murphy 2016, S. 281).

Damit trägt die Lehre zu einer Stigmatisierung von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt bei. Wie der Anthropologe William Robertson im Anschluss an Murphy ausführt, internalisieren Studierende durch diese wiederholten subtilen Momente auf der Mikroebene einen heteronormativen klinischen Blick, in dem Queerness als irrelevant eingestuft wird (Robertson 2017). Murphy macht darauf aufmerksam, dass der heteronormative heimliche Lehrplan auch zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung führt:

> »We do not yet have a theoretical framework for understanding the relationship between the intelligibility of patients to doctors and health care outcomes, but we might reasonably imagine that the extent to which doctors understand patients as fellow humans, embodying recognizable ways of being, shapes their capacity to deliver care that patients experience as sensitive, compassionate, and effective« (Murphy 2016, S. 259).

6 Murphy beschreibt eindrücklich, wie unbewusst und unauffällig die heteronormativen Botschaften sind: Sie interviewte queere Medizinstudierende, die ein Unwohlsein mit bestimmten Lehreinheiten beschreiben, aber selbst nicht genau beschreiben können, woran sie dieses Unwohlsein festmachen, denn in der entsprechenden Einheit wurden keine diskriminierenden Äußerungen getätigt und sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sogar erwähnt. Murphy arbeitet heraus, dass in der Einheit Heterosexualität mit Normalität und Natürlichkeit gleichgesetzt wurde und kann das Unwohlsein damit erklären (Murphy 2016, S. 271–275).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Repräsentation von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt

Eine Untersuchung von 176 Medizinstudiengängen in den USA und Kanada ergab, dass im gesamten Medizinstudium durchschnittlich fünf Stunden auf sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt verwendet werden und dass die Qualität, die Inhalte und Quantität erheblich schwanken (Obedin-Maliver et al. 2011). Eine darauf aufbauende Studie zeigte, dass Medizinstudierende sich grundsätzlich unwohl fühlen, queere Patient*innen zu behandeln, was besonders für trans Patient*innen bzw. Themen wie ↗Transition gilt (White et al. 2015). Heinz-Jürgen Voß verweist in einer Studie zur Thematisierung von geschlechtlicher Vielfalt in deutschen Medizinstudiengängen, dass diese störungsfixiert, auf ↗pathologisierende Weise und nicht dem aktuellen Forschungsstand entsprechend vermittelt wird (Voß 2021). Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt sind damit im Medizinstudium weitestgehend unsichtbar – bzw. wenn über sie gesprochen wird, dann häufig auf eine pathologisierende und stigmatisierende Weise, z. B. ausschließlich im Kontext von STIs (Wolf 2004, S. 85–86; Röndahl 2011; Voß 2021). In den im Medizinstudium eingesetzten Fallbeispielen fehlen queere Patient*innen vollständig.[7] Die in den Fallbeispielen vorgestellten Patient*innen werden nicht explizit als heterosexuell vorgestellt; trotzdem werden sie heteronormativ interpretiert (Robertson 2017). Weitere Studien konnten nachweisen, dass queere Studierende und Lehrende in Medizinstudiengängen selten geoutet sind und oft Diskriminierung erleben (Murphy 2019; Toman 2019). Hier präsentiert sich Heteronormativität also auch auf einer Meso- und Makroebene.

Wissensvermittlung zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt

Verschiedene Projekte und Studien entwickeln Konzepte für queer-sensible *cultural care* (Foster und Scherrer 2014; Brandt et al. 2022). Eine Studie an der Universität Lausanne kommt zu dem Ergebnis, dass bereits eine Lehreinheit zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt das Wissen von Medizinstudierenden deutlich verbessert (Wahlen et al. 2020; vgl. Eriksson und Safer 2016). An der Medizinischen Hochschule Hannover wurde 2020 ein Modul zu geschlechtlicher Vielfalt für Medizinstudierende entwickelt, das großen Anklang findet (Brünig und Knudsen 2021). Medizinstudierende haben also Bedarf, mehr über diese Themen zu lernen. Wie die Philosoph*innen Megan A. Dean, Elizabeth Victor und Laura Guidry Grimes argumentieren, reichen solche kurzen Lehreinheiten oder Diversity Trainings aber nicht aus, um das Gesundheitswesen für queere Patient*innen einladend

7 Eine Ausnahme bilden HIV-positive MSM, die in den Fallbeispielen manchmal sichtbar werden.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

oder angenehm zu machen, da z. B. Macht- und Herrschaftsstrukturen nicht analysiert und dekonstruiert werden (Dean et al. 2016).

Heteronormativität in medizinischen Lehrbüchern

Im Anschluss an Forschung zu Heteronormativität in schulischen Lehrmaterialien (Höhne und Heerdegen 2018) lässt sich zunächst festhalten, dass heteronormative Lehrmaterialien Auswirkungen auf die Lernenden haben, während queerinklusive Lehrmaterialien das Wissen von Lernenden erhöhen, Vorurteile abbauen und Diskriminierung reduzieren (Gustke et al. 2018, S. 86). Wenn Bildungskontexte – wie auch das Medizinstudium – Themen wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt nicht aufgreifen, implizieren sie, dass die Existenz und Lebensrealitäten queerer Menschen (qua Marginalität) unwichtig sind. Eine implizite und explizite Darstellung (Spahn 2018b) von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vermittelt Studierenden stattdessen, dass queere Personen Teil ihres alltäglichen Lebens sind, denen mit Respekt und Akzeptanz begegnet werden sollte (Gustke et al. 2018, S. 87).

Sexismus in ↗gynäkologischen Lehrbüchern wird schon seit den 1970er Jahren kritisiert, bspw. in Bezug auf die pathologisierende und unwissenschaftliche Darstellung (cis) weiblicher Sexualität und den Fokus auf Reproduktion (Scully und Bart 1973; Lawrence und Bendixen 1992; Mendelsohn et al. 1994; Smith 2022). Damit weisen die Autor*innen auch darauf hin, wie die sich als neutral und objektiv verstehende Disziplin der Anatomie von kulturellen Geschlechterbildern durchdrungen ist und diese reproduziert. Weitere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass in medizinischen Lehrbüchern Darstellungen von Körpern von alten, dicken, behinderten, trans- und intergeschlechtlichen und Schwarzen Personen fehlen (Parker et al. 2017). Zudem materialisiert sich Heteronormativität in der Darstellung der Zeugung (Martin 1998; Schmieder 2007; Metoyer und Rust 2011; Campo-Engelstein und Johnson 2014; Hill Nettleton 2015) und Darstellung von Sexualhormonen (Oudshoorn 1994; Fausto-Sterling 2003; Schmitz und Degele 2016; Jordan-Young und Karkazis 2019). Eine Studie über Anatomie-Bücher, die im Medizinstudium in Deutschland zum Einsatz kommen, konnte die Ergebnisse aus den 1970er und 1990er Jahren auch für die 2020er Jahre nachzeichnen und vor allem zeigen, dass (cis) weibliche Körper darin außer in Inhalten zu Reproduktion weiterhin unsichtbar waren (Darici et al. 2022). E-Learning Plattformen stellten dagegen (cis) weibliche Körper merklich häufiger dar (Darici et al. 2022).

Die Anatomie als Schlüsseldisziplin

Wie die Soziologinnen Lisa Jean Moore und Adele E. Clarke in ihrem Artikel zur Darstellung der Klitoris in Anatomie-Lehrbüchern zwischen 1900 und 1991 herausarbei-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ten, ist die Anatomie eine Schlüsseldisziplin »for the production and maintenance of sex and gender as embodied dualities […]. It offers an institutionalized discourse rife with vivid representations which claim the body for medicine and then insist on simplification and universalization« (Moore und Clarke 1995, S. 255). Anatomische Zeichnungen und Texte gelten als realistisch und wahrheitsgetreu, auch wenn sie, wie Moore und Clarke zeigen, von Sexismus und Heteronormativität durchzogen sind und für die Aufrechterhaltung eines Zweigeschlechtersystems eine wichtige Rolle spielen (Moore und Clarke 1995; vgl. Petersen 1998). In der Verwendung von »graphic representations (including the positioning of information in diagrams and tables), in the use of metaphors and vocabulary in textual descriptions, and in the disproportionate emphasis given to discussing male anatomy« wird durch diese Lehrbücher ein patriarchales Zweigeschlechtersystem aufrechterhalten (Petersen 1998, S. 13).

Wie die Medizinsoziolog*innen Rhiannon Parker und Theresa Larkin und der Design-Theoretiker Jon Cockburn schreiben, hat dieser Fokus auf cis männliche Körper Konsequenzen für Studierende:

> »The unequal representation of women, and the narrow and stereotyped representation of sex/gender, ethnicity, age, and body type, are particularly problematic within textbooks that are used to educate future health practitioners. The lack of information on heterogeneous populations means that medical students are inadequately prepared for the diverse types of patients they are likely to see on a daily basis« (Parker et al. 2017, S. 111).

Eine aktuelle Diskussion zur medizinischen Lehre ist die Frage nach Repräsentation. Wie der*die Medizinsoziolog*in Bex MacFife schreibt:

> »In medical education, students encounter lessons that anticipate the patients they should expect to meet over the course of their careers. Without explicit description of that patient or the normative assumptions guiding visions of ordinary people's medical concerns, students readily rely on a default cultural imaginary of a ›typical‹ patient, ›average‹ person, and ›normal‹ concerns« (MacFife 2019, S. 1).

Wie MacFife weiter ausführt, exkludiert dieses Bild des ›typischen Patienten‹ viele Personen, darunter auch queere, deren Gesundheitsanliegen und Körper als irrelevant markiert werden. Damit lernen Medizinstudierende nichts über die angemessene Behandlung von queeren Personen, was Auswirkungen auf die Gesundheit queerer Menschen haben kann (MacFife 2019, S. 1). Die schlechte gesundheitliche Lage und Versorgung queerer Menschen kann also teilweise auf Lücken in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zurückgeführt werden (vgl. Giffort und Underman 2016).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

4.3 Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis

Konsequenzen aus fehlendem Fachwissen

Medizinisches Personal ist also kaum oder gar nicht zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt ausgebildet, geschweigedenn zu den spezifischen gesundheitlichen Anliegen queerer Patient*innen und dem sensiblen Umgang mit queeren Patient*innen. Das fehlende Fachwissen zeigt sich ganz besonders in Bezug auf Bisexualität (Eady et al. 2011), Asexualität (Flörcken 2017), Trans-[8] (Whittle et al. 2008; Europäische Union 2017a) und Intergeschlechtlichkeit (Brunnett 2020). Fehlendes Fachwissen als Textur von Heteronormativität ist auch darauf zurückzuführen, dass Ärzt*innen annehmen, die ↗sexuelle Orientierung oder das Geschlecht hätte keinen Einfluss auf die gesundheitliche Lage einer Person und dass sie sich daher nicht mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt befassen müssten (Europäische Union 2017b, S. 39). Mehrere Studien belegen dagegen die Bedeutung von spezifischem und interdisziplinärem Fachwissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt für eine bessere Gesundheitsversorgung queerer Menschen (exemplarisch: Lampalzer et al. 2019). In einer Studie der Europäischen Union wird dieses als ›healthcare inequality‹ beschrieben, gerade weil das fehlende Wissen negative physische, psychische und soziale Folgen hat (Europäische Union 2017b, S. 20–21). Da es nur wenige Ärzt*innen gibt, die einen fachgerechten und informierten Umgang mit queeren Patient*innen haben, kann von einer medizinischen Unterversorgung queerer Personen gesprochen werden (Dennert und Wolf 2009, S. 54). So werden bspw. bei lesbischen und bisexuellen cis Frauen selten oder keine Vorsorgeuntersuchungen zu Cervixkrebs gemacht, was eine frühe Krebserkrankung, einen komplizierteren Verlauf und damit einen frühen Tod zur Folge haben kann (The National LGB&T Partnership 2018). Das liegt auch daran, dass (cis) Frauen, die Sex mit (cis) Frauen haben, bei Vorsorgeterminen oft angeben, keine Verhütung zu nutzen bzw. nicht die ↗Pille zu nehmen oder zu brauchen. Zusammen mit der Annahme, alle Patient*innen seien heterosexuell, ergibt sich so für Ärzt*innen das Bild einer Patientin, die nicht sexuell aktiv ist und daher keinen ↗Pap-Abstrich bräuchte (Fish 2006, S. 148–163). Das fehlende Fachwissen erschwert außerdem den Aufbau einer guten ↗Behandlungsbeziehung zwischen Ärzt*innen und queeren Patient*innen.

8 So berichten z. B. trans Frauen davon, dass sie nach ihrem Menstruationzyklus befragt werden oder dass Schwangerschaftstests durchgeführt werden, obwohl sie offen mit ihrer Transgeschlechtlichkeit umgehen (Meads et al. 2019).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Heteronormative Vorannahmen

Wie auch in der Lehre ist sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in der medizinischen Behandlungspraxis oft unsichtbar – bspw. in Diagnoseinstrumenten (The Working Group for a New View of Women's Sexual Problems 2002) oder in der ↗Anamnese, in der nur heterosexuelles Sexualverhalten abgefragt wird (Dennert 2009, S. 56). Diese Unsichtbarkeit frame ich in dieser Arbeit als *heteronormative Vorannahmen*. Dabei geht es um die unreflektierten Annahmen, die Ärzt*innen über das Geschlecht, die sexuelle Orientierung und Aktivität, die Beziehungsgestaltung etc. ihrer Patient*innen treffen und die nicht vorsehen, dass manche Patient*innen nicht ↗endogeschlechtlich, cisgeschlechtlich, allosexuell oder heterosexuell sind. Wie ein*e Teilnehmer*in einer kanadischen Studie zu den Erfahrungen queerer Personen mit Ärzt*innen ausführt:

> »Your doctor may assume that you're female, and say ›okay let's talk about your sexual practices, do you sleep with a lot of men?‹ Just that automatic assumption of your gender, and the automatic assumption of your sexuality, and the automatic assumption of your sexual practices is also discrimination« (Logie et al. 2019, S. 1208).

Die Psychologin Celia Kitzinger (2005) arbeitet beispielhaft in ihrer Analyse von Telefongesprächen im hausärztlichen Notdienst in England heraus, dass Ärzt*innen grundsätzlich davon ausgehen, dass ihre Patient*innen Teil einer genetisch miteinander verwandten, beisammen lebenden Familie mit heterosexuellen, verheirateten Eltern sind, wobei die Familienmitglieder füreinander Sorgeverantwortung haben. Erste Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass queere Patient*innen, die solche heteronormativen Vorannahmen bei Ärzt*innen erleben, diesen weniger vertrauen und bei der Anamnese (z. B. zum Sexualverhalten) nicht vollständig oder wahrheitsgetreu antworten (Utamsingh et al. 2016) oder seltener Vorsorge-Untersuchungen wahrnehmen (Tabaac et al. 2019).

Marginalisierung im Gesundheitssystem

Im dritten Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes in Deutschland (ADS) wird darauf hingewiesen, dass die Lebenssituation von trans und inter* Personen im Gesundheitsbereich nicht mitbedacht wird, dass Ärzt*innen die Identitäten ihrer Patient*innen nicht anerkennen, voreingenommen und unsensibel sind und dass trans und inter* Personen deutliche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem erleben (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017, S. 113–115). Diese Nicht-Anerkennung der Lebensrealität führt z. B. zu Problemen bei geschlechtsspezifischen Zimmerverteilungen in Krankenhäusern als eine Textur von Heteronor-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

mativität (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017, S. 277). Auch bei schwulen und lesbischen Patient*innen zeigt die ADS Diskriminierungen auf: so berichten mehrere Befragte davon, dass ihnen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung eine ↗HIV-Infektion zugeschrieben, dass ihre Homosexualität (psycho-)pathologisiert (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017, S. 115) und dass ihre sexuelle Orientierung in Akten in Großbuchstaben vermerkt wurde (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017, S. 115–119).[9]

In einer Studie von Les Migras geben 20 % der Befragten an, von medizinischem Personal respektlos behandelt worden zu sein und 30 % wurden als heterosexuell angesprochen, obwohl ihre lesbische oder bisexuelle Identität bekannt war (Les Migras 2012, S. 22). 44,7 % der befragten trans Teilnehmenden hatten negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich gemacht (Les Migras 2012, S. 23). Der Psychologe Oliver Hirsch und Kolleg*innen fanden heraus, dass 12.4 % der von ihnen befragten lesbischen Frauen Diskriminierung im deutschen Gesundheitssystem erlebt hatten. 3,8 % wurde aufgrund ihrer sexuellen Orientierung eine Behandlung oder eine Untersuchung verweigert (Hirsch et al. 2016, S. 5; vgl. Whittle et al. 2008). In einer weiteren Studie, ebenfalls zur Situation queerer Frauen im Gesundheitssystem, gaben 50 % an, bereits negative Erfahrungen mit Ärzt*innen gemacht zu haben, darunter abwertendes oder mitleidsvolles Verhalten, Voyeurismus bzw. invasive Fragen, Pathologisierung, mangelnde Aufklärung, Verletzungen der Schweigepflicht, sexuelle Belästigung, unnötig grobe und schmerzhafte Behandlung, moralisierende Verurteilungen und Gewalterfahrungen (Dennert und Wolf 2009, S. 51; vgl. Wolf 2004, S. 84–85). In anderen Studien berichten Patient*innen davon, dass ihnen ihre Selbstbezeichnung (wie z. B. *lesbisch*) nicht geglaubt wurde (Equality Network 2021). Wie Regina Brunnett schreibt, haben fast alle inter* Personen negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht. Darunter fallen Pathologisierung, offenes zur Schau stellen von Ekel und Ablehnung, unangemessene Neugier und Schuldzuweisungen, wenn Standarduntersuchungen nicht funktionieren (Brunnett 2020, S. 138). Inter* Personen berichten davon, von medizinischem Personal dazu gedrängt worden zu sein, sich (z. B. in Aussehen und Verhalten) in ein binäres Geschlechtersystem einzufügen (Victoria State Government 2019, S. 28). Daher vermeiden viele inter* Personen den Kontakt mit dem Gesundheitssystem und nehmen dafür Leiden in Kauf (Brunnett 2020, S. 138). Zu den Diskriminierungserfahrungen queerer Personen in medizinischen Kontexten gehört auch, dass ihnen z. B. ein Trauma unterstellt wird, das ihre sexuelle Orientierung ausgelöst haben

9 Marginalisierung im Gesundheitssystem verschärft sich noch, wenn die Patient*innen sich in besonders vulnerablen Situationen befinden, also z. B. unter der Geburt (Burrow et al. 2018) oder wenn sich die heteronormativen Erfahrungen z. B. mit ↗ableistischen Erfahrungen überschneiden (Martens et al. 2020).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

soll (Thesing 2019, S. 49). In Ines Pohlkamps Studie zu den Gewalterfahrungen von trans und intergeschlechtlichen Personen schildern

> »15 der 22 Befragten […] diskriminierende und gewaltsame Situationen im Kontakt mit Fachkräften aus Medizin, Psychologie, Justiz und Krankenkassen. […] Für Transpersonen, die sich nach dem Transsexuellengesetz (TSG) behandeln ließen, und für intersexuell markierte Personen waren dies uneingeschränkt Zwangskontakte« (Pohlkamp 2014, S. 281).

Heteronormative Marginalisierung kann dabei nicht nur Patient*innen treffen – queeres medizinisches und therapeutisches Personal berichtet ebenfalls von Diskriminierung durch Kolleg*innen und Patient*innen (Schon 2016).

In der ›Wie geht's euch‹-Studie des Professors für Sexualpädagogik und Diversität in der Sozialen Arbeit, Stefan Timmermanns, und Kolleg*innen, wurden queere Personen in Deutschland zu ihrem physischen und psychosozialen Wohlbefinden befragt. Dabei gaben ca. 20 % der Teilnehmenden an, mindestens einmal Diskriminierung im Gesundheitssystem erlebt zu haben – bei trans, gender*diversen und intergeschlechtlichen Personen lag diese Zahl bei 40–43 % (Timmermanns et al. 2022, S. 91–96). Die Folge dieser (antizipierten) Diskriminierung ist erheblicher Stress für die Patient*innen: »Dass Diskriminierung im Gesundheitswesen einen starken Stressfaktor für LSBTIQ* darstellt, antworten im Durchschnitt 41 % unserer Befragten […]. Auf trans* […] und inter* Personen […] trifft dies in besonderem Maße zu, denn drei Fünftel von ihnen gaben an, dass sie sich davon ›sehr gestresst‹ fühlen« (Timmermanns et al. 2022, S. 97).

In einer Meta-Ethnographie zu den Erfahrungen lesbischer Frauen in der Geburtshilfe fassen die Hebammenwissenschaftlerin Bente Dahl und Kolleg*innen zusammen, welchen subtilen Formen der Abwertung auf der Mikroebene queere Personen im Gesundheitssystem ausgesetzt sein können. Demnach können auch Blicke bzw. das Fehlen von Blickkontakt als eine heteronormative Textur verstanden werden:

> »[T]hey noted the midwife's inability to have eye contact […], her dismissive gaze or particular kind of blinking as a sign of disapproval […]. The women felt that nurses' ›busyness‹ or task oriented behaviour resulted in limited contact […] and they experienced lack of emotional support […] sometimes without being able to pinpoint the reason« (Dahl et al. 2013, S. 676).

Wegen des Macht- und Abhängigkeitsverhältnisses legen Patient*innen nur selten Beschwerde bei Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen ein und wehren sich meistens nicht dagegen (Whittle et al. 2008).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Eine Definition von Cisnormativität in der medizinischen Behandlungspraxis, an der ich mich orientiere, stammt von Rupert Raj, einem kanadischen trans Aktivisten. Danach ist Cisnormativität

> »within the context of the professional working relationship between clinician and client, any belief, attitude, act or behavior (whether therapist- and/or client-generated) which negatively values, denies, undermines, discourages or disempowers trans-identified or GV [gender variant, AS] clients in terms of their unique identities and subjective realities (including, but not limited to, physical sex, gender identity, sexual orientation and sexual identity), quality of life, the pursuit of self-determination and human rights, and the right to comprehensive health care« (Raj 2002, S. 2).

An dieser Definition lässt sich festmachen, dass Cisnormativität (bzw. Heteronormativität als übergeordnete Struktur) in der medizinischen Behandlungspraxis auf verschiedenen Ebenen stattfindet, wie ich bereits in Kapitel 2.6 ausgeführt habe: Queere Patient*innen erleben Marginalisierung auf der *Mikroebene*, d. h. implizite, subtile, alltägliche, nicht unbedingt bewusste Beleidigungen oder Herabwürdigungen; auf der *Meso-* bzw. der *institutionellen Ebene*, bspw. im Fehlen von Informationsmaterialien im Wartezimmer, die die Lebensrealität queerer Personen abbilden; und auf der *Makroebene*, wie die Pathologisierung von Intergeschlechtlichkeit (Röndahl et al. 2006; Goins und Pye 2013; Augst und Spahn 2023). Marginalisierung im Gesundheitssystem ist deswegen so bedeutend, weil es sich um eine Form von *sanctuary harm* handelt, also Diskriminierung, die in einem Raum stattfindet, der eigentlich für Hilfe, Schutz und Heilung steht (Boudreau et al. 2022, S. 74).

Heteronormative Behandlungspraxis

Die Behandlungspraxis der Medizin wurde von einigen Autor*innen als heteronormativ beschrieben – gerade auch in der Behandlung heterosexueller cis Personen (Tiefer 2012; Shah-Beckley et al. 2020). Der*die Psychotherapeut*in Gisela Wolf spricht aufgrund dieser Forschungslage von *Heterosexualisierungshandlungen* und *Normalisierungsdruck* durch die Medizin, der von Unsichtbarmachung über Abwertung zu Pathologisierung reicht (Wolf 2017b). Eine portugiesische Studie ergab, dass medizinisches Personal trans Personen den Zugang zu medizinischer Transition dann ermöglichte, wenn dies mit dem Geschlechterverständnis und der Akzeptanz von Transgeschlechtlichkeit des Personals einherging (Hilário 2019). Die Psychotherapeutin Cathleen Tischoff macht darauf aufmerksam, dass die Bewilligung von medizinischen Transitionsmaßnahmen von der Erfüllung heteronormativer Vorgaben zu Geschlecht und Sexualität abhängt (Tischoff 2020, S. 95).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Inanspruchnahme-Verhalten von medizinischer Versorgung

(Antizipierte) Diskriminierungserfahrungen können, wie bereits ausgeführt, dazu führen, dass queere Patient*innen sich in medizinischen Räumen unwohl fühlen (Dean et al. 2016) und daher keine medizinische Versorgung in Anspruch nehmen oder dies nur selten bzw. spät tun (also wenn Beschwerden schon lange existieren)[10] (Europäische Union 2017a, S. 24; Skidmore et al. 2019; Zeeman et al. 2019; Pöge et al. 2020a; Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe 2023, S. 115–116). Das gilt sowohl für Vorsorgeuntersuchungen[11] als auch für akute Beschwerden. Gerade trans Personen nehmen Vorsorgeuntersuchungen, z. B. regelmäßige Termine bei Zahnärzt*innen, nicht in Anspruch, wenn z. B. die juristische Namens- und Personenstandsänderung (noch) nicht erfolgt ist und der ↗Deadname und ein falsches Geschlecht auf der Krankenkassenkarte vermerkt sind (Spahn und Ellenberger 2020). Falsch angesprochen und aus dem Wartezimmer aufgerufen zu werden, bzw. alleine die Vorstellung oder Erwartung davon, kann also so viel Stress verursachen, dass komplett auf Kontakte mit dem Gesundheitssystem verzichtet wird, auch in gesundheitlichen Notfällen (Bauer et al. 2014; Hirsch et al. 2016; Zeeman et al. 2019, S. 974; Augst und Spahn 2023).

4.4 Zusammenfassung von Theorie- und Forschungsstand und Entwicklung von Forschungsfragen

Nachdem ich in den Kapiteln 2, 3 und 4 den Stand der Theoriediskussion und Forschung zu Heteronormativität in der Medizin rekapituliert habe, fasse ich in diesem Unterkapitel die zentralen Punkte nochmals zusammen und zeige auf, wo meine empirische Untersuchung zu Heteronormativität in der Medizin ansetzt. Dazu betrachte ich die zentralen Fragestellungen für meine Analyse.

Ich untersuche in dieser Arbeit Heteronormativität in drei Bereichen der Medizin: ihrer Wissensproduktion, ihrer Lehre und ihrer Behandlungspraxis. Ich habe meine Untersuchung auf Deutschland und die Schweiz eingegrenzt, sowie auf aktuelle Diskurse. Da ich Heteronormativität und sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in der Medizin untersuche, stehen meistens die medizinischen Disziplinen im Vordergrund, die sich mit Sexualität und Geschlecht auseinanderset-

10 Außerdem kann diskriminierendes Verhalten von Ärzt*innen dazu führen, dass Patient*innen Therapievorschläge (wie das Einnehmen von Medikamenten) ablehnen oder ignorieren – auch dies kann gesundheitliche Auswirkungen haben (Campbell Orphanidys et al. 2022, S. 63).

11 Dies gilt z. B. auch in der Schwangerschaft: queere cis Frauen sowie trans und inter* Personen bleiben u. a. Geburtsvorbereitungskursen, sowie prä- und postnataler Versorgung fern, weil diese stark vergeschlechtlicht und heterosexualisiert sind (Equality Network 2021, S. 15).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zen, wie z. B. die Gynäkologie. Da Ärzt*innen als medizinische Leitprofession innerhalb der Medizin, in der Gesellschaft und in ihrem Verhältnis zu Patient*innen eine machtvolle Position einnehmen, stehen sie im Fokus dieser Arbeit.

Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin? Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität in der Medizin? Wie materialisiert sich Heteronormativität in der Medizin?

In Kapitel 2 habe ich dargestellt, dass Heteronormativität die ganze Gesellschaft durchzieht, und somit auch die Medizin. Außerdem habe ich herausgearbeitet, dass Heteronormativität auf alle Menschen wirkt, aber spezifisch queere Personen marginalisiert. Ich habe vorgeschlagen, Heteronormativität auf verschiedenen Ebenen zu analysieren, also sowohl in zwischenmenschlichen Interaktionen, als auch in Bezug auf Institutionen und gesellschaftliche Strukturen. Weiterhin habe ich postuliert, dass es wichtig ist, verschiedene Texturen von Heteronormativität in der Analyse zu bedenken. Dazu gehören Überlegungen, wie sich Heteronormativität materialisiert – bspw. in Form von Krankenkassenkarten, Zimmerverteilung in Krankenhäusern und in heteronormativ formulierten Fragebogen-Items.

Am Beispiel der Medizin führe ich in dieser Arbeit aus, wie sich Heteronormativität als dynamisches Normengefüge (Nay 2017) in soziale Institutionen einschreibt und Personen durch (die Androhung von) Marginalisierung reguliert und als Subjekte hervorbringt. Ich zeige in meiner Analyse, inwiefern Geschlecht und Sexualität innerhalb der Medizin heteronormativ konstruiert sind und welche Folgen dies für queere Patient*innen hat. Meine Analyse kann damit exemplarisch aufzeigen, wie Heteronormativität gesamtgesellschaftlich operiert, wie sie sich ausdrückt und auswirkt, wie sie Menschen normiert und diszipliniert und welche subtilen Interaktionen Menschen privilegieren und marginalisieren.

Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin und wie hängen diese zusammen?

An der aktuellen Verwendung des Konzepts der Heteronormativität wird kritisiert, dass es machttheoretisch nicht ausbuchstabiert ist (Nay 2017, S. 283), d. h. dass unklar ist, wie Heteronormativität wirkt und welche Formen sie annimmt. Um diese Lücke zu füllen, habe ich daher acht Dimensionen von Heteronormativität vorgeschlagen. Sie machen es möglich, die Inhalte heteronormativer Annahmen, Normen, Vorurteile etc. zu fassen und zu verstehen, welche Annahmen über Menschen in einem heteronormativen System getroffen werden bzw. welche Anforderungen an sie gestellt werden. Ich konzipiere die Dimensionen von Heteronormativität hierbei als konstitutiv miteinander verwoben und voneinander abhängig. Die Dimensionen liegen jeweils in zwei Varianten vor: einmal als eher

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

subtile, normative Annahme (bspw. Amatornormativität) und einmal als explizitere Abwertung (bspw. Afeindlichkeit).

Welche Formen nimmt Heteronormativität in der Medizin an? Wie regiert Heteronormativität in der Medizin? Wie wird Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten?

Ich habe außerdem verschiedene Formen von heteronormativer Marginalisierung vorgeschlagen, die ich im Anschluss an Foucault (2005 [1981], S. 210) ›Herrschaftstechniken‹ nenne. Diese umfassen bspw. Othering, Unsichtbarkeit, (Ent-)Sexualisierung, Problematisierung und Medikalisierung. Mit Foucault fasse ich die Medizin dabei nicht nur als repressiv, sondern als Apparat, durch den sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen, z. B. durch Normierung und Disziplinierung, hervorgebracht werden (Foucault 2014 [1976], 1978a). Ich frage also, wie Heteronormativität in der Wissensproduktion, in der Lehre und der Behandlungspraxis aussieht, wie sie regiert, wie sie manche Menschen privilegiert und andere marginalisiert. Über die Analyse der Herrschaftstechniken kann außerdem betrachtet werden, wie Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten und legitimiert wird.

Wie geht die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um?

Wie ich gezeigt habe, existieren Menschen in einer großen Vielfalt hinsichtlich ihrer romantischen und sexuellen Orientierung, ihrer Gestaltung romantischer Beziehungen und ihres Geschlechts (u. a. auf der Ebene des ↗selbstbestimmten Geschlechts, des Geschlechtsausdrucks und der Erfüllung von Geschlechterstereotypen). Auch heterosexuelle und cisgeschlechtliche Menschen sind Teil dieser Vielfalt (Hartmann 2018, S. 48). Bis heute werden queere Menschen gesamtgesellschaftlich marginalisiert, wobei die Medizin historisch und aktuell in der Normierung und Medikalisierung sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt eine wichtige Rolle spielte und spielt. Dazu habe ich in Kapitel 3.5 die aktuelle und vergangene Medikalisierung u. a. von Homosexualität sowie Trans- und Intergeschlechtlichkeit ausgeführt. Was bedeutet dies nun für die Medizin von heute? Wie geht sie mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um? Welche Zuschreibungen erfahren queere Menschen – und welche Zuschreibungen erhalten Menschen, die heteronormativen Normen zu Geschlecht und Sexualität entsprechen? Welche Vorannahmen treffen Ärzt*innen über das Geschlecht und die sexuelle bzw. romantische Orientierung ihrer Patient*innen?

Dies ist besonders deswegen relevant, weil der Medizin gesellschaftlich viel Macht und Autorität zugeschrieben wird. Ich habe die soziale Autorität der Medizin, ihre Funktion als Ort sozialer Kontrolle (Kapitel 3.2) und spezifisch von Ärzt*innen als ihrer Leitprofession (Kapitel 3.3) beschrieben. Das schließt auch mit

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ein, ob und auf welche Art ihnen die Funktion der Kontrolle abweichenden Verhaltens und damit der Stabilisierung der sozialen Ordnung zukommt (Freidson 1970; Zola 1986; Anz 1989). Hierzu habe ich in Kapitel 3.3 herausgearbeitet, inwiefern die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung keine Beziehung auf Augenhöhe ist, sondern von einem Machtgefälle geprägt ist, inwiefern Mediziner*innen die Deutungshoheit über die Körper ihrer Patient*innen haben und inwiefern ärztliches Wissen als Expert*innenwissen gilt, dem mehr Gewicht zukommt als dem Wissen von Patient*innen über sich selbst (Mol 2003). Wie die Medizin mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgeht, ist bedeutsam für den gesamtgesellschaftlichen Umgang, weshalb eine exemplarische Analyse von Heteronormativität in der Medizin so wichtig ist. Die entscheidende Position der Medizin in Bezug auf die gesamtgesellschaftliche Anerkennung sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt wird beispielhaft an der (Ent-)Medikalisierung von Queerness erkennbar (siehe Kapitel 3.5).

Welches Wissen existiert in der Medizin über Heteronormativität und über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt?

Ich habe gezeigt, dass Wissen eine besondere Kategorie in der Analyse von Heteronormativität der Medizin ist und in Kapitel 3.4 verschiedene Aspekte davon ausgeführt. In Bezug auf die Gender Medizin (vgl. Kapitel 3.6) wird eine Konzeption von Geschlecht deutlich, die nicht nur cis- und endonormativ ist (Spahn 2020b) und damit die Anliegen trans- und intergeschlechtlicher Menschen nicht berücksichtigt (Shai et al. 2021), sondern die Geschlecht auch deterministisch, essentialistisch und stereotypisierend konzipiert (Rásky und Scheipl 2016). Dabei werden Männer und Frauen jeweils homogenisiert und nicht binnendifferenziert (Wöllmann 2007; Annandale und Hammarström 2010; Schofield 2012).

In Bezug auf Heteronormativität in der Medizin interessiert mich insbesondere die Verbindung von Wissen und Macht. Nach Foucault (1978b; vgl. auch Schroer und Wilde 2016) konzipiere ich medizinisches Wissen als Normalisierungstechnologie, das den Unterschied zwischen Normalität und Abweichung kennzeichnet und einer Disziplinierung zugänglich macht. Mithilfe von Miranda Frickers (2010) Theoretisierung von epistemischer Ungerechtigkeit habe ich in Kapitel 3.4 herausgearbeitet, inwiefern Marginalisierung auch epistemische Marginalisierung bedeutet. Dazu gehört, nicht als wissende Person anerkannt zu werden oder Teil einer Gruppe zu sein, über die kaum Wissen existiert, das als objektiv und relevant anerkannt ist. Während epistemische Gewalt Patient*innen als solche grundsätzlich trifft, sind queere Patient*innen in besonderem Maße davon betroffen. Mit meiner Untersuchung ärztlicher Expertise verbinde ich außerdem eine kritische Hinterfragung der Medizin als objektiver und neutraler Wissenschaft, informiert durch Ludwik Flecks (1980 [1935]) Theoretisierung von Denkstilen und Denkkollektiven.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

In meiner empirischen Untersuchung ist daher die Frage zentral, welches Wissen in der Medizin sowohl über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt, als auch über Heteronormativität existiert. Mit Fleck gefragt: Inwiefern ist der medizinische Denkstil, also die Vorannahmen und Voraussetzungen medizinischen Denkens, von Heteronormativität geprägt? Inwiefern betrifft dies auch die soziale Konstruktion neuen medizinischen Wissens? Inwiefern wird Heteronormativität durch die Einführung in das Denkkollektiv, also das Medizinstudium, weitergegeben? Inwiefern prägt ein heteronormativer Denkstil die Behandlungspraxis von Ärzt*innen? Ich betrachte also sowohl die medizinische Wissensproduktion, als auch die Vermittlung und Weitergabe medizinischen Wissens in der Lehre und die Anwendung medizinischen Wissens in der Behandlungspraxis.

Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der Medizin?

Wie ich in Kapitel 2.7 ausgeführt habe, ist Heteronormativität kein starres Normengefüge, sondern verändert sich stetig, wobei sich einige Aspekte modernisieren und ändern, während andere persistieren. Daher frage ich, ob sich in der Medizin eine postheteronormative Wende bzw. eine Flexibilisierung eines dynamischen Normengefüges findet (Engel 2002; Hark und Laufenberg 2013; Maihofer 2014; Nay 2017; Woltersdorff 2019)? Werden also bspw. Heterosexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Cisnormativität nicht (mehr) als Norm gesetzt? Werden queere Personen medikalisiert, geothert, unsichtbar gemacht oder problematisiert?

Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf die Gesundheit queerer Menschen aus?

Wie ich in Kapitel 3.6 dargestellt habe, haben queere Menschen einen deutlich schlechteren gesundheitlichen Zustand und eine deutlich schlechtere und von Stereotypen geprägte gesundheitliche Versorgung als cis-, endogeschlechtliche und heterosexuelle Personen. Viele queere Menschen nehmen kaum oder keine medizinische Versorgung in Anspruch, auch nicht in Notfällen, was schwerwiegende gesundheitliche Auswirkungen haben kann (Bauer et al. 2014; Hirsch et al. 2016; Europäische Union 2017a; Skidmore et al. 2019; Zeeman et al. 2019; Pöge et al. 2020a; Spahn und Ellenberger 2020; Augst und Spahn 2023). In Kapitel 3.1 zu Medizinsoziologie habe ich herausgestellt, dass Krankheiten und gesundheitliche Probleme soziale Ursachen haben bzw. von sozialen Faktoren wie Marginalisierung mitverursacht werden. Auf der Basis meiner empirischen Untersuchung werde ich im Fazit dieser Arbeit auf die Frage danach zurückkommen, ob und wie sich Heteronormativität, insbesondere innerhalb der Medizin, auf die Gesundheit queerer Menschen auswirkt (vgl. Augst und Spahn 2023).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5. Methodologie und Aufbau des Forschungsprojekts

5.1 Selbstpositionierung

Bevor ich den Aufbau des Forschungsprojekts darstelle, zeige ich meine Positionierung im Feld auf und reflektiere, welche Auswirkungen diese hat. Ich beschreibe mich selbst als queer und habe heteronormative Marginalisierung in- und außerhalb der Medizin erlebt, darunter auch einige der Situationen, über die ich in dieser Arbeit schreibe. Zwischen 2008 und 2012 war ich ab und an im Patient*innenbegleitdienst[1] in einem Klinikum tätig und dabei u. a. klinische Arbeitsabläufe und Hierarchien erlebt sowie einen professionalisierten Kontakt zu Patient*innen erlernt. Außerdem habe ich während der Arbeit an meiner Dissertation einen Kurs in Anatomie und Physiologie des Menschen belegt und daher u. a. ein Grundverständnis für medizinische Terminologie. Das privilegiert mich in der Interaktion mit Ärzt*innen, die mich auch meistens deswegen ernst nehmen, weil ich *weiß* bin und einen hohen Bildungsabschluss habe.

Ich bin durch meine Biographie, mein persönliches Umfeld, meinen queeren Aktivismus, meinen Beruf und meine wissenschaftliche Arbeit mit dem Themenkomplex sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vertraut. Ich verfolge und involviere mich in queere Diskurse. Meine Ausbildung in der Geschlechterforschung und mein queeres Erfahrungswissen kann ich strategisch nutzen, wodurch ich z. B. spezifische Narrative erkenne und analysieren kann. Als ↗cis- und ↗endogeschlechtliche Person, deren Frausein nie grundsätzlich in Frage gestellt wird, versuche ich, mir meine eigenen Privilegien innerhalb der queeren Community vor Augen zu führen und zu reflektieren. Daher liegt der Fokus dieser Arbeit u. a. auf marginalisierten Existenzweisen innerhalb der queeren Community, wie Intergeschlechtlichkeit oder Asexualität. Ich achte darauf, wo dies möglich ist, Literatur zu verwenden, die explizit von queeren, besonders trans und inter* Personen geschrieben ist und aktivistische Standpunkte miteinbezieht. Queere Personen sind

1 Der Patient*innenbegleitdienst bringt u. a. Patient*innen von ihren Zimmern in den OP-Bereich oder zu verschiedenen Untersuchungen (z. B. Röntgen) und zurück.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

in meinem Verständnis Expert*innen in eigener Sache und haben die Deutungshoheit über ihre Geschlechter, Sexualitäten, Beziehungen, Identitäten, Körper und Biographien. Ich verfolge mit dieser Arbeit auch das (durchaus normative) Ziel, die gesundheitliche Situation von queeren Menschen zu verbessern und Marginalisierung entgegenzuwirken.

Macht habe ich in diesem Forschungsprozess u. a. dadurch, dass ich den Gesprächsanlass für die Gruppendiskussionen schaffe, die Fragen stelle, in der Analyse inhaltliche Schwerpunkte setze und entscheide, wann ein Thema ausgeschöpft ist (vgl. Presser 2005, S. 2069). Ich bin mir der Gefahr bewusst, dass der Forschungsprozess durch meine Biographie sowie damit verbundene Vorannahmen und Überzeugungen beeinflusst und verzerrt werden kann. Um dem vorzubeugen, wurde meine Arbeit von zwei unterschiedlichen Forschungskolloquien mitbegleitet, die meine Konzeption, Datenerhebung und meine Interpretationen kritisch betrachteten. Zudem habe ich meine Forschungsfrage zwar anhand von Hypothesen entwickelt, aber gezielt ergebnisoffen gehalten, sodass ich im Forschungsprozess auch überrascht wurde und teilweise Ergebnisse erzielte, mit denen ich nicht gerechnet hatte.

5.2 Aufbau des Forschungsprojekts, Erkenntnisinteresse und Forschungsfragen

Mein Erkenntnisinteresse für meine Forschung leitet sich aus dem in Kapitel 3.6 beschriebenen schlechten gesundheitlichen Zustand und der schlechten gesundheitlichen Versorgung queerer Personen her. Ich will mit dieser Arbeit zeigen, wie Heteronormativität in der Medizin konkret aussieht, welche Formen sie annimmt und welche Auswirkungen das auf die Gesundheit queerer Personen haben kann. Der Gegenstand ist entsprechend die Medizin bzw. spezifisch Ärzt*innen im deutschen und schweizerischen Gesundheitssystem. Ich ziehe dabei keinen Vergleich zwischen den beiden Gesundheitssystemen, sondern betrachte sie wegen ihrer Gemeinsamkeiten zusammen. Für diese räumliche Eingrenzung habe ich mich entschieden, da im Gegensatz zu z. B. dem US-amerikanischen oder britischen Gesundheitssystem bisher kaum Forschung vorliegt. Wie in Kapitel 4.4 dargestellt, sind die Forschungsfragen für diese Arbeit:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin?
- Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität in der Medizin? Wie materialisiert sich Heteronormativität in der Medizin?
- Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin und wie hängen diese zusammen?

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Welche Formen nimmt Heteronormativität in der Medizin an? Wie regiert Heteronormativität in der Medizin? Wie wird Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten?
- Wie geht die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um?
- Welches Wissen existiert in der Medizin über Heteronormativität und über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt?
- Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der Medizin?
- Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das gesundheitliche Handeln queerer Menschen aus?

In Bezug auf die *medizinische Wissensproduktion* untersuche ich exemplarisch den medizinischen Diskurs rund um Uterustransplantationen. Diese sind ein hochaktuelles Forschungsfeld (Beckmann et al. 2017), daher lässt sich an diesem Beispiel die aktuelle Konzeption von Geschlecht und Sexualität in der medizinischen Wissensproduktion gut nachvollziehen. Ich arbeite heraus, welche Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität dieser Forschung zugrunde liegen, welche heteronormativen Vorannahmen Mediziner*innen über ihre Patient*innen treffen und welche Auswirkungen das hat. Dabei zeige ich u. a., wie die Forschung Frauen und Weiblichkeit durch das Transplantieren eines Uterus symbolisch und materiell herstellt.

In Bezug auf die *medizinische Lehre* untersuche ich exemplarisch Lehrmaterialien, die aktuell im Medizinstudium an vier Universitäten in Deutschland und der Schweiz eingesetzt werden. Dabei lässt sich analysieren, welche Rolle Heteronormativität und sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in der Vermittlung medizinischen Wissens spielen. Ich beschreibe, wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt bzw. queere Patient*innen in den Lehrmaterialien dargestellt werden, welches Wissen in der Medizin über Heteronormativität und sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vorhanden ist und vermittelt wird und inwiefern von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan (Murphy 2016) in der Medizin ausgegangen werden kann.

In Bezug auf die *medizinische Behandlungspraxis* betrachte ich die Erlebnisse von asexuellen Patient*innen in der Medizin. Dabei lässt sich analysieren, welche Auswirkungen das erlernte heteronormative Wissen in der Medizin hat bzw. welche Rolle Heteronormativität und sexuelle und geschlechtlicher Vielfalt in der Anwendung von medizinischem Wissen spielen. Ich arbeite heraus, auf welche Arten und Weisen queere Patient*innen in der Medizin mit Heteronormativität konfrontiert werden, was dieses Erleben von Heteronormativität für queere Patient*innen bedeutet und welche Umgangsstrategien sie mit dieser Behandlung ggf. finden (müssen).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.3 Die Qualitative Inhaltsanalyse als methodischer Überbau

Qualitative Inhaltsanalyse

Ich nutze die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) in dieser Arbeit als methodischen Überbau. Sie wird in den einzelnen empirischen Kapiteln durch verschiedene Analyseheuristiken ergänzt. Bei Kuckartz' und Rädikers Methode handelt es sich um ein Verfahren, mit dem eine Vielfalt qualitativer Daten (darunter Gruppendiskussionen oder Dokumente) regelgeleitet erhoben und anschließend systematisch ausgewertet werden können. Dafür werden Kategorien definiert, Daten inhaltlich strukturiert und Zusammenhänge analysiert (qualitativeinhaltsanalyse.de 2023, o. S.). Kuckartz und Rädiker unterscheiden drei verschiedene Basisformen, wobei ich mich auf die inhaltlich-strukturierende Form stütze, mit der eine themenorientierte Auswertung möglich ist und bei der das Material in mehreren Kodierdurchläufen durchgesehen wird (Kuckartz und Rädiker 2022, 104–128). Bei Kuckartz und Rädiker wird keine bestimmte Samplingstrategie vorgegeben und eine Kombination aus deduktiven und induktiven Kodierungsstrategien ermöglicht (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 70–103; Kohlbrunn und Scheytt o. J., o. S.). Hierbei zeigt sich, dass das Verfahren flexibel eingesetzt und auf spezifische Forschungsfragen, Erkenntnisinteressen, Erhebungsmethoden sowie Analyseschwerpunkte angepasst werden kann. Daher ist dieses Verfahren als methodischer Überbau für diese Arbeit besonders gegenstandsangemessen, um die unterschiedlichen Facetten von Heteronormativität erfassen zu können. Die Orientierung an Kuckartz' und Rädikers Verfahren erlaubt mir, methodisch kontrolliert vorzugehen und gleichzeitig flexibel verschiedene Arten von Daten auszuwerten, also die unterschiedlichen Materialsorten in meinem Sample (s. u.) gegenstandsangemessen zu behandeln. Bei der Analyse in diesem Projekt arbeite ich computergestützt, wofür ich die Software MAXQDA nutze.[2] Sie wurde für die Arbeit mit dem Text eingesetzt, d. h. für das Markieren von Segmenten für die Analyse, das Verfassen von Memos, die Erstellung, Sortierung und Systematisierung des Kategoriensystems[3] und das Kodieren.

Kategorien

Kuckartz' und Rädikers Verfahren basiert auf der Bildung von Kategorien, mit denen das Material kodiert wird (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 53–69). Die Kategorien haben einen abstrakten, klassifizierenden Charakter und sollen den Inhalt der jeweiligen Textstelle widerspiegeln. Aus diesem Grund stehen die deduktiv entwickelten Kategorien auch in enger Beziehung zu den Forschungsfragen (Kuckartz

2 QDA-Software schreibt keine bestimmte Auswertungsmethode vor.

3 In QDA-Software wird hierbei von ›Codes‹ gesprochen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und Rädiker 2022, S. 63). Kuckartz und Rädiker unterscheiden verschiedene Arten von Kategorien, wobei ich insbesondere zwei davon nutze: Thematische Kategorien sind aus dem Material generiert und folgen z. B. bei den Gruppendiskussionen der Schwerpunktsetzung der Gruppe (wie *›Coming-Out-Strategien bei Ärzt*innen* in meiner Analyse der medizinischen Behandlungspraxis). Analytische Kategorien sind durch mein theoretisches Wissen über den Forschungsgegenstand informiert (wie *Unsichtbarkeit von Queerness/Null-Lehrplan* in meiner Analyse medizinischer Lehre) (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 56–57; vgl. Kohlbrunn und Scheytt o. J., o. S.).

Ablauf

Die inhaltlich-strukturierende Qualitative Inhaltsanalyse ist in sieben Schritte gegliedert. Kuckartz und Rädiker empfehlen einen kontrollierten Einstieg in die Analyse, wobei sich Ziele und Kontext der eigenen empirischen Untersuchung vor Augen geführt und Vorwissen und Vorannahmen reflektiert werden (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 118–119). Die sieben Schritte sind wie folgt (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 119–156):

Tabelle 1: Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker

Nr.	Schritt	Konkrete Aufgabe
1	Initiierende Textarbeit	Sichtung des Materials; Zusammenfassen des Materials; Reflexion und Dokumentation des Entstehungskontexts der Daten; Markierung wichtiger und auffälliger Textpassagen; Festhalten von Fragen und Gedanken in Memos
2	Entwicklung von Hauptkategorien	Bildung deduktiver Kategorien
3	Erster Kodierdurchgang	Sequenzielle Kodierung mit den gebildeten Kategorien
4	Induktive Bildung von Subkategorien	Ausdifferenzierung, Systematisierung und Ordnung des
5	Zweiter Kodierdurchgang	Neukodierung mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem
6	Einfache und komplexe Analysen	Analyse der Hauptkategorien
7	Verschriftlichung und Dokumentation	Systematisierung und Verschriftlichung der Analyseergebnisse

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Anwendung

In meiner Anwendung der Qualitativen Inhaltsanalyse muss ich das Verfahren an einigen Stellen leicht anpassen (s. u.). Für alle drei Analyseverfahren in dieser Arbeit stelle ich zunächst deduktiv, d. h. forschungsstand- bzw. theoriegeleitet, Kategorien auf. Diese wurden jedoch im Forschungsprozess induktiv erweitert, d. h. präzisiert und modifiziert. Außerdem formuliere ich zu jedem Analyseverfahren spezifische Unterfragen, die meine Analyse leiten. Diese Fragen sind gleichzeitig auch Ausgang für meine deduktive Kategorienbildung.

5.4 Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion

Um herauszuarbeiten zu können, wie Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion wirkt, führe ich eine kritische feministische Diskursstranganalyse (Keller 2004; Lazar 2007a; Fairclough und Wodak 2009) medizinischer Papers am Beispiel von Uterustransplantationen durch. Auf der Ebene der medizinischen Wissensproduktion geht es um jenes Wissen, das in der Medizin aktuell geschaffen wird. Ich analysiere dazu den Diskursstrang von medizinischen Journal-Artikeln zu Uterustransplantationen, da sich dort neuste Erkenntnisse und Entwicklungen finden. Medizinische Journals erfüllen eine wichtige Aufgabe für die Disziplin, da Ärzt*innen sich regelmäßig über neue Entwicklungen in ihrer Disziplin informieren müssen (Taylor 2005, S. 8).

5.4.1 Analyseheuristik

Ich nutze als Analyseheuristik die Kritische Feministische Diskursstranganalyse (Keller 2004; Lazar 2007a; Fairclough und Wodak 2009), die auf Michel Foucaults Diskursbegriff[4] aufbaut. Das vergleichsweise offene Verfahren einer Diskursanalyse wurde mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) für ein regelgeleites Vorgehen kombiniert.

Diskurse

Allgemein lassen sich Diskurse als »Formen und Regeln öffentlichen Denkens, Argumentierens und begründungsnotwendigen Handelns als Grundprinzipien von Gesellschaftlichkeit« definieren (Kaschuba 2012, S. 235). Diskurse finden im

4 Michel Foucaults Definition des Diskurses ist nicht statisch, sondern verändert sich im Lauf seines Werks.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Rahmen von Wissensordnungen und Wertehorizonten statt und regulieren gesellschaftliche Wissenssysteme und -zugänge: Sie sind »wirkmächtige Wissensformen und (Macht-)Praktiken, die nicht nur den semantischen und symbolischen Rahmen für die Repräsentation von Aussagen und Dingen schaffen, sondern dem, was sie benennen, Realität verleihen« (Bublitz 2019, S. 371). Dies ist wichtig, denn Foucault fokussiert sich vor allem auf die Prozesse der Wissensproduktion (Jäger 2015, S. 23). Die Frage, die Foucault stellt, ist: »Wie kommt es, daß eine bestimmte Aussage erschienen ist und keine andere an ihrer Stelle?«[5] (Foucault 1981, S. 42). Für Foucault steht damit die Ordnung des Diskurses im Vordergrund; er fragt nach den politischen Regeln und institutionellen Bühnen, auf denen gesellschaftlich diskutiert wird:

> »Ich setze voraus, daß in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und die Gefahren des Diskurses zu bändigen, sein unberechenbar Ereignishaftes zu bannen, seine schwere und bedrohliche Materialität zu umgehen« (Foucault 1991, S. 10–11).

Wissenschaftliche Disziplinen wie die Medizin (Foucault 1991, S. 22) kontrollieren[6] Diskurse, d. h. sie bestimmen, was für die Entstehung neuer Aussagen erforderlich ist (bspw. die Verwendung bestimmter Begrifflichkeiten oder Denkfiguren) (Foucault 1991, S. 17–25; vgl. Fleck 1980 [1935]).

Wie gerade in Diskursen um Uterustransplantationen sichtbar werden wird, konstituieren Diskurse Materialität, da sich Diskursives und Materielles miteinander verschränken (Bublitz 2019, S. 371; vgl. Maihofer 1997). Judith Butler denke Foucaults Überlegungen weiter, so Bublitz, insbesondere mit einem Fokus auf die Performativität von Sprechakten (Bublitz 2003, S. 14):

> »Butler geht davon aus, dass es im wiederholten Zitieren einer Norm, sozusagen nach dem Muster der ›Stillen Post‹, durch Verfehlen der Norm immer wieder zu Verschiebungen kommt. Es sind diese Verfehlungen ritualisierter Wiederholungen normativer Zwänge, die Butler zugleich als Bedingungen ihrer Subversion ausmacht« (Bublitz 2003, S. 102).

Gerade diese Sprechakte sind für die Erforschung von Geschlechternormen bei Uterustransplantationsstudien von Bedeutung, denn: Wie wird hier materiell und

5 In dieser Frage werden implizit Ausschlüsse und Grenzziehungen in- und außerhalb von Diskursen, z. B. im Hinblick auf Verbote und Tabus thematisiert (Foucault 1991, S. 11–17).

6 Hieran erkennt man bereits, dass Diskurse ritualisiert sind, d. h. dass die Qualifikation der Sprecher*innen eine wichtige Rolle in Bezug auf ihre Äußerungsmöglichkeiten spielt (Foucault 1991, S. 25–30).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sprachlich Geschlecht – ganz besonders Weiblichkeit – hervorgebracht? Wie werden Subjekte, um an Kapitel 2.2 dieser Arbeit anzuschließen, mithilfe von Diskursen intelligibel?

Diskursstranganalyse

Ich analysiere hier nicht den gesamten Diskurs zu Uterustransplantationen, sondern nur den medizinischen Diskursstrang.[7] Ein Diskurs*strang* ist zusammengesetzt aus einzelnen Diskurs*fragmenten* (Jäger 2015, S. 80). Im Fall dieser Arbeit ist ein Diskursfragment ein wissenschaftlicher Aufsatz, der zu Uterustransplantationen veröffentlicht wurde. Nach Siegfried Jäger ist ein Diskursstrang ein einheitlicher Diskursverlauf, d. h. ein synchroner oder diachroner Schnitt durch einen Diskurs (Jäger o. J., o. S.). Die verschiedenen Diskursfragmente, die »nach dem selben [sic!] Muster oder Regelsystem gebildet worden sind« (Keller 2004, S. 44), bilden einen intertextuellen Zusammenhang (Keller 2004, S. 24). Diskurs(-strang-)*analysen* sind nicht-standardisierte Forschungsansätze, die der Sprachwissenschaftler Siegfried Jäger folgendermaßen definiert:

> »[Die] Diskursanalyse erfaßt *das jeweils Sagbare* in seiner qualitativen Bandbreite und in seiner Häufung bzw. allen Aussagen, die in einer bestimmten Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit geäußert werden (können), aber auch die Strategien, mit denen das *Feld des Sagbaren* ausgeweitet oder auch eingeengt wird, etwa Verleumdungsstrategien, Relativierungsstrategien Enttabuisierungsstrategien etc.« (Jäger 2001, S. 83–84 [HiO]).

Bei einer Diskursanalyse geht es also darum, »herauszufinden, was als jeweiliges *Wissen* mit dem Anspruch, wahr zu sein, […] kursiert oder gar behauptet absolut und objektiv wahr zu sein« (Jäger 2015, S. 12 [HiO]). Das Ziel ist die systematische Rekonstruktion kollektiver Wissensordnungen und -praktiken und ihrer zugrundeliegenden inneren Organisation sowie die Analyse der Wechselwirkungen zwischen Diskurs und Institutionen bzw. Kollektiven, die Analyse der Ermöglichung von Machtwirkungen, Identitätsstiftungen und sozialen Prozessen (Diaz-Bone 2017, S. 131–132). Die Foucaultsche Diskursanalyse fragt nach den vermeintlichen Wahrheiten, die gerade in wissenschaftlichen Diskursen konstruiert werden. Dazu werden Regelwerke und Diskurspraktiken untersucht, die von Machtstrukturen durchsetzt sind. Diese zugrundeliegenden Machtstrukturen sind den Akteur*innen größtenteils unbewusst, sodass die Diskursanalyse zugleich auch eine Kulturanalyse darstellt (Thomas 2009, S. 62–64). So schreibt auch Siegfried Jäger: »Diskurse

7 Die Methodik von Diskursstranganalysen ist gleich wie die von Diskursanalysen, es muss nur bedacht werden, dass hier eben nur ein Strang eines größeren Diskurses analysiert wird.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

üben als *›Träger‹ von (jeweils gültigem) ›Wissen‹* Macht aus; sie selbst sind ein Machtfaktor, indem sie geeignet sind, Verhalten und (andere) Diskurse zu induzieren« (Jäger 2001, S. 86 [HiO]). Und weiter: »Diskurse üben Macht aus, da sie Wissen transportieren, das kollektives und individuelles Bewußtsein speist. Dieses zustande kommende Wissen ist die Grundlage für individuelles und kollektives Handeln und die Gestaltung von Wirklichkeit« (Jäger 2001, S. 87). Ein wichtiger Aspekt hierbei ist die Produktion von Normalität, Natürlichkeit, Selbstverständlichkeit usw. durch Diskurse, d. h. die Regulationsmacht, die bspw. durch die Medizin wirkt – wie die Unterscheidung zwischen *krank* und *gesund* (Jäger 2015, S. 53). Diese sollen sowohl durch die Diskursanalyse freigelegt als auch erschüttert bzw. dekonstruiert werden (Langer et al. 2019, S. 7).

(Feministische) Kritische Diskursanalyse[8]

Ich nutze für diese Arbeit spezifisch das Verfahren der kritischen Diskursanalyse. Dabei handelt es sich um eine interdisziplinäre Methodik, die soziale Probleme aufgreift und Machtbeziehungen (sowohl innerhalb des Diskurses als auch in seinen Entstehungsbedingungen) analysiert (Keller 2004, S. 29). Die Sprachwissenschaftler*innen Norman Fairclough und Ruth Wodak definieren die kritische Diskursanalyse (KDA) als die Analyse von »real and often extended instances of social interaction which take a linguistic form. The critical approach is distinctive in its view of (a) the relationship between language and society, and (b) the relationship between analysis and the practices analyzed« (Fairclough und Wodak 2009, S. 258). Diskurse

8 Der Politikwissenschaftler Martin Nonhoff kritisiert die KDA: »Die Diagnose, dass die Probleme mit Herrschaftsverhältnissen zusammenhängen […] ist immer schon getätigt. Die Werte, auf denen die Kritik beruht, gehen der Analyse einerseits voraus; andererseits ist nirgends von einer Rückwirkung der Analyse auf die Werte die Rede. […] Die Position derjenigen, die aufklären, derjenigen über die aufgeklärt wird und derjenigen, die aufgeklärt werden, stehen schon vorab fest; in anderen Worten sind die Subjektpositionen im Sprachspiel der Kritik immer schon besetzt« (Nonhoff 2019, S. 20). Um dieses Dilemma zu lösen, schlägt Nonhoff zwei methodologische Standards vor: *Erstens*, dass die Diskursanalyse keinen beliebigen Zugang zu ihren Gegenständen wählen darf, sondern die Generierung des Wissens miteinbeziehen muss und *zweitens*, dass der Blick auf die Sinnverhältnisse mit dem Arrangement von Machtverhältnissen kombiniert werden muss (Nonhoff 2019, 30–31). In dieser Analyse wird mein Fokus auch auf den Entstehungsbedingungen der jeweiligen Forschungsergebnisse liegen und z. B. miteinbeziehen, welchen institutionellen, disziplinären und sozialen Zwängen und Machtverhältnissen Ärzt*innen bei der Generierung ihres Wissens unterliegen. Damit versuche ich auch, aus meiner queerfeministischen, sozialwissenschaftlichen und in Bezug auf medizinisches und klinisches Wissen lai*innenhaften Position Verständnis für die Motivationen, Entscheidungen und Haltungen der Forschenden aufzubringen und diese als in verschiedene Machtverhältnisse komplex eingebundene Subjekte wahrzunehmen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

werden hier als sozial konstituiert und konstituierend gefasst – und KDA als Intervention in diese Prozesse (Fairclough und Wodak 2009, S. 258). Mit einer kritischen Diskursanalyse ist also zum einen verbunden, die Zusammenhänge von Wissen und Macht zu analysieren (Jäger 2001, S. 81) und beide als sozial positioniert zu betrachten (Jäger 2015, S. 33). Zum anderen ist »das Ziel eine[…] emanzipatorische[…] Aufklärung durch Praxiskritik und daran anschließende Verbesserungsvorschläge« (Keller 2004, S. 26; Fairclough und Wodak 2009, S. 259). Kurz gefasst kommt es der KDA nicht nur darauf an, die Machtstrukturen zu beschreiben, »sondern von einem normativen Standpunkt aus die diskursiven Strukturen und Strategien aufzudecken, die dabei helfen, ungleichheitserzeugenden und -erhaltenden Machtmissbrauch abzusichern« (Nonhoff 2019, S. 19). Fairclough und Wodak (2009, S. 268–279) stellen für die KDA 8 Prinzipien auf:

(1) dass die kritische Diskursanalyse sich sozialer Probleme annimmt,
(2) dass sie Macht- und Herrschaftsbeziehungen als diskursiv auffasst und analysiert,
(3) dass unter der Annahme gearbeitet wird, dass Diskurse die Gesellschaft und Kultur konstituieren,
(4) dass sie Diskurse als ideologisch (d. h. soziale Ungleichheiten tradierend) konzipiert,
(5) dass sie anerkennt, dass Diskurse einen historischen Kontext haben,
(6) dass sie Text und Gesellschaft in einem komplexen Verhältnis zueinander konzipiert,
(7) dass die Diskursanalyse interpretativ und erklärend arbeitet und
(8) dass sie Diskurse als eine Form sozialen Handelns anerkennt.

Michelle Lazar entwickelt den Begriff der feministischen kritischen Diskursanalyse. Mit dieser Form der KDA sollen die immer subtileren asymmetrischen Machtbeziehungen zwischen den Geschlechtern sowie Geschlechterideologien analysiert werden – und zwar aus einer explizit feministischen Perspektive (Lazar 2007b, S. 1–4). Ziel ist es, die Diskurse kritisch zu analysieren, die eine patriarchale Ordnung aufrechterhalten (Lazar 2007b, S. 5).

Vorgehen

Für meine konkrete Analyse des Diskursstranges der medizinischen Papers stütze ich mich vor allem auf Jäger (2001, 2015), aber auch auf Keller (2004), Fairclough und Wodak (2009), McGee (2011) und Diaz-Bone (2017). Für die Feinanalyse verwende ich außerdem die Metaphernanalyse nach Lakoff/Johnson (2014 [1998]) in der Operationalisierung von Schmieder (2007). Nach der Zusammenstellung des Korpus und vorbereitenden Arbeiten (wie das Nachvollziehen des Forschungsstands)

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

erfolgt eine Strukturanalyse der Diskursfragmente, d. h. eine Beleuchtung des institutionellen Kontextes, eine Zusammenfassung des Inhalts und eine Analyse der Textoberfläche. Darauf aufbauend verfasse ich eine Charakterisierung des Diskursstrangs, z. B. im Hinblick auf Träger*innen und Adressat*innen. Anschließend wird der Korpus zwei Mal kodiert, zuerst induktiv, bevor in einem zweiten Durchgang aus den Forschungsfragen deduktiv Codes abgeleitet werden und damit das Material nochmals kodiert wird. Eine anschließende Feinanalyse, bei der ich mich vor allem auf die linguistische Ausrichtung der kritischen Diskursanalyse beziehe, deckt u. a. die Untersuchung folgender Aspekte ab: Argumentationslinien, z. B. die Begründung der Notwendigkeit von Uterustransplantationen; Implikate, z. B. wie Geschlecht konzipiert und definiert wird; Metaphern und Vergleiche und Sprechakte, z. B. in Bezug auf die Versprachlichung von Geschlecht.

Limitationen des Zugangs

Da sich meine Analyse exemplarisch auf einen einzigen Diskursstrang bezieht, kommen andere Diskurse und Diskursstränge, an denen die Medizin beteiligt ist, nicht in den Blick. Diese könnten sich im Hinblick auf ihren Umgang mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt deutlich anders verhalten. In meiner Analyse wird außerdem nur sichtbar, was die Forscher*innen in diesem Feld beschlossen haben, zu publizieren – unpublizierte oder nach der Durchführung meiner Analyse publizierte Ergebnisse können nicht aufgenommen werden. Alle Informationen über die Durchführung, das Verhältnis zwischen Forscher*innen und Uterus-Spender*innen und Empfänger*innen usw. können nur über das erfasst werden, was die Forscher*innen in den Artikeln preisgeben und wie sie es darstellen.

Leitende Fragen für die Analyse

In meiner Analyse des medizinischen Diskursstrangs zu Uterustransplantationen interessieren mich folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität, Beziehungen und Familie in der medizinischen Wissensproduktion konzipiert und verhandelt?
- Wie wird in der medizinischen Wissensproduktion mit sexueller, romantischer und geschlechtllicher Vielfalt umgegangen?
- Wie wird das queerende Potential von Uterustransplantationen verhandelt?

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.4.2 Sampling und Korpus

Sampling

Der Korpus für meine Analyse medizinischer Wissensproduktion besteht aus 26 medizinischen und medizinethischen Fachartikeln, deren Hauptthema Uterustransplantationen sind. Kriterien für die Aufnahme in den Korpus sind: Die Studie muss zwischen 2010 und 2020 in einem medizinischen oder medizinethischen Fachjournal auf Deutsch oder Englisch erschienen sein und Menschen als Objekte ihrer Forschung haben. Die zeitliche Eingrenzung treffe ich vor allem deswegen, um aktuelle Diskurse abbilden zu können. Außerdem wurden Artikel ausgeschlossen, die sich auf eine Totspende von Uteri konzentrierten, da aktuell die Anwendung der Lebendspende dominiert. Aufgrund der benötigten Korpusgröße wurden auch Artikel verwendet, die sich auf andere Regionen als Deutschland und die Schweiz beziehen. Gefunden wurden diese Artikel über eine Auswertung des *American Journal of Transplantation* und *Fertility&Sterility*, über eine systematische Recherche über PubMed[9] und über ein weiterführendes Schneeballsystem. Nach der Strukturanalyse von 26 Artikeln war das Kategoriensystem gesättigt, sodass in den Korpus keine weiteren Artikel aufgenommen wurden.

Beschreibung des Korpus

An dieser Stelle erfolgt keine Zusammenfassung der einzelnen Diskursfragmente, da die genauen Ziele und Ansätze der Forschungsarbeiten (wie z. B. robotergestützte Operationstechniken) für meine Arbeit nicht von Interesse sind. Stattdessen sind u. a. die verwendeten Begründungen und Kriterien für den Einschluss oder Ausschluss von potentiellen Empfänger*innen relevant. Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Die Artikel sind vor allem den folgenden Textsorten zuzurechnen: Fallstudien, ↗Reviews, Berichte und Evaluationen, sowie ethische und rechtliche Analysen rund um Uterustransplantationen. Die Artikel sind in insgesamt 16 verschiedenen Journals erschienen, das am häufigsten vertretene Journal ist *Fertility&Sterility* mit fünf Artikeln.

5.5 Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Lehre

Für die *medizinische Lehre* untersuche ich die Lernplattform AMBOSS und einige der in den vier ausgewählten Medizinstudiengängen in Deutschland und der

9 Bei PubMed ergab eine Suche mit den Stichworten »uterus« und »transplant*« mit den genannten Kriterien 788 Resultate.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Schweiz eingesetzten Lehrbücher und Präsentationsfolien. Hierbei analysiere ich, welche impliziten und expliziten Lehrinhalte über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vermittelt werden, welches Wissen in der Medizin über Heteronormativität und sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vorhanden ist und vermittelt wird und inwiefern von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan in der Medizin (Murphy 2016) ausgegangen werden kann. Exemplarisch für die medizinische Lehre bzw. Wissensweitergabe analysiere ich also Lehrmaterialien, da diese eine Autoritätsfunktion für Studierende haben: Während das gesprochene Wort in einer Vorlesung (außer bei Aufzeichnungen) eher flüchtig und unvollständig im Gedächtnis bleibt, bleibt das geschriebene Wort (wie in Präsentationsfolien und Lehrbüchern) Studierenden erhalten und kann immer wieder konsultiert werden, z. B. in der Vor- und Nachbereitung von Lehrinhalten. Lehrbüchern kommt eine wichtige Funktion bei der Strukturierung, Repräsentation, Steuerung und Differenzierung von Lerninhalten zu (Fuchs und Henne 2019, S. 841). Sie bilden Wissen nicht einfach neutral ab, sondern produzieren einen Kanon von anerkanntem Wissen, je nachdem, welche Inhalte sie wie aufgreifen (Bittner 2011, S. 13; Höhne und Heerdegen 2018, S. 241). Lehrbücher werden auch als Mediatoren-Medium zwischen dem formellen und heimlichen Lehrplan gesehen (Fuchs und Henne 2019, S. 842) und können auch auf letzteren hin analysiert werden (Bittner 2011, S. 6–7).[10]

5.5.1 Analyseheuristik

Dokumentenanalyse

Für meine Analyse konzipiere ich Präsentationsfolien, Lehrbücher und E-Learning-Materialien als Dokumente.[11] Ich nehme eine inhaltlich strukturierende Qualitative Inhaltsanalyse verschiedener Dokumente vor,[12] da es bisher keine ausgearbeitete Methodik für die explizite Analyse von Lehrbüchern (Fuchs und Henne 2019, S. 853),

10 Außerdem muss immer bedacht werden, dass es sich bei Lehrbüchern um Waren handelt, die von kommerziellen Verlagen unter spezifischen ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen produziert und verlegt werden (Fuchs und Henne 2019, S. 843–844). Damit sind Verlage Organisationen der Diskursproduktion, die »das in Curricula festgehaltene ›kanonische Wissen‹ reproduzieren und zugleich auch verändern« (Fuchs und Henne 2019, S. 844).

11 Die Medienwissenschaftlerin Lisa Gitelman bezeichnet Dokumente als epistemische Objekte (2014, S. 1), die die soziale Autorität der herausgebenden Institutionen unterstreichen. Daher müssen Dokumente auch im Hinblick auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse analysiert werden (Gitelman 2014, S. 4–5).

12 Eine teilnehmende Beobachtung war aus mehreren Gründen (u. a. der Covid-19-Pandemie) nicht möglich.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Präsentationsfolien in der akademischen Lehre (Bläsi 2021) oder E-Learning-Materialien (Boyer Christiansen 2021) gibt. Dieser methodische Zugang erlaubt es mir, das Lehrmaterial systematisch zu erfassen und strukturiert zu analysieren, gleichzeitig kann ich es durch mikrolinguistische Analyseverfahren erweitern. Wie auch bei der Analyse der Artikel zu Uterustransplantationen handelt es sich bei den Lehrmaterialien um non-reaktive Daten, d. h. sie wurden nicht extra für und durch meine Forschung geschaffen. Forschungsgegenstand ist nicht der Inhalt des vermittelten Wissens, sondern die Konstruktion und Aufbereitung, die narrativen Strategien und diskursiven Brüche dieses Wissens (Fuchs und Henne 2019, S. 841).[13] Das bedeutet, dass es mir in meiner Analyse darum geht, wie Wissen vermittelt wird, welche Metaphern der verwendeten Sprache zugrunde liegen und welche Implikationen dies für den späteren Umgang von Medizinstudierenden mit queeren Patient*innen hat.

Lehrbücher

Wie auch die Geschlechterforscherin Melanie Bittner in ihrer Analyse von Heteronormativität in Schulbüchern, lege ich den Fokus meiner Analyse auf die in den Lehrbüchern vermittelten Normen und Stereotypen bzw. auf Normierungen und Stereotypisierungen durch Lehrbücher. Sie sind laut Bittner »Konstruktionen und zugleich Konstrukteure sozialer Ordnungen und gesellschaftlichen Wissens« (Bittner 2011, S. 7). Wie bereits in Kapitel 3.4 ausgeführt, beziehe ich mich in dieser Arbeit auf die Konzeptionen Ludwik Flecks (1980 [1935]) zu Denkstilen. Fleck schreibt Lehr- und Handbüchern im Unterschied zu wissenschaftlichen Zeitschriften zu, dass dort Feststehendes und Bewiesenes, d. h. wissenschaftliche Tatsachen und Denkzwänge abgebildet werden, bzw. dass sie Mitgliedern eines Denkkollektivs zeigen, welches Wissen von einer Disziplin als wahr anerkannt wird. Die Analyse von Hand- und Lehrbüchern kann also Aufschluss über den Denkstil eines Denkkollektivs geben (Fleck 1980 [1935]; Sabisch 2016).

Präsentationsfolien

Präsentationen sind und waren ein wichtiges Element naturwissenschaftlicher Wissensvermittlung seit Mitte des 19. Jahrhunderts, damals noch in Form von Dia-Vorträgen (Roux-Goupille 2021, S. 228), und sind auch heute noch Bestandteil des Medizinstudiums (Jeffries 2022, S. 45–46). Medizinstudierende favorisieren diese Art der Lehre u. a., weil sie ihnen erlaubt, sich während des Vortrags Notizen

13 Die Literaturwissenschaftlerin Christine Ott (2014, S. 256) verdeutlicht dies am Beispiel von Mathematik-Schulbüchern, wo in der Analyse nicht die Rechenoperationen im Zentrum stehen, sondern die Rahmung der Aufgaben.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zu machen und sich die Lehrinhalte besser zu merken (Larocque et al. 2015). In Vorlesungen werden häufig Präsentationsfolien verwendet, denn: »Specifically, lectures provide an efficient method for delivering substantial amounts of factual information to a large group of learners, can be effective at providing inspiration to further interest in a given subject, and can be recorded and made available to learners at a future date« (Babik und Luther 2020, S. 36).[14] Interessant an Präsentationsfolien ist, dass sie, anders als Lehrbücher, zumeist von den Dozierenden selbst spezifisch für eine bestimmte Lerngruppe erstellt werden und dass keine anderen Instanzen, wie z. B. Verlage, im Spiel sind.

Die Lernplattform AMBOSS

Gerade durch die Covid-19-Pandemie und die damit verbundene Digitalisierung ist E-Learning nicht mehr aus der akademischen Lehre wegzudenken. Die bekannteste medizinische Lernplattform in Deutschland und der Schweiz ist die Lernplattform AMBOSS der Firma Miamed. Laut eigenen Angaben nutzen über 200.000 Mediziner*innen die Plattform (AMBOSS o. J.a, o. S.). AMBOSS stellt den Nutzer*innen eine digitale Lernkartenbibliothek und vergangene ↗IMPP-Fragen zur individuellen Prüfungsvorbereitung zur Verfügung (Kuhn et al. 2018). Sie wird also hauptsächlich von Studierenden genutzt, aktuell aber auch als Ressource für die Fort- und Weiterbildung praktizierender Mediziner*innen ausgebaut. Das Redaktionsteam besteht aus über 70 (Fach-)Ärzt*innen (AMBOSS o. J.k, o. S.). Wie Präsentationsfolien sind E-Learning-Formate, im Gegensatz zu Lehrbüchern, schnell und einfach aktualisierbar.

Durchführung

In meiner Durchführung halte ich mich an die Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse, wie in Kapitel 5.3 dargestellt. Nach der Auswahl und Begründung meines Forschungsgegenstands formuliere ich Erkenntnisinteresse, Vorannahmen und Vorwissen sowie erste übergeordnete Forschungsfragen für diese Analyse. Anschließend vollziehe ich den Forschungsstand zu medizinischer Lehre, Lehrbuchforschung und sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der Lehre nach. Ich erarbeite einen Analyseleitfaden und lege fest, welche Arten von Dokumenten ich analysiere. In Absprache mit Expert*innen (s. u.) stelle ich meinen Korpus zusammen. Anschließend verfasse ich eine Beschreibung des Diskurses, in den die Dokumente eingebunden sind und eine formale Beschreibung der Dokumente, z. B. im Hinblick auf ihre Gliederung und ihr intendiertes Publikum. Ich

14 Auch hier zeigt sich die Autoritätsfunktion des schriftlich festgehaltenen Lehrmaterials, das Studierende z. B. zur Wiederholung und Prüfungsvorbereitung konsultieren.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nutze in dieser Analyse deduktive Kategorien, die ich im nächsten Schritt festlege. Anschließend selektiere, sortiere und finalisiere ich meinen Korpus. In einem ersten Durchgang durch das Material mache ich mir Notizen, die dann dazu verwendet werden, meine Kategorien zu erweitern. Mit diesen Kategorien wird das Material danach zwei Mal kodiert. Um einen Eindruck von der Vermittlung expliziter Inhalte zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt sowie Heteronormativität zu bekommen, führe ich eine Analyse der Stichwortverzeichnisse der Lehrbücher und der Suchfunktion von AMBOSS durch. In einer Feinanalyse der codierten Segmente achte ich spezifisch auf die Grafiken, auf sprachlich-rhetorische Mittel wie Metaphern, Widersprüche oder Wertungen und auf die erkennbaren Denkstile. In einem nächsten Schritt clustere ich die Analyseergebnisse, um sie verschriftlichen zu können und beziehe meine Ergebnisse wieder auf mein Erkenntnisinteresse und meine Forschungsfragen zurück. Zuletzt stelle ich Überlegungen zur Gültigkeit und Validität meiner Ergebnisse an.

Limitationen des Zugangs

Selbstverständlich hat der von mir gewählte Zugang einige Implikationen und Limitationen. Auch mit Präsentationsfolien kann ich nicht analysieren, was während einer Vorlesung gesprochen wird. Weiterführende Erklärungen, Beispiele, Tonfälle wie Ironie oder Nachfragen von Studierenden bleiben mir verborgen. Dafür kann ich analysieren, welches Wissen Studierenden in Textform mitgegeben wird, da es entweder von den Dozierenden selbst erarbeitet oder von ihnen empfohlen wurde.

Leitende Fragen für die Analyse

Um zu analysieren, inwiefern und in welchen Formen Heteronormativität sich in der medizinischen Lehre findet, frage ich, wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in Lehrmaterialien im Medizinstudium abgebildet werden, d. h. was Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen (sollen). Ich habe außerdem Fragen formuliert, die meine Analyse lenken sollen. Diese leiten sich einerseits von Bildungsmaterialanalysen (Fey 2014; Fuchs et al. 2014; Knecht et al. 2014; Ott 2014) und andererseits von Analyseverfahren mit dem Thema sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt (Bittner 2011; Gustke et al. 2018; Höhne und Heerdegen 2018) ab oder sind eigenständig aus dem Gesamtforschungsinteresse dieser Arbeit hergeleitet:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Lehre? Welche Formen nimmt sie an?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität und Beziehungen in der medizinischen Lehre konzipiert und verhandelt?

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Inwiefern und wie werden sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt dargestellt? Wo bleibt sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt unsichtbar?
- Was sollen Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen?
- Gibt es spezifische Inhalte zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von queeren Patient*innen?
- Welche Position(en) zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, Heteronormativität und queeren Menschen wird den Studierenden zugeschrieben bzw. nahegelegt?

5.5.2 Datenerhebung, Sampling und Korpus

Sampling der Lehrbücher

Um Lehrbücher untersuchen zu können, die tatsächlich von Studierenden verwendet werden, fragte ich die Universitätsbibliotheken der ausgewählten Universitäten, die drei größten Verlage für medizinische Fachbücher (Springer, Thieme und Elsevier), sowie Lehmanns und Amazon als größte online (Fach-)Buchhändler*innen nach den drei meist verkauften bzw. verliehenen Einführungsbänden[15] in ↗Gynäkologie, ↗Andrologie, ↗Sexualmedizin, ↗Urologie und Endokrinologie zwischen 2017 und 2021. Ich erhielt Antworten von zwei Online-Fachhändler*innen[16], zwei Verlagen und drei Universitätsbibliotheken.[17] Aus den genannten Titeln wähle ich für die Analyse die pro Disziplin meistgenannten drei[18] Bücher aus. Zu einem späteren Zeitpunkt beschloss ich, den Korpus um medizinsoziologische Lehrbücher zu erweitern und nahm drei Lehrbücher auf, die mir von den entsprechenden Studiengängen empfohlen wurden. Damit besteht der Korpus aus insgesamt 16 Lehrbü-

15 Aus den genannten Büchern schloß ich die aus, die keine expliziten einführenden oder zusammenfassenden Lehrbücher waren, sondern z. B. nur bestimmte Diagnostikverfahren erklärten.

16 Auf amazon konnte ich dies durch die ›Bestseller‹-Liste selbst erheben.

17 Für eine der Universitätsbibliotheken musste ich eine Zufallsstichprobe aus der medizinischen Lehrbuchsammlung ziehen, da solche Zahlen von der entsprechenden Bibliothek nicht erhoben werden (können).

18 In der Sexualmedizin wurden nur zwei Lehrbücher in den Korpus aufgenommen, da alle anderen Lehrbücher, die infrage gekommen waren, entweder zu alt (d. h. vor 2000 erschienen) oder keine grundlegenden Einführungen in die Disziplin waren (ein Lehrbuch fokussierte sich z. B. nur auf Sexualstraftäter*innen). In der Endokrinologie wurde von allen angefragten Stellen nur ein Lehrbuch mehr als einmal genannt. Von den übrigen Lehrbüchern waren alle, bis auf eins, zu alt für den Korpus, so dass auch für die Endokrinologie nur zwei Lehrbücher Teil des Korpus sind.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

chern. Aus diesen analysiere ich jeweils das Stichwortverzeichnis (soweit vorhanden) sowie Kapitel, die entweder explizite und spezifische Inhalte zu Geschlecht und Sexualität hatten (bspw. zu Intergeschlechtlichkeit) oder sich mit Themen beschäftigten, die für queere Personen besondere Relevanz haben (bspw. ↗HIV).

Sampling der Präsentationsfolien

Eine erste Sichtung der öffentlich verfügbaren Informationen über die Studiengänge führte zu einer Liste an Modulen, die für meine Analyse von Interesse sind, darunter Module für Gynäkologie, Urologie, Endokrinologie und Reproduktion. Anders als Lehrbücher und die AMBOSS-Plattform sind Präsentationsfolien der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Die Folien erhielt ich über verschiedene Online-Zugänge und nach E-Mail-Anfragen an die entsprechenden Studiengangsverantwortlichen bzw. -koordinator*innen. Präsentationsfolien wurden nach einer ersten Sichtung dann in den Korpus aufgenommen, wenn sie entweder explizite und spezifische Inhalte zu Geschlecht und Sexualität haben (bspw. Vorlesungsfolien zu Andrologie oder STIs) oder sich mit Themen beschäftigen, die für queere Personen besondere Relevanz haben. Insgesamt umfasst der Korpus 67 Präsentationsfoliensätze.

Sampling der AMBOSS-Inhalte

Auf der Plattform AMBOSS wurden systematisch alle Inhalte gesichtet und drei Kategorien von Inhalten für den Korpus gesichert: Grundlegende einführende Inhalte (z. B. zu ↗Ärzt*in-Patient*in-Beziehung oder zu ↗Anamnese), Sexualmedizinische Inhalte (z. B. zu STIs) und Inhalte zu Erkrankungen, die queere Personen im besonderen Maße betreffen (z. B. Suizidalität (Plöderl 2020)). Insgesamt umfasst der Korpus 70 E-Learning-Einheiten, sowie Ergebnisdokumentationen aus einer Stichwortsuche auf der Plattform.

Korpus

Im Korpus befinden sich also drei Arten von Dokumenten: Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning-Module, die aktuell im Medizinstudium in Deutschland und der Schweiz eingesetzt werden. Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang dieser Arbeit. An dieser Stelle erfolgt keine Zusammenfassung der einzelnen Diskursfragmente. Die Auswahl dieser drei Kategorien entwickelte ich im Gespräch mit Expert*innen u. a. einer Person, die gerade in Deutschland das Medizinstudium abgeschlossen hat und der emeritierten Medizinprofessorin Elisabeth Zemp aus der Schweiz. Im vorklinischen Teil des Studiums kommen Lehrbücher zum Einsatz, da sich in diesem Teil des Studiums die Inhalte kaum noch verändern. Im klinischen Teil dagegen sind die Inhalte flexibler und ver-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ändern sich schneller, wie bspw. Behandlungsrichtlinien. Daher wird in diesem Teil eher mit Präsentationsfolien und E-Learning-Inhalten gelernt, weshalb sich die Untersuchung aller drei Formate aufdrängte. Zur Auswahl der Dokumente habe ich exemplarisch vier Universitäten ausgewählt, zwei in Deutschland und zwei in der Schweiz. Die E-Learning-Plattform AMBOSS wurde ausgewählt, da zwei der ausgewählten Universitäten zu den offiziellen Partner*innen gehören. Die Vermutung, dass Studierende mit diesem Angebot lernen (oder zumindest in Lehrveranstaltungen darauf hingewiesen wird), liegt also nahe.

5.6. Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis

Um Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis analysieren zu können, führte ich zwei Gruppendiskussionen mit asexuellen Personen durch und befragte diese zu ihren Erlebnissen in der Medizin. Ich arbeite heraus, auf welche Arten und Weisen queere Patient*innen in der Medizin mit Heteronormativität konfrontiert werden, bspw. in der Analyse der Medikalisierung von Asexualität. Außerdem zeige ich auf, was das Erleben von Heteronormativität für queere Patient*innen bedeutet und welche Umgangsstrategien sie mit dieser Behandlung ggf. finden (müssen). Mit der Analyse der Erfahrungen von Patient*innen kommt in den Blick, welche Auswirkungen das generierte und erlernte heteronormative Wissen in der Behandlungspraxis hat und auch, inwiefern Heteronormativität in der Medizin ein Erklärungsansatz für die schlechtere gesundheitliche Lage und Versorgung queerer Menschen ist.

5.6.1 Analyseheuristik

Für eine exemplarische Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis entschied ich mich dafür, zwei Gruppendiskussionen mit asexuellen Personen über ihre (Marginalisierungs-)Erfahrungen im medizinischen System durchzuführen. Für die Datenerhebung nutzte ich also ein Gruppendiskussionsverfahren. Die Transkripte der Gruppendiskussionen wurden dann mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) ausgewertet. Sie wurden weiterhin durch die Analyseheuristiken erweitert, die der Soziologe Jan Kruse (2015) als Teil des integrativen Basisverfahrens vorschlägt.[19]

19 Ich habe die Verknüpfung von in Gruppendiskussionsverfahren gewonnenen Daten und Jan Kruses integrativem Basisverfahren bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Spahn 2017a).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Gruppendiskussionen[20]

Gruppendiskussionen sind keine standardisierte und fest definierte Methode. Allgemein gesprochen sind sie sozialwissenschaftliche, qualitative Verfahren, in denen eine Gruppe von ca. fünf bis 15 Personen über eine von den Forschenden vorgegebene Frage diskutiert (Mayring 2002). Sie werden u. a. häufig in der Gesundheitsforschung eingesetzt (Green 2019, S. 128). Meistens handelt es sich um eine Gruppe, die auch im Alltag besteht, deren Mitglieder sich also auch kennen (sog. Realgruppe), weil dann davon ausgegangen werden kann, »daß diese über eine gemeinsame Erfahrungsbasis verfügen« (Loos und Schäffer 2001, S. 44). Peter Loos und Burkhard Schäffer formulieren, dass die Fragestellung der Forschung nah an der gemeinsamen Erfahrungsbasis der Gruppe liegen sollte (Loos und Schäffer 2001, S. 44). Im Fokus der Untersuchung können, anders als bei anderen Methoden, die Gruppendynamiken und Interaktionen während der Diskussion als Konstitution für Meinungen, Orientierungs- und Bedeutungsmuster der Gruppe stehen (Bohnsack 2014, S. 107). In einer Gruppendiskussion werden Gruppen als Ganze untersucht, sie dient nicht dazu, individuelle Meinungen abzubilden (Loos und Schäffer 2001) – Ralf Bohnsack, Aglaja Przyborski und Burkhard Schäffer nennen dies »kollektive Orientierungen« (Bohnsack et al. 2006b, S. 7). Die von mir durchgeführten Gruppendiskussionen beschäftigten sich mit den (Marginalisierungs-)Erfahrungen asexueller Personen in der Medizin. Obwohl Gesundheitsthemen oft in Realgruppen verhandelt werden (Green 2019, S. 130), ist dies bei Marginalisierungserfahrungen nicht der Fall. Es ist allerdings naheliegend, dass solche Themen in Gruppen besser besprochen werden können als bspw. in Einzelinterviews, da die Teilnehmenden sich gegenseitig bestärken können. Außerdem verknüpfen die Teilnehmenden ihre eigenen Erfahrungen mit den Äußerungen der anderen, sodass immer wieder neue Denkanreize und Impulse gesetzt werden, die die Diskussion bereichern (Sander und Schulz 2015, S. 330; Pohontsch et al. 2018).

Ablauf von Gruppendiskussionen

Eine Gruppendiskussion wird zunächst durch einen Grundreiz des*der Diskussionsleiter*in in Gang gesetzt. Die folgende Diskussion soll möglichst ohne weitere Intervention auskommen.[21] Gerade durch diese Offenheit kann die Relevanzsetzung der Teilnehmer*innen untersucht werden – das bedeutet: die Gruppe handelt ihr konkretes Thema selbst aus, »damit diese so weitgehend wie möglich ohne

20 Bei den Gruppendiskussionen handelt es sich, anders als bei der Diskursstrang- und der Dokumentenanalyse, um reaktive Daten.

21 Gerät die Diskussion ins Stocken oder kommt zu ihrem Ende, kann der*die Diskussionsleiter*in natürlich weitere Stimuli und Fragen in den Raum geben.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

fremdgesteuerte Strukturierungsleistungen und theoretische Vorannahmen – die von außen an sie herangetragen werden – ihre subjektiven Relevanzsysteme, Deutungen und Sichtweisen verbalisieren können« (Kruse 2015, S. 148). Nach Abschluss der Gruppendiskussion wird diese transkribiert (Loos und Schäffer 2001; Mayring 2002).

Online-Gruppendiskussion

Eine der beiden Gruppendiskussionen wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie online durchgeführt. Mit der zunehmenden Digitalisierung sind die meisten Personen in Deutschland und der Schweiz mit digitalen Meeting-Plattformen vertraut, was online durchgeführte Gruppendiskussionen, z. B. über Zoom, ermöglicht (Archibald et al. 2019). Online-Gruppendiskussionen bieten einige Vorteile, darunter die Tatsache, dass die Teilnehmenden nicht anreisen müssen. Gleichzeitig kann es ungewohnt sein, mit fremden Personen in einer Videokonferenz über die eigenen (Marginalisierungs-)Erfahrungen zu sprechen (Sander und Schulz 2015, S. 338). Online-Gruppendiskussionen sollten z. B. aufgrund der erschwerten nonverbalen Kommunikation in kleineren Gruppen geführt werden (Lobe et al. 2020, S. 2). Die online geführte Diskussion erfolgte synchron als Videokonferenz (und nicht z. B. als asynchrone Chat-Diskussion) und ist daher mit einer nicht-digitalen Gruppendiskussion vergleichbar.

Verfahren

Eine der von mir geführten Gruppendiskussionen fand 2019 in Deutschland statt, die andere folgte 2022 online. An der zweiten Gruppendiskussion waren asexuelle Schweizer*innen beteiligt. Grundsätzlich verfahre ich in der Auswertung entlang dem Ablaufschema wie von Kuckartz und Rädiker (2022) für die Qualitative Inhaltsanalyse vorgegeben. Nach der initiierenden Textarbeit und der Aufstellung eines Haupt-Kategoriensystems (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 133) kodiere ich das Material ein erstes Mal – u. a., um zentrale Motive herauszustellen. Anschließend überarbeite und systematisiere ich das Kategoriensystem und entwickle induktive Subkategorien. In einem zweiten Durchgang werden die überarbeiteten Codes auf das Material angewandt. Außerdem erfolgt hierbei eine Auswahl dichter Passagen und Analysefokusse, die ich anschließend mit Jan Kruses forschungsgegenständlichen und methodischen Analyseheuristiken (2015, S. 161–165) analysiere. Zuletzt erfolgen die Verschriftlichung und Dokumentation der Analyseergebnisse.

Zu methodischen Analyseheuristiken zählen bei Jan Kruse u. a. die Agency-Analyse, d. h. eine Analyse der Handlungs- und Wirkmächtigkeit sowie der (De-)Agentivierungspraktiken auf mikrosprachlicher Ebene (Kruse 2015, S. 492–499), die Positioning-Analyse, d. h. die Positionierung der Akteur*innen in Bezug auf ihre so-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zialräumliche Funktion (Kruse 2015, S. 499–503), die Argumentationsanalyse, d. h. vor allem Legitimations- und Anerkennungspraktiken (Kruse 2015, S. 503–505) und die Metaphernanalyse. Bei dieser wird davon ausgegangen, dass Metaphern soziale Funktionen einnehmen, in dem sie unser Denken und Handeln nachhaltig beeinflussen und steuern, weswegen Regeln und Muster der verwendeten Metaphern analysiert werden (Kruse 2015, S. 505–508).

Limitationen des Zugangs

An meiner Untersuchung lässt sich also festmachen, welche Auswirkungen und Konsequenzen Heteronormativität auf queere Patient*innen, ihren Gesundheitszustand, ihre Gesundheitsversorgung und ihr Gesundheitshandeln hat. In den Gruppendiskussionen berichten mir die Teilnehmer*innen mit zeitlichen Abstand von ihren Erlebnissen als Patient*innen. Die Gruppendiskussionen stellen also einen Ort des Sprechens über das Erlebte dar; die unmittelbaren Handlungen der Ärzt*innen sind somit nicht unvermittelt zu rekonstruieren. Was ich daher analysiere, ist, wie die Patient*innen diese Begegnungen wahrgenommen haben, was sie als heteronormative Marginalisierung in der Medizin erleben und welche Konsequenzen diese Erlebnisse für sie hatten.

Leitende Fragen für die Analyse

In Bezug auf die medizinischen Behandlungspraxis interessieren mich folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität und Beziehungen in der medizinischen Behandlungspraxis konzipiert und verhandelt?
- Wie erleben queere Patient*innen den ärztlichen Umgang mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt?
- Welche Erfahrungen machen queere Patient*innen in der medizinischen Behandlungspraxis?
- Welche Folgen hat das Erleben von heteronormativer Behandlungspraxis auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das Gesundheitshandeln queere Patient*innen?

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

5.6.2 Datenerhebung

Diskussionsleitfaden, Transkription[22] und Datenschutz

Den Leitfaden[23] für die Gruppendiskussionen erarbeite ich anhand Kruses (2015) S²PS²-Verfahren. Die Einstiegsfrage ist ›Was bedeutet für euch Asexualität?‹. Damit soll den Diskutierenden die Möglichkeit gegeben werden, eine gemeinsame Diskussionskultur zu schaffen, bevor ich Fragen zu Marginalisierungserfahrungen stelle. Den Teilnehmenden wird, vor Beginn der Diskussion und bevor die Aufnahme gestartet wird, der Forschungsprozess erklärt und eine Pseudonymisierung der Daten zugesichert. In den Transkripten finden sich pseudonymisierte Namen, die die Teilnehmer*innen sich teilweise selbst ausgesucht haben. Sie durften auch bestimmen, welche Pronomen in der Analyse für sie verwendet werden. Sämtliche Namen und Orte[24] wurden in den Transkripten anonymisiert.

Da ich kein Schweizerdeutsch spreche und es nur mäßig verstehe, wenn sich zwei Schweizer*innen unterhalten, wurde ich während und nach der Gruppendiskussion mit Schweizer Teilnehmer*innen von einer studentischen Hilfskraft unterstützt, welche das Gespräch transkribierte und anschließend ins Standarddeutsche übersetzte.[25] Dabei orientierte sie sich an den Grundsätzen zur Transkription und Übersetzung, die Kruse (2015, S. 312–318) referiert. Das übersetzte Transkript habe ich in mehreren Durchgängen korrigiert. Die Transkription der Gruppendiskussionen erfolgte mithilfe der Software f4. Auch in der deutschen Gruppendiskussion wurden Dialekte ins Standarddeutsche übersetzt, um die Anonymisierung der Teilnehmenden zu gewährleisten. Die studentische Mitarbeiterin half außerdem bei der kommunikativen Validierung des Verständnisses und der Interpretation verschiedener Textstellen der schweizerischen Gruppendiskussion.[26] Ein Transkripti-

22 Die erste Gruppendiskussion wurde vollständig transkribiert, bei der zweiten wurde eine ca. 10-minütige Stelle im Transkript ausgespart, da die Teilnehmer*innen vollständig vom Thema abwichen. Daher findet sich nur eine inhaltliche Zusammenfassung dieser Stelle im Transkript.

23 Die Interviewleitfäden befindet sich im Anhang der Arbeit, ebenso wie Factsheets zu den beiden Gruppendiskussionen.

24 Orte wurden deshalb anonymisiert, da es im DACH-Raum kaum asexuelle Gruppen und Aktivist*innen gibt, so dass die Teilnehmenden sonst einfach identifizierbar gewesen wären.

25 Dieses Vorgehen, Interviews in der Schweiz auf Schweizerdeutsch zu führen und anschließend ins Standarddeutsche zu übersetzen, ist Standard in der Forschung (Kruse et al. 2012, S. 48). Spezifisch Schweizerdeutsche Redewendungen und Begriffe wurden beibehalten und mit einer standarddeutschen Übersetzung ergänzt.

26 Wie Kruse et al. (2012, S. 32) in ihrem Artikel zum Forschen in fremden Sprachen ausführen, werden hier nur solche Tätigkeiten an eine Muttersprachlerin delegiert (nämlich die Transkription und Übersetzung), die notwendig waren. Die Interviewdurchführung und Interpretation nahm ich selbst vor.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

onsindex, in dem die verwendeten Zeichen aufgeschlüsselt werden, befindet sich im Anhang der Arbeit.

5.7 Gütekriterien

Wie bei jeder Art von Forschung ist es auch hier wichtig, mir über Gütekriterien in Bezug auf meine Empirie Gedanken zu machen. Die Kriterien für gute (qualitative) Forschung sind u. a. Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit, Regelgeleitetheit und intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Um meinen Forschungsprozess zu reflektieren, orientiere ich mich an der Gütekriterien-Checkliste von Kuckartz und Rädiker (2022, S. 237–238) für qualitative Inhaltsanalysen.

Verfahrensdokumentation, Transkription und Pseudonymisierung

Alle von mir verwendeten Daten werden fixiert, d. h. sie liegen im PDF-Format vor und es existieren geschützte Sicherungskopien des gesamten Korpus. Zu beiden Gruppendiskussionen wird unmittelbar nach dem Ende des Interviews ein ausführliches Postskript erstellt. Namen und identifizierende Details der Teilnehmer*innen an den Gruppendiskussionen werden pseudonymisiert, ebenso die Herkunft der PowerPoint-Präsentationen in der Analyse der Lehrmaterialien.

Gültigkeit

Diese Arbeit untersucht Heteronormativität in der Medizin – insbesondere, wie sie sich darstellt und wie sie wirkt. Mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) können also sowohl der Inhalt von Diskurssträngen sowie Dokumenten als auch die Erlebnisse von Patient*innen erfasst und analysiert werden; damit ist die Methode dem Gegenstand angemessen. Durch die Wahl der drei verschiedenen Analyseverfahren habe ich eine große Diversität an Daten, sodass der Gegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden kann (Flick 2011). Da bei den Gruppendiskussionen auch erfasst wurde, was die Teilnehmer*innen unter Marginalisierung bzw. Heteronormativität in der Medizin verstehen, flossen in die Arbeit auch verschiedene Verständnisse des Forschungsthemas mit ein. Bei allen drei Analyseverfahren wurde das gesamte Material ausschließlich von mir kodiert (jeweils mindestens zwei Mal). Ausgewählte Beispiele aus meinen Daten sowie Entwürfe von Ergebnis-Kapiteln wurden in zwei verschiedenen Kolloquien diskutiert, in denen ich kritische und multiperspektivische Rückmeldungen erhalten habe. Dort, wo ich auf abweichende Fälle gestoßen bin, habe ich diese in meinen Ergebnissen angeführt und in meine Schlussfolgerungen einbezogen (diese also z. B. relativiert). Ich bin dem Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse und der ausge-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wählten Analyseheuristiken soweit gefolgt, wie es gegenstandsangemessen war und habe eventuelle Modifikationen dokumentiert.

Schlussfolgerungen

Welche Schlussfolgerungen kann ich nun tatsächlich aus meiner Forschung ziehen? Ich lege in dieser Arbeit einen systematisierten Vorschlag von Dimensionen und Herrschaftstechniken vor, mit denen in der Medizin Heteronormativität (re-)produziert wird. Diese Liste an Dimensionen und insbesondere von Herrschaftstechniken ist durch meinen Analysefokus beeinflusst. Während ich auf mögliche Assoziationen z. B. zwischen Heteronormativität in der Ausbildung von Ärzt*innen und einer von Heteronormativität geprägten Behandlung von Patient*innen hinweisen kann, kann ich nicht wissen, ob und inwiefern diese Phänomene tatsächlich kausal verknüpft sind.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

6. Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion

6.1 Einführung

In diesem Kapitel analysiere ich die medizinische Wissensproduktion[1] am Beispiel des medizinischen und medizinethischen Diskursstrangs zu Uterustransplantationen. Dazu führe ich eine kritische Diskusstranganalyse von 26 medizinischen und medizinethischen Fachartikeln durch. Mich interessieren dabei insbesondere folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität, Beziehungen und Familie in der medizinischen Wissensproduktion konzipiert und verhandelt?
- Wie wird in der medizinischen Wissensproduktion mit sexueller, romantischer und geschlechtllicher Vielfalt umgegangen?
- Wie wird das queerende Potential von Uterustransplantationen verhandelt?

Der Diskursstrang um Uterustransplantationen eignet sich für die Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion, da Uterustransplantationen *erstens* das Potential haben, Geschlechternormen zu ↗queeren, da auch Menschen, die keine ↗endogeschlechtlichen ↗cis Frauen sind, damit schwanger werden und gebären könnten. Das bedeutet: Uterustransplantationen tragen das Potential der De-Heterosexualisierung und Ent-Geschlechtlichung von Fortpflanzung und damit der Veränderung gesellschaftlicher Konzepte von Elternschaft und Familie in sich (Mense 2004, S. 150). *Zweitens* liegt ihnen aber auch genau deswegen das gegenteilige Potential inne, d. h. die Privilegierung bestimmter Spender*innen und Emp-

1 Ich nutze in dieser Arbeit den Begriff *Wissensproduktion* (anstatt *Forschung*), um auf den aktiven Prozess und die Praktiken der Wissensgenerierung innerhalb der Wissenschaft und die darin eingelassenen normativen Annahmen, konstitutiven Ausschlüsse, gesellschaftlichen und politischen Implikationen der Ergebnisse und machtvolle Positionierung der Forscher*innen in den Vordergrund zu rücken (vgl. Kühner et al. 2013, S. 8).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

fänger*innen, die Setzung von Reproduktionsfähigkeit und den Wunsch nach einer eigenen Schwangerschaft zu einem zentralen Kriterium für das Frau-Sein, die Zementierung von Zweigeschlechtlichkeit, die Verstärkung der Relevanz genetischer Elternschaft und die Essentialisierung von Reproduktion (Ullrich 2012, S. 322). *Drittens* sind reproduktionsmedizinische Verfahren häufig intensiven gesellschaftlichen Debatten ausgesetzt. An ihnen zeigen sich gesellschaftliche Sorgen um die Struktur und Bedeutung der (Kern-)Familie, um die Natürlichkeit von Geschlecht und Sexualität, sowie um den Schutz von Frauen und das Kindeswohl (Bleisch und Büchler 2020, S. 30–35). Oder, wie der*die Politikwissenschaftler*in Sarah Charlotte Dionisius resümiert: »Familiale Existenzweisen, die Hetero- und Cisnormativität herausfordern, sind zentrale Reibungspunkte in zeitgenössischen gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Aushandlungen« (Dionisius 2021, S. 273). Das bedeutet: Anhand der Wissensproduktion zu Uterustransplantationen lassen sich die Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiennormen der Medizin in Bezug auf Heteronormativität analysieren. Dabei lege ich in der Analyse immer wieder auch den Fokus auf den Legitimationsdruck, der sich aus diesen gesellschaftlichen Ängsten für die Forscher*innen ergibt.

Die Soziologin Mona Motakef und die Gesundheitswissenschaftlerin Sabine Wöhlke analysieren Lebendorganspenden, wie auch die meisten Uterustransplantationen es sind (s. u.), als doppelte Reproduktionsarbeit:

> »Da wir in doppelter Weise sowohl auf Selbst- und Fürsorge-Logiken als auch auf den Gedanken einer ›Herstellung‹ rekurrieren, arbeiten wir mit der Doppeldeutigkeit des Begriffs der ›(Re-)Produktion‹. Unsere These lautet, dass die Lebendorganspende eine ambivalente und vergeschlechtlichte Praxis der (Re-)Produktion darstellt« (Motakef und Wöhlke 2013, S. 98).

Im Fall von Uterustransplantationen kommt noch eine dritte Bedeutung des Begriffs Reproduktion hinzu: die Ermöglichung von Schwangerschaften. Damit analysiere ich Uterustransplantationen in einem dreifachen Verständnis als Reproduktionspraktiken.

Stand der Forschung[2]

Im Jahr 2000 wurde die erste moderne Uterustransplantation durchgeführt: Einer saudi-arabischen Frau, die bei Komplikationen einer vorherigen Geburt ihren Uterus verloren hatte, wurde ein neuer Uterus eingepflanzt; dieser musste aber wegen Komplikationen wieder entnommen werden, bevor eine Schwangerschaft möglich war. 1998 äußerte eine schwedische Patientin den Wunsch nach einer

2 In dieser Analyse wurden Studien mit Tieren nicht berücksichtigt.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Uterustransplantation und setzte damit das Unterfangen eines schwedischen Forschungsteams in Gang: Nachdem die Operation zunächst bei Tieren perfektioniert worden war, konnten in Schweden bis 2015 neun Transplantationen an Menschen durchgeführt werden, wovon sieben erfolgreich waren. Das erste Kind, das einer Uterustransplantation geboren wurde, kam 2015 zur Welt (Brännström et al. 2015). Andere klinische Studien fanden später u. a. an der Baylor Clinic in Dallas sowie der Cleveland Clinic in den USA statt (Biba 2018). Auch in Deutschland und der Schweiz sind klinische Studien zu Uterustransplantationen geplant bzw. werden bereits durchgeführt – so in Zürich, Erlangen, Tübingen und Heidelberg. In Tübingen wurden bspw. 2019 zwei Kinder durch eine Uterustransplantation geboren (Büchler und Schlumpf 2017, S. 2). Bis 2021 wurden weltweit mindestens 31 Kinder durch Uterustransplantationen geboren (Richards et al. 2021, S. 2251). Uterustransplantationen entwickeln sich derzeit als Behandlungsmethode von der experimentellen Phase hin zu einer etablierten Behandlungsmethode, die nicht mehr nur in klinischen Versuchsreihen durchgeführt wird (Richards et al. 2021, S. 2251).

Die Empfänger*innen

Die durch die Montreal-Kriterien (s. u.) definierten Empfänger*innen einer Uterustransplantation sind cisgeschlechtliche Frauen[3], die *erstens* ihren Uterus aufgrund von Krankheit oder Unfällen verloren haben, deren Uterus *zweitens* aufgrund von Krankheiten oder Unfällen nicht ›funktionsfähig‹, d. h. schwangerschaftsunfähig, ist oder die *drittens* das ↗*Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom* (MRKH) haben. Der Überbegriff für diese drei Gruppen ist *(A)UFI – (absolute) uterine factor infertility* – sie sind also unfruchtbar aufgrund ihres (fehlenden) Uterus. Ich fokussiere mich in dieser Analyse besonders auf Frauen mit MRKH-Syndrom, da diese die größte Gruppe der Empfänger*innen ausmachen. Während außerdem einige Forschung das MRKH-Syndrom als *Disorder of Sexual Development* (DSD) konzipiert, d. h. als Form von Intergeschlechtlichkeit (exemplarisch: Hosseinirad et al. 2021), wird in anderen Forschungsartikeln MRKH explizit von DSD bzw. Intergeschlechtlichkeit abgegrenzt (exemplarisch: Herlin et al. 2020).[4] Die Deutung von MRKH-Pati-

3 Ich spreche hier von Frauen, da laut sozioökonomischen Daten der untersuchten Studien alle Empfänger*innen Frauen waren (s. u.) und da meine These ist, dass die Empfänger*innen durch die Uterustransplantationen materiell und symbolisch zu Frauen gemacht werden – ihre Weiblichkeit also eine hohe Bedeutung hat. Es ist allerdings möglich, dass auch nichtgeoutete nicht-binäre Personen oder trans Männer unter den Empfänger*innen waren.

4 Wie der Soziologe David Andrew Griffith (2018) am Beispiel des ↗Turner-Syndroms und des ↗Klinefelter-Syndroms darstellt, ist die Klassifikation dessen, was als Intergeschlechtlichkeit gilt, grundsätzlich wandelbar und wird zu verschiedenen Zeiten aus verschiedenen Gründen jeweils anders getroffen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ent*innen als nicht-intergeschlechtlich ist auch in Selbsthilfegruppen von MRKH-Betroffenen verbreitet, wie der*die Aktivist*in Maddie Rose problematisiert:

> »Our society suggests women are only ›real women‹ if they can have penetrative sex to fulfill men's sexual needs, and can carry and birth babies in their own uterus. This results in many people feeling put on the defensive about being ›enough‹ of a woman […] They [die Teilnehmer*innen einer MRKH-Selbsthilfegruppe; AS] often avoided any language they thought could contradict womanhood —like ›intersex‹« (Rose 2020, o. S.).

Die Positionierung als endogeschlechtlich untermauert auch den Anspruch auf Reproduktionstechnologien bzw. Uterustransplantationen (Rose 2020). Damit ergibt sich um das MRKH-Syndrom Definitionsarbeit, die die Forscher*innen leisten müssen: Definieren sie MRKH-Patient*innen als Frauen oder als intergeschlechtlich?[5] Und welche Folgen hat diese Zuschreibung?

Zwei der analysierten Studien untersuchten die psychosozialen Effekte der MRKH-Diagnose auf die Patient*innen. Diese waren bis zur Diagnose davon ausgegangen, endogeschlechtliche Frauen zu sein, d. h. einen Uterus zu haben. Die Diagnose bedeutete für sie eine Verschlechterung des (sexuellen) Selbstbewusstseins, insbesondere in Bezug auf die damit einhergehende Unfruchtbarkeit (Järvholm et al. 2020, S. 1856). Außerdem durchliefen die Betroffenen häufig einen Trauerprozess (Richards et al. 2019, S. 32). Manche Betroffene berichten davon, sich nicht ganz als Frau fühlen zu können, und von Problemen in romantischen Beziehungen. Ihre (potentiellen) Partner*innen gingen davon aus, dass sie Kinder bekommen können und beendeten ggf. die Beziehung, wenn sie von der Unfruchtbarkeit der Betroffenen erfuhren (Richards et al. 2019, S. 27). Dass MRKH-Patient*innen mit diesen Schwierigkeiten wenig Unterstützung erhalten, wird auch daran ersichtlich, dass alleine die Teilnahme an den untersuchten Studien einen positiven Effekt auf ihre psychische Gesundheit hatte: »One important aspect of being included in the UTx [Uterus Transplantation, AS] trial was that they were able to meet other women in the same situation as themselves and to feel included in a kind of sisterhood« (Järvholm et al. 2020, S. 1859). Hier zeigt sich eine Festschreibung der Autor*innen des MRKH-Syndroms auf Unglück, Trauer und darauf, dass Frauen ohne Uterus unvollständig sind. Andere Perspektiven, also z. B. Frauen mit dem MRKH-Syndrom, die glücklich sind, kommen nicht zu Wort. Dies liegt an zwei Aspekten: Zum einen sind die vorgestellten Artikel keine Forschung zu den psychosozialen Auswirkungen des MRKH-Syndroms, sondern zu Frauen,

5 Es gibt selbstverständlich auch Menschen, die beides sind: intergeschlechtliche Frauen. Dies ist aber in der medizinischen Denkweise unmöglich, weswegen ich es entsprechend formuliere.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

die sich für eine Uterustransplantation interessieren, d. h. die unter dem Fehlen des Uterus leiden. Zum anderen untermauern die beiden Artikel die Wichtigkeit von Uterustransplantationen und müssen daher den Regeln des Diskursstrangs gehorchen und die Legitimität von Uterustransplantationen absichern.

Die Spender*innen

Die Uteri, die verpflanzt werden, stammen von lebendigen oder verstorbenen Organspender*innen. In dieser Analyse wurden ausschließlich Studien mit Lebendspenden berücksichtigt, da für die Analyse bspw. die Motivation und psychosozialen Auswirkungen auf die Spender*innen untersucht werden sollten; was bei Todspenden so nicht möglich gewesen wäre. Bei Lebendspenden handelt es sich meistens um enge Verwandte – spezifisch die Mütter bzw. gebärenden Elternteile der Empfänger*innen. Das Alter des*der Spender*in spielt dabei keine Rolle (d. h. es ist unwichtig, ob der*die Spender*in bereits in der ↗Menopause ist), einige klinische Versuchsreihen nahmen aber nur Uteri von Spender*innen an, die bereits schwanger waren und ein lebendes Kind zur Welt gebracht haben.

Die Operation(en)

Während für die Spender*innen eine Uterustransplantation nur aus einer – dafür aber im Vergleich längeren und komplexeren – Operation, nämlich einer ↗Hysterektomie besteht, bedeutet das Verfahren für die Empfänger*innen (mindestens) vier medizinische Eingriffe: Der erste Eingriff stellt das Einpflanzen des Uterus dar. Nach drei bis sechs Monaten, wenn über Hormongaben ein regelmäßiger Menstruationszyklus erreicht wurde, wird der empfangenden Person in einem zweiten Eingriff ein (durch In-Vitro-Fertilisation (↗IVF) gezeugter) Embryo[6] implantiert. Die Geburt erfolgt immer als Kaiserschnitt (dem dritten Eingriff), wofür es mehrere Gründe gibt (Biba 2018): ↗Neovaginas, wie viele MRKH-Patient*innen sie haben, sind nicht für Geburten ausgelegt. Weiterhin hat der transplantierte Uterus keine Verbindung zu den Beckennerven, was eine normale physiologische Geburt verunmöglicht. Zusätzlich dazu hielten die Nähte zwischen Vagina und Uterus einer vaginalen Geburt vermutlich nicht stand (Büchler und Schlumpf 2017, S. 9). Mit einer Uterustransplantation können auch mehrere Schwangerschaften (und damit mehrere Embryonen-Transfers und Kaiserschnitte) durchgeführt werden. Der letzte Eingriff ist schließlich die Entnahme des transplantierten Uterus. Dies wird durchgeführt, da die empfangende Person andernfalls lebenslang ↗Immun-

6 Eine Schwangerschaft ist nur über IVF möglich, da zwischen einem transplantierten Uterus und den Eierstöcken keine Verbindung hergestellt wird (Sifferlin 2016).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

suppressiva einnehmen müsste, die die Abstoßung des transplantierten Uterus verhindern (Biba 2018).

Montreal-Kriterien

Die Montreal-Kriterien sind ein Vorschlag für einen internationalen Standard für die ethische Durchführung von Uterustransplantationen, die 2013 veröffentlicht wurden (Lefkowitz et al. 2013). Sie beinhalten u. a. den Ausschluss von trans Frauen als Empfängerinnen für eine Uterustransplantation, sowie die Prüfung der Mutterschaftstauglichkeit der Empfänger*innen. Wie sich in der Analyse zeigt, ist der Ausschluss von trans Frauen als Empfängerinnen im Diskursstrang ein umkämpftes Thema.

6.2 Beschreibung der Diskursfragmente und des Diskursstrangs[7]

Ich betrachte in dieser Untersuchung nur einen bestimmten Diskursstrang: humanmedizinische und medizinethische Artikel und Studien, da der Fokus dieser Arbeit auf der Medizin liegt. Beteiligte Disziplinen an diesem Diskursstrang sind insbesondere die ↗Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, ↗Nephrologie, Psychiatrie, ↗Endokrinologie, Intensivmedizin, Rechtswissenschaften, Bioethik und Philosophie. Als Diskursknotenpunkte stellen sich einige Personen heraus, die nicht nur Erst-Autor*innen ihrer eigenen Artikel sind, sondern auch als Co-Autor*innen bei Artikeln anderer Forschungseinrichtungen fungieren und damit den Diskursstrang maßgeblich prägen, darunter insbesondere Mats Brännström (Universität Göteborg), Rebecca Flyckt (Cleveland Clinic), Liza Johanneson (Baylor University Medical Centre) und Guiliano Testa (Baylor University Medical Centre).[8] Die untersuchten Artikel sind in insgesamt 16 verschiedenen Journals erschienen, das am häufigsten vertretene Journal ist *Fertility&Sterility* mit fünf Artikeln. In wenigen Fällen werden die Artikel im Editorial des Journals erwähnt (insofern diese überhaupt ein Editorial haben) – auch sehr selten finden sich mehrere Beiträge zu Uterustransplantationen im selben Journal. Nur einmal sind Uterustransplantationen das Schwerpunktthema der Ausgabe. Die Artikel sind vor allem den folgenden Textsorten zuzurechnen: Fallstudien, Reviews, Erfahrungsberichte, Kriterien und Richtlinien, Umfragen und Evaluationen, sowie ethische und rechtliche Analysen

7 Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang der Arbeit.

8 Wie in der Medizin üblich, wurden die meisten der untersuchten Studien von einem Autor*innen-Team verfasst: Die von mir untersuchten Diskursfragmente aus der Medizin haben zwischen drei und 22 Autor*innen, die medizinethischen Studien ein*e oder zwei Autor*innen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

rund um Uterustransplantationen. Die Objekte der Artikel sind die Spender*innen und Empfänger*innen der transplantierten Uteri, die selbst in der Regel nicht in den Artikeln zu Wort kommen – mit Ausnahme zweier qualitativer Interview-Studien (Richards et al. 2019; Järvholm et al. 2020). Die Artikel decken eine Vielzahl von Unterthemen ab, bspw. Immunsuppression, Partnerschaft, IVF oder Leihschwangerschaft.

Der untersuchte Diskursstrang ist rein akademisch, das bedeutet, dass nur Studien untersucht wurden, die von Wissenschaftler*innen verfasst wurden. Die Artikel referieren selbst auch ausschließlich auf andere wissenschaftliche, medizinische Forschungsartikel – mit Ausnahme der medizinethischen Artikel (Murphy 2015; Daar und Klipstein 2016; Kreß 2016; Robertson 2016a, 2016b; Hegde 2017; Hammond-Browning 2019), die sich teilweise auch auf journalistische Quellen beziehen. Insgesamt scheint dieser Diskursstrang von anderen (wie bspw. dem journalistischen) abgekapselt zu sein – neues Wissen wird in diesem Zirkel generiert und beinahe auch nur in diesem Zirkel rezipiert; andere, auch wissenschaftliche Disziplinen werden kaum beachtet.

Die Artikel zielen darauf ab, das imaginierte Publikum (s. u.) zu informieren, z. B. über Operationstechniken, Diagnostik von Komplikationen etc. für die weitere Erforschung (und zukünftig breite Anwendung) von Uterustransplantationen. Außerdem berichten die Artikel von Erfolgen und ›lessons learned‹ der Studien und stoßen Diskussionen an. Die Artikel sind nicht für die potentiellen Patient*innen (Spender*innen und Empfänger*innen) und ihre Angehörigen gedacht und dienen auch nicht der Aufklärung einer interessierten Öffentlichkeit. Das intendierte Publikum der Artikel sind andere Wissenschaftler*innen, spezifisch forschende und/oder praktizierende Ärzt*innen. Ohne spezifisches Vorwissen und ein Verständnis für die Modalitäten des Diskurses sind die untersuchten Diskursfragmente weder auffindbar noch verständlich.

Da es sich bei den untersuchten Artikeln ausschließlich um in wissenschaftlichen Zeitschriften erschienene Artikel handelt, sind die Modalitäten rund um den Aufbau, Stil, Sprecher*innenpositionen etc. sehr spezifisch. Das Veröffentlichen in wissenschaftlichen Zeitschriften, ganz besonders im naturwissenschaftlichen, medizinischen Bereich folgt klaren Regeln und Vorgaben: So weisen viele der medizinischen Artikel dieselbe (verpflichtende) Struktur für Forschungsartikel (Introduction, Methods, Results, Discussion) auf (Taylor 2005, S. 196–209), während die medizinethischen Artikel und die Umfragen, Formalisierung, Kriterien und Richtlinien sowie Reviews einer freieren Gliederung folgen (meistens mit Einleitung, thematisch gegliedertem Hauptteil und Schluss). Wie in Artikeln aus naturwissenschaftlichen Fächern üblich werden z. B. Forschungsstand oder Ergebnisse oft in Tabellen dargestellt. Auch enthalten die meisten untersuchten Artikel Grafiken, insbesondere Produkte diagnostischer Bildgebungsverfahren (↗3D-Sonographie, ↗MRT, ↗CT, ↗Doppler-Sonographie) sowie Illustrationen, Schemata und Fotografien. Die Foto-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

grafien sind Aufnahmen aus den Operationen und veranschaulichen hauptsächlich Operationstechniken.

Die Journals und ihre Veröffentlichungsrichtlinien und Politiken sowie die Medizin als ganze sowie ihre Subdisziplinen als einzelne sind die Arenen der Macht (Jäger 2015, S. 38), unter deren Regeln die Artikel veröffentlicht werden (können). Forschung, die diesen Regeln nicht gehorcht, wird nicht publiziert und ist für diese Analyse unsichtbar und nicht analysierbar. Dies gilt auch für die erwähnten Sagbarkeitsfelder (vgl. Kapitel 5.4.1) – wie ich zeigen werde, müssen die Autor*innen strategisch argumentieren und ihre Arbeit begründen, um am Diskurs als Sprecher*innen teilhaben zu können.[9] Dazu gehört, dass die Forscher*innen in den Artikeln nicht über sich selbst sprechen, sondern in der vermeintlich neutralen Forscher*innen-Rolle verbleiben. Damit werden sie und ihre Eingebundenheit in gesellschaftliche Machtverhältnisse, wie ihr Status als Mediziner*innen gegenüber den Spender*innen und Empfänger*innen und ihre (unbewussten) heteronormativen Vorannahmen, unsichtbar. Sie sind also gerade nicht neutral oder objektiv, sondern machtvolle Subjekte, die diesen Diskurs prägen.

6.3 Definitionen, Definitionsmacht und Vorannahmen

Ich arbeite für die Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion in diesem Kapitel drei exemplarische Herrschaftstechniken heraus, in denen Heteronormativität sich zeigt sowie reproduziert und ideologisch durchgesetzt wird. Im ersten Schritt beschreibe ich, wie in den untersuchten Studien Geschlecht und Familie definiert und essentialisiert werden.

6.3.1 Geschlechterdefinitionen

In den untersuchten Studien werden die Spender*innen und Empfänger*innen jeweils als endogeschlechtliche und cisgeschlechtliche Frauen imaginiert bzw.

9 Die Literaturwissenschaftlerin Claire Stubber und die Psychologin Maggie Kirkman argumentieren in ihrem Artikel »The Persistence of the Frankenstein Myth« (2016), dass sowohl Organtransplantationen als auch Reproduktionstechnologien in der gesellschaftlichen Diskussion von der Angst geprägt sind, ›verrückte‹ Wissenschaftler*innen würden durch ihre Hybris die Grenzen zwischen Leben und Tod verwischen: »Organ transplantation and surrogate motherhood both entail violations of Natural law; extending and creating life are facets of scientific endeavor that intrinsically appropriate the realm of the divine or Nature« (Stubber und Kirkman 2016, S. 32). Uterustransplantationen sind beides: Organtransplantationen und eine Reproduktionstechnologie. Mit den Beobachtungen von Stubber und Kirkman lässt sich meines Erachtens erklären, wieso Uterustransplantationen für die Forscher*innen derart erklärungsbedürftig sind.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

als solche hervorgebracht. Dies hängt maßgeblich mit den Montreal-Kriterien zusammen, die Empfänger*innen ausschließen, die nicht »genetic female« sind (Lefkowitz et al. 2013, S. 924). Diese Kriterien können als heteronormative Textur interpretiert werden, als eine Materialisierung, die Heteronormativität annimmt. Aus den Bestimmungen der Kriterien ergeben sich zwei Grenzen, die die Autor*innen der Studien ziehen müssen: Zum einen müssen sie argumentieren, dass die Empfänger*innen (insbesondere diejenigen mit MRKH-Syndrom) nicht inter-, sondern endogeschlechtlich sind, um deren Anspruch auf die Uterustransplantationen zu untermauern, und zum anderen müssen sie cis und trans Frauen voneinander abgrenzen, um den Ausschluss von trans Frauen aufrechtzuerhalten.

Cis- und endonormative Geschlechterdefinition

Ich argumentiere in dieser Analyse, dass der Uterus (und die mit ihm einhergehende Möglichkeit des Schwanger-Werdens) in diesem Diskursstrang der zentrale Marker für Weiblichkeit ist: Am Vorhandensein eines Uterus wird festgemacht, ob eine Person ›richtig‹ weiblich ist. In den untersuchten Artikeln wird das MRKH-Syndrom vor allem als eins der Abwesenheit oder des Fehlens eines Uterus definiert (Lefkowitz et al. 2013, S. 925; Daar und Klipstein 2016; Robertson 2016b, S. 69; Api et al. 2017, S. 234; Wei et al. 2017, S. 347; Richards et al. 2019, S. 23; Järvholm et al. 2020, S. 1856) – mit der Implikation, dass Frauen eigentlich einen Uterus haben. Damit wird Geschlecht in den untersuchten Studien endonormativ und cisnormativ definiert. In den Studien von Richards et al. (2019) und Järvholm et al. (2020) berichten potentielle Empfänger*innen bspw., dass sie sich ohne einen Uterus, ohne Menstruationszyklus und die Möglichkeit, schwanger zu werden, nicht als ›richtige‹ Frauen fühlen.[10] Sowohl für die Empfänger*innen, als auch für die Forscher*innen, die diese Darstellung nicht kritisch einordnen, ist ein Uterus also eine Voraussetzung für das Frausein.

Essentialisierung von Geschlecht

Die Verbindung des Uterus mit Weiblichkeit bedeutet auch, dass die Entnahme des Uterus bei den Spender*innen ein kritisches Moment ist: So verhandelt Hammond-Browning (2019, S. 1324) die Frage, ob die Spender*innen unter dem Verlust des Uterus als »symbol of femininity« leiden würden. Auch Robertson (2016b, S. 72)

10 In einem Artikel von Jones et al. (2019, S. 154) zu den anatomischen Gegebenheiten, potentiellen Operationstechniken und Medikamentenregimen etc., die Uterustransplantationen bei trans Frauen bedeuten würden, wird Menstruation als ein intrinsischer Teil von Weiblichkeit beschrieben und argumentiert, dass trans Frauen daher der Zugang zu Uterustransplantationen ermöglicht werden sollte.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

schreibt: »there may still be symbolic and psychological meaning for the donor because she is providing the actual organ of gestation«. Damit wird neben der endo- und cisnormativen Definition von Weiblichkeit auch eine *Essentialisierung* von Geschlecht vorgenommen. Unter Essentialisierung verstehe ich die Reduzierung einer Person(engruppe) auf ein oder mehrere bestimmte, angeblich natürliche oder ursprüngliche Merkmale, die das Wesen dieser Person(engruppe) grundlegend definieren. Essentialisierung ist häufig die Voraussetzung für *Othering* und dient grundsätzlich der Absicherung und Reproduktion gesellschaftlicher Machtverhältnisse: »Eine essentialistische Denkweise kann eine systematisierende und hierarchisierende Funktion erfüllen, wodurch existierende Statusunterschiede wie Privilegierung/Diskriminierung natürlich und unveränderbar erscheinen« (Mega 2018, S. 45). Frau-Sein wird in den Artikeln auf die Existenz eines Uterus und Gebärfähigkeit reduziert; gleichzeitig wird Reproduktion als natürlicher und intrinsischer Wunsch von Frauen beschrieben. So schreibt Murphy: »Gestation can play a key role in expressing and consolidating a female identity« (Murphy 2015, S. 392). Schwangerschaft als sozialer Marker kann also wichtig für den Ausdruck einer weiblichen Identität sein, da eine Frau so sichtbar Weiblichkeitsnormen erfüllen kann. Mutterschaft wird aber nicht nur als rein genetische und natale Verbindung zwischen zwei Personen konzipiert, sondern auch emotional aufgeladen. Frauen ist damit in diesem Diskursstrang nicht nur Gebärfähigkeit inhärent (vgl. Heitzmann 2017, S. 8), sondern auch Mutterliebe[11] (vgl. Büchler und Schlumpf 2017, S. 10). Diese Mutterliebe gilt – da Frauen grundsätzlich auf eine sexistische Weise als irrational und emotional konzipiert werden (s. u.) – in den untersuchten Artikeln als überbordend: Daar und Klipstein überlegen in ihrem Artikel bspw., ob ein*e Empfänger*in sich den Uterus bei Komplikationen während der Schwangerschaft (z. B. bei einer Abstoßungsreaktion) wieder entnehmen lassen würde. Dies würde den Tod des Fötus bedeuten; eine Nicht-Entnahme aber ggf. den Tod des*der Empfänger*in. Den Empfänger*innen wird unterstellt, ihr Kinderwunsch sei so groß, dass sie dafür ihr eigenes Leben in Gefahr bringen würden (Daar und Klipstein 2016, S. 385).

Biologische Frauen und trans Individuen

Mit der Definition des Uterus als zentralem Marker für Weiblichkeit geht eine Unterscheidung zwischen cis und trans Frauen einher. In den Artikeln geht das noch tiefer; nämlich auf die genetische Ebene: So unterscheidet Hammond-Browning in

11 Dabei ist Mutterschaft im Sinne des liebevollen Aufziehens, sowie der tiefen emotionalen Bindung zu einem Kind, eine moderne Entwicklung und Konstruktion (Bernard 2014, S. 301–309; Büchler und Schlumpf 2017, S. 10; Thiessen 2019).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ihrem Artikel zwischen »biological females«, womit sie cisgeschlechtliche und endogeschlechtliche Frauen meint, und »transgender women« (2019, S. 1322). In den Montreal-Kriterien wird zwischen »genetic females« und »males or trans individuals« (Lefkowitz et al. 2013, S. 924) unterschieden. Interessant ist hier die Gegenüberstellung von »females« und »women«, die einer biologistischen Definition von Cisgeschlechtlichkeit und Weiblichkeit Vorschub gibt: während der Begriff »women« ausschließlich für Menschen genutzt wird, kann der Begriff »female« auch für Tiere oder Pflanzen gelten. Anstatt also z. B. den Begriff »cisgeschlechtlich« zu nutzen (einzige Ausnahme: Hammond-Browning (2019, S. 1322)), wird die Unterscheidung anhand von biologistischen Deutungen getroffen. MRKH-Patient*innen werden so als biologisch weiblich (und damit nicht-intergeschlechtlich) definiert und damit von trans Frauen abgegrenzt. Sowohl trans- als auch intergeschlechtliche Frauen werden damit geothert und nicht als ›richtige‹ Frauen anerkannt.

Neben der Absicherung innerhalb institutionalisierter Zwänge der Reproduktionsmedizin wird hier durch die Autor*innen eine als natürlich imaginierte, heteronormative Ordnung geschützt und aufrechterhalten, in der nur Frauen schwanger werden und in der es neben männlich und weiblich keine weiteren Geschlechter gibt. Dies geschieht vermutlich, um einer gesellschaftlichen Debatte rund um den Verlust von Natürlichkeit in der Reproduktionsmedizin vorzubeugen (vgl. Bleisch und Büchler 2020, S. 32–33). Murphy (2015, S. 396) wirft bspw. in seinem Artikel die Frage auf, ob eine Schwangerschaft durch einen Mann überhaupt als solche bezeichnet werden kann, da dieser nach der Geburt nicht die Mutter seines Kindes wäre: »unless we are prepared to confer the title of ›mother‹ on gestating men at the point of birth, then they are not pregnant people, properly speaking, but only gestating men«. Schwangerschaft wird damit ausschließlich mit Weiblichkeit und Mutterschaft verknüpft, was einem Bild cisnormativer und heteronormativer Reproduktion Vorschub leistet.

6.3.2 Familiendefinition

Neben Geschlecht wird in den untersuchten Artikeln auch Familie und Verwandtschaft heteronormativ definiert und essentialisiert. Das mache ich im Folgenden zum einen daran fest, dass die Autor*innen erwarten und voraussetzen, dass die Empfänger*innen in ›heterosexuellen, romantischen Beziehungen leben und zum anderen an der Verknüpfung nataler, genetischer, rechtlicher und sozialer Elternschaft, die in den Artikeln vorgenommen wird.

Die Autor*innen der Artikel diskutieren an mehreren Stellen, ob es eine Voraussetzung sein sollte, dass die Empfänger*innen in romantischen Beziehungen leben (exemplarisch: Robertson 2016b, S. 70). Begründet wird die Vorgabe mit der notwendigen emotionalen Unterstützung und der Samenspende bei der IVF-Prozedur (Hammond-Browning 2019, S. 1321). Hierbei handelt es sich um eine

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

amatonormative Vorgabe. Das bedeutet: Die Autor*innen der Studien gehen davon aus, dass alle Menschen in romantischen Beziehungen sind (oder sein wollen) und dass eine romantische Beziehung emotionale Stabilität im Leben der Empfänger*innen bedeutet. Die Annahme, dass Partner*innen der Empfänger*innen eine Samenspende leisten können (Brännström et al. 2016, S. 262; Richards et al. 2019, S. 8), lese ich ebenfalls als heteronormative Annahme. Hierbei wird angenommen, dass die als Frauen imaginierten Empfänger*innen in romantischen Beziehungen mit Menschen leben, die Spermien produzieren. Diese werden als cis Männer imaginiert. Manche Autor*innen sprechen sich aber auch dafür aus, dass Empfänger*innen in (gleichgeschlechtlichen) Beziehungen mit Frauen und Empfänger*innen ohne romantische Beziehung eine Uterusspende empfangen können (Hammond-Browning 2019, S. 1322). Sollten die Empfänger*innen in einer romantischen Beziehung leben, schlagen Järvholm et al. (2018, S. 2642) eine umfassende Evaluation der Beziehung vor, u. a. in Bezug auf die Länge der Beziehung, das Alter der Partner*innen, das Bildungsniveau und die emotionale Bindung zwischen den Partner*innen, um gute Elternschaft für das entstehende Kind sicherzustellen. Dabei soll auch analysiert werden, ob es in der Beziehung Konflikte rund um die Entscheidung für eine Uterustransplantation gegeben habe oder ob der*die Partner*in auf den*die Empfänger*in Druck ausübe (Robertson 2016b, S. 75; Järvholm et al. 2018, S. 2642–2643; Richards et al. 2019, S. 25). Grundsätzlich ist es eine übliche und sinnvolle Vorgabe der Ärzt*innen, die psychische Gesundheit und den sozialen Rückhalt der Empfänger*innen zu beachten. Allerdings ist dies auch ohne hetero- und amatonormative Erwartungen möglich, indem die Empfänger*innen grundsätzlich dahingehend evaluiert werden, ob sie durch ihr soziales Umfeld (Freund*innen, Familie, Beziehungspartner*innen) Unterstützung erfahren.

In den untersuchten Studien wird Elternschaft als gleichzeitig genetisch, natal, rechtlich und sozial verstanden. Ich mache dies vor allem an der angenommenen Beziehung zwischen den Spender*innen und Empfänger*innen – die als Mutter-Kind-Beziehung konzipiert wird – fest. Diese Annahme verstehe ich ebenfalls als eine Textur, die Heteronormativität annehmen kann. Die Elternteile, die die Empfänger*innen geboren haben, werden in den Artikeln mehrfach als natürliche oder erste Wahl für eine Uterusspende bezeichnet (Brännström et al. 2015, S. 614; Brännström et al. 2016, S. 266; Nakazawa et al. 2019, S. 5). Denn: Die Mutter als Spenderin sei »past her fertile period, shares at least half of the histocompatibility antigens with the recipient, and has proven functionality of the uterus by giving birth to the recipient« (Brännström et al. 2016, S. 266). In dieser Begründung wird *erstens* angenommen, dass die gebärenden Elternteile von erwachsenen Kindern in der Menopause sind, was nicht der Fall sein muss, z. B. wenn die Schwangerschaft in jungem Alter erfolgte. *Zweitens* wird eine genetische Verwandtschaft zwischen Eltern und Kindern angenommen (dabei könnten die Empfänger*innen auch das Produkt einer Eizellspende sein); *drittens* wird angenommen, dass eine Mutter ihr Kind immer

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

selbst geboren haben muss, womit Adoptiv-, Co- und Stiefmutterschaft nicht beachtet werden. In dieser Formulierung zeigt sich eine heteronormative Imagination von Familie als genetischer Verwandtschaft. Damit einher geht auch, dass als Ziel von Uterustransplantationen das Gründen einer genetisch miteinander verwandten Familie konzipiert wird (Robertson 2016a, S. 715; Hammond-Browning 2019, S. 1323; Nakazawa et al. 2019, S. 3). Diese Koppelung von nataler, genetischer, rechtlicher und sozialer Elternschaft (vgl. Teschlade et al. 2020, S. 9) und die Unsichtbarmachung von alternativen Familienmodellen ist in der Reproduktionsmedizin weit verbreitet und dient der argumentativen Absicherung und Legitimation der Reproduktionstechnologien als harmlos und wirkungsvoll. Wie Andrea Maihofer herausstellt, unterliegt das gesellschaftliche Bild der Familie aktuell einer »paradoxen Gleichzeitigkeit von Wandel und Persistenz« (Maihofer 2014, S. 314). Einerseits flexibilisiert sich das Familienbild – Regenbogenfamilien, Alleinerziehende, uneheliche Kinder werden immer weiter normalisiert, andererseits sind auch heute noch Ehe, Heterosexualität, ›natürliche‹ Fortpflanzung und Familie eng miteinander verbunden und wirken affektiv weiter (Maihofer 2014, S. 315).

Mit den Uterustransplantationen sollen aber nur spezifische Personen zu Eltern gemacht werden: Järvholm et al. empfehlen bspw., den ökonomischen Status möglicher Empfänger*innen in Betracht zu ziehen, da die mit der Transplantation verbundenen Kosten für die Empfänger*innen zu hoch sein könnten[12] (Järvholm et al. 2018, S. 2642; vgl. Testa et al. 2017b). Ebenso sollen nur Empfänger*innen mit bestimmten Bildungsabschlüssen in Betracht gezogen werden (Järvholm et al. 2018, S. 2642). Järvholm et al. argumentieren, dass diese Maßnahme darauf abzielt, dass die Empfänger*innen die Risiken der Transplantation auch verstehen können. Hier zeigt sich trotzdem, dass Uterustransplantationen gezielt für eine kleine Gruppe entwickelt werden – cisgeschlechtliche Akademikerinnen aus der Mittel- und Oberschicht – und dass andere, weniger privilegierte Personen durch dieses Verfahren nicht schwanger werden und sich fortpflanzen sollen.

Diese Tendenz ist auch in den sozio-ökonomischen Daten der Empfänger*innen in verschiedenen Studien zu finden: In der Studie von Järvholm et al. (2020, S. 1857) haben von neun Empfänger*innen sechs einen universitären Abschluss, und insgesamt acht eine feste Stelle, während die neunte Empfängerin noch studiert. Außerdem haben von den neun Empfänger*innen acht keinen Migrationshintergrund. Die Empfänger*innen sind also eine privilegierte, gebildete, ökonomisch gut gestellte Gruppe. In der Studie von Richards et al. (2019, S. 26) sind von 19 Teilnehmer*innen 73,7 % *weiß*, die anderen Teilnehmer*innen sind hispanic (10,5 %), other (5,2 %) oder gaben auf diese Frage keine Antwort (10,5 %). Die Teilnehmer*innen

12 Da es sich um klinische Studien handelt, entstehen für die Empfänger*innen meistens keine Kosten für die Uterustransplantationen. Die notwendige(n) IVF-Prozeduren müssen aber ggf. selbst bezahlt werden.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sind zu 52,6 % verheiratet und zu 42,1 % in einer Beziehung – damit ist nur eine Teilnehmerin single.

6.4 Symbolische und materielle Herstellung von Weiblichkeit

Ich möchte argumentieren, dass die Empfänger*innen durch die Uterustransplantation sowohl materiell als auch symbolisch zu Frauen gemacht werden. Auch die Spender*innen werden als und zu Frauen diszipliniert. Hieran zeigt sich, dass die Spender*innen und Empfänger*innen – die ja als nicht-queer markiert sind, sondern eigentlich Normen zu Geschlecht und Sexualität entsprechen – ebenfalls aktiv in heteronormative Vorgaben z. B. zu Geschlecht normiert werden müssen, um Heteronormativität als Ideologie und Struktur aufrecht zu erhalten. Es wird auch die Künstlichkeit und der Legitimationsbedarf von Heteronormativität deutlich. Durch das Einfügen von Menschen in heteronormative Vorgaben wird Heteronormativität materialisiert, reaffirmiert, bleibt bestehen und bildet die Voraussetzung für die weitergehende Normierung von Menschen in das vorgegebene Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiensystem.

6.4.1 Die Spender*innen

Die Spender*innen als unmündige, beeinflussbare und fremdbestimmte Patient*innen

Die Spender*innen werden, so meine These, vor allem dadurch symbolisch zu Frauen gemacht, indem sie als solche behandelt werden. Das wird in den Ein- und Ausschlusskriterien der analysierten Studien ersichtlich: Mehrere Studien betonen, dass die Spender*innen ihre eigene Kinderplanung abgeschlossen haben und postmenopausal sein sollten (exemplarisch: Järvholm et al. 2018, S. 2643) – als wäre den Spender*innen nicht klar, dass sie durch die Entnahme ihres Uterus nicht mehr schwanger werden können. In mehreren Studien müssen die Partner*innen der Spender*innen außerdem der Hysterektomie zustimmen (exemplarisch: Brännström 2013) bzw. die Spender*innen sollen sich überlegen, ob potentiell neue Partner*innen nicht doch gerne Kinder haben würden:

> »For living donors in a relationship, it is of utmost importance to discuss family planning, especially if still of childbearing age. Understanding where the donor and her partner are in terms of completing their family is critical. […] An additional area of contemplation is how the donor may feel in the event of an unexpected or anticipated change in the current relationship (ie, death, divorce) and the subsequent potential relationship with a new partner who may want children. Similarly, for women of childbearing age without a partner, it is important to dis-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

cuss the possibility of later having a partner who wants children« (Järvholm et al. 2018, S. 2643).

Das heteronormative Geschlechterverhältnis wird hier reproduziert – insbesondere, da die Spender*innen als heterosexuelle cis Frauen imaginiert werden und ihre Partner*innen als heterosexuelle cis Männer. Selbstverständlich ist es wichtig, dass Patient*innen umfassend aufgeklärt und vor einer so bedeutsamen medizinischen Prozedur sichergestellt wird, dass sie über die Konsequenzen nachgedacht haben.[13] Gleichzeitig wirkt diese Aufklärung sexistisch, insbesondere in Bezug darauf, ob potentielle neue Partner*innen einen Kinderwunsch haben könnten, den die Spender*innen erfüllen wollen würden. Die Wünsche und Bedarfe der Spender*innen werden hier als weniger wichtig erachtet werden als jene zukünftiger Partner*innen.

Diese Positionierung der Spender*innen, zum einen in Bezug auf ihre Partner*innen, deren Wünschen sie sich unterordnen sollen, und zum anderen in Bezug auf ihre Ärzt*innen, von denen sie paternalistisch über die Konsequenzen einer Uterusspende aufgeklärt werden, führt dazu, dass die Spender*innen als unmündige, leicht beeinflussbare Patient*innen erscheinen, die keine selbstbestimmten und informierten Entscheidungen über ihre Körper, Beziehungen und Wünsche treffen können.

Schutzbedürftigkeit der Spender*innen

Aus der Positionierung der Spender*innen als unmündig, beeinflussbar und fremdbestimmt folgt, dass ihnen eine große Schutzbedürftigkeit zugeschrieben wird. Sie sollen, wie nachfolgend ausgeführt u. a. vor sozialem und familiärem Druck, ihrem eigenen Altruismus, ihrem eigenen Geltungsbedürfnis und vor der Illusion, sie seien die Mütter der entstehenden Kinder, geschützt werden.

Erstens: Mehrere Autor*innen weisen darauf hin, dass die Spender*innen, wenn sie die Mütter der Empfänger*innen sind, vor familiärem Druck geschützt werden müssen: »mothers of UFI [Uterine Factor Infertility, AS] patients may feel compelled to volunteer for this high risk procedure despite potential risks to themselves« (Flyckt et al. 2018, S. 92). In der Studie von Nakazawa et al. (2019, S. 1) geben 32,3 % der befragten Frauen an, sich eine Uterusspende an ihre Tochter vorstellen zu können und 36,7 % der Männer geben an, ihre Frauen bitten zu wollen, als Spender*innen für ihre Töchter zu fungieren. Diese Antworten zeigen durchaus einen möglichen familiären Druck an – gleichzeitig handelt es sich um ein hypothetisches Szenario

13 Diese Maßgabe wird in der Medizin als *Informed Consent* bezeichnet, d. h. dass Patient*innen einem Eingriff nur mit dem Wissen aller notwendigen Informationen, z. B. über Risiken und Alternativen, zustimmen sollen (Buser et al. 2011, S. 253).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

für die Befragten in der Studie. Bei Hammond-Browning (2019, S. 1324) geht diese Befürchtung des familiären Drucks so weit, dass sie grundsätzlich skeptisch ist, wenn eine Mutter (oder eine andere nahe Verwandte) sich dazu bereit erklärt, einen Uterus zu spenden: »If the donor is a relative, then particular care must be taken with donor consent as there is a risk of emotional pressures and coercion within the familial enviroment as well as societal pressures«.

Zweitens: Altruismus als Motivation der Spender*innen wird von einigen Autor*innen kritisch betrachtet. So schreibt Hammond-Browning (2019, S. 1324): »The willingness of women to act altruistically and subject themselves to risks when there is no corresponding medical benefit to them is admirable, yet should raise concerns«. Es ist ihr ein besonderes Anliegen, wenn die Empfänger*in des Uterus nicht mit der spendenden Person verwandt ist, den Altruismus zu hinterfragen (Hammond-Browning 2019, S. 1324–1325). Altruismus als Motivation der Spender*innen wird kritisch gegenübergestanden (vermutlich aufgrund der Vermutung sozialen bzw. familiären Drucks), aber auch nicht-altruistische Motivationen werden als illegitim markiert (s. u.). Weiblichkeit – und damit insbesondere Mütterlichkeit – konstituieren sich dadurch, Risiken und Schmerzen zum Wohlergehen anderer (insbesondere der eigenen Kinder) auf sich zu nehmen (vgl. Motakef 2011): »Donors will incur longer and larger burdens than any other living organ or tissue donor, while recipients will [not, AS] benefit from longer life but a richer and more fulfilling one« (Robertson 2016b, S. 79). Vor diesen Schmerzen und Belastungen wollen die Autor*innen die Spender*innen schützen.

Drittens: Auch eine andere Form der Motivation erscheint den Autor*innen der Studien verdächtig. Järvholm et al. (2018, S. 2644) betonen, dass »careful assessment of potential ulterior motives […] is another fact to consider« und warnen davor, dass die Spender*innen sich durch die Spende für die Medienöffentlichkeit interessant machen wollen. Die Spende soll also nicht aus dem Wunsch nach Aufmerksamkeit und Selbstvermarktung erfolgen. Hier zeigt sich – wie so oft bei gesellschaftlichen Anforderungen an Frauen – dass es keine akzeptable Motivation gibt. Wie immer sich die Spender*innen präsentieren, sie haben mit Kritik zu rechnen und sie werden grundsätzlich als schwach, beschützenswert, beeinflussbar und abhängig positioniert.

Viertens: Robertson (2016b, S. 72) fordert eine psychologische Beratung für die Spender*innen, »so that the donor does not believe that she is ›the mother‹ of the child simply because she has provided the organ essential for the recipient's reproduction«. Ähnliches findet sich auch bei Kreß:

> »Sollte schließlich tatsächlich ein Kind geboren werden, kommen potentiell konfliktträchtige Familien- und Beziehungsstrukturen zustande. Dies kann etwa dann gegeben sein, wenn die Großmutter des Kindes durch die Hergabe ihrer Gebärmutter zugleich in gewisser Weise dessen Mutter ist und sie deshalb (Vor-)Rech-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

te bei der Erziehung des Kindes und Umgang mit ihm beansprucht« (Kreß 2016, S. 127).

Wie auch Stubber und Kirkman (2016, S. 43) in ihrer Analyse herausarbeiten, sind Frauen[14], die ihre Reproduktionsfähigkeit (z. B. bei Leihmutterschaft – aber ich würde argumentieren, dass dies auch für eine Uterusspende gilt) nicht für sich selbst, sondern für andere einsetzen, grundsätzlich verdächtig. Dies liegt in der Zuschreibung von unkontrollierbarem Mutterinstinkt und überbordender Mutterliebe, die die Frauen nicht überwinden können. In den Artikeln wird ein Bild von Frauen als irrational festgeschrieben, die ohne professionelle Hilfe ihre Rolle im Prozess der Organspende nicht verstehen können und wollen. Stattdessen müssen sie vor Fehlschlüssen geschützt werden.

Mütterliche Rolle

Teil der symbolischen Herstellung von Weiblichkeit der Spender*innen ist, so möchte ich argumentieren, dass ihnen (unabhängig von der tatsächlichen genetischen, natalen, sozialen und rechtlichen Beziehung) eine mütterliche Rolle in Bezug auf die Empfänger*innen zugeschrieben wird. Eine Mutter scheint für die Autor*innen nicht nur aufgrund der angenommenen genetischen Verwandtschaft die beste Option als Spenderin zu sein: Zusätzlich wird ihr zugeschrieben, dass sie bereit ist, für ihr Kind Schmerzen und Risiken auf sich zu nehmen. Dieses Narrativ der Aufopferung für ein Kind findet sich bei Flyckt et al. (2018, S. 92).: »Mothers may go to any length to alleviate their child's suffering, regardless of personal risk«. Und auch bei Wei et al. (2017, 355) findet sich diese Auffassung: »To ensure the success of uterine transplantation, with the priceless mother's love, the mother choose [sic!] to undergo an elective radical surgical procedure with the known significant risks«. Mutterliebe wird hier dadurch ausgedrückt, (vermeidbare)[15] Schmerzen und Risiken auf sich zu nehmen, um das Lebensglück des Kindes zu garantieren. Den Spender*innen wird eine überbordende Mutterliebe zugeschrieben, die sie sogar selbst in Gefahr bringt, indem sie die Risiken der Operation auf sich nehmen.[16] Dies

14 Da gesellschaftlich davon ausgegangen wird, dass Menschen, die schwanger werden können, Frauen sind, benutze ich den Begriff hier so.

15 Ich bezeichne diese Schmerzen hier deshalb als vermeidbar, da *erstens* die Hysterektomie ausschließlich für die Spende geschieht und nicht zu anderen Zwecken und somit für den*die Spender*in ›unnötig‹ ist und *zweitens* die Hysterektomie zum Zweck der Spende komplizierter, länger und risikoreicher ist als eine Standard-Hysterektomie.

16 Auch dies ist etwas, wovor die Spender*innen geschützt werden sollen. So warnt Sayani Mitra davor, dass mit Lebend-Uterusspenden an ein eigenes Kind eine weitere vergeschlechtlichte Verantwortung an Mütter aufkommt (Mitra 2021, S. 281).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lässt sich gut auf die Beobachtungen von Motakef und Wöhlke (2013) beziehen: Organspende wird als Teil einer mütterlichen Pflicht der Aufopferung und des Leben-Schenkens gesehen und das Kind als Teil der mütterlichen Leiblichkeit verstanden. Schwangerschaft, Geburt und Organspende sind in diesem Verständnis Teil einer Kontinuität: »Gerade Mütter erklären, dass sie ihren Kindern bereits einmal das Leben geschenkt haben. Wieso sollten sie ihnen nicht noch einmal Leben schenken?« (Motakef 2011, S. 215).[17] Motakef und Wöhlke analysieren ein Interview einer Mutter, die ihrem Kind eine Niere spendete, und arbeiten daran heraus, dass die Mutter das Kind als Teil der eigenen Leiblichkeit versteht und dass sie eine direkte Linie von der Schwangerschaft zur Organspende für das Kind zieht: »Frau Thymen hat ihr Kind zwar auf die Welt gebracht, allerdings nicht ›vollständig‹. In dieser Lesart liefert sie eine gesunde Niere nach« (Motakef und Wöhlke 2013, S. 103). Dieses Verständnis findet sich, wie ich gezeigt habe, auch in den untersuchten Artikeln.

Die Organspende kann damit für spendende Mütter als Selbstverständlichkeit erlebt werden und Reflektionen über die Vermeidung von Schmerzen und körperlicher Unversehrtheit treten in den Hintergrund (Motakef 2011, S. 197). Cornelia Schadler (2013, S. 292–297) beschreibt in ihrer Studie den Übergang von werdenden Eltern von einem Kinder- zum Erwachsenenstatus. Letzterer zeichnet sich durch die Verantwortungsübernahme für einen anderen Menschen aus. Die Mütter als Spenderinnen schenken also nicht nur ihren Kindern und Enkel*innen das Leben, sondern helfen ihrem Kind, den symbolischen Status eines Erwachsenen zu erreichen.

Auch wenn die Autor*innen jeweils betonen, dass die Spender*innen nicht die Mütter der durch die Uterustransplantation entstehenden Kinder sind, so wird hier dennoch ein starkes Mutterschaftsbild, das auf Selbst-Aufopferung und Hingabe beruht, aufgerufen. Die Spender*innen sind entweder tatsächlich die genetischen, natalen, juristischen und/oder sozialen Mütter der Empfänger*innen oder nehmen über diese Konstruktion eine mütterliche Rolle gegenüber ihnen ein. Sie werden durch ihre Spende zu Müttern gemacht, weil sie Schmerzen und Opfer für das Glück einer anderen Person auf sich nehmen. Hier wird also auf dreifache Weise eine mütterliche Beziehung zwischen den Spender*innen und den Empfänger*innen im Diskurs konstruiert: Zum ersten sind die Spender*innen oft genetische und juristische Mütter der Empfänger*innen, zum zweiten verstünden sie oft den Akt der Spende eines Organs als Kontinuum von Schwangerschaft und Geburt, bei dem ein fehlendes oder ›defektes‹ Organ später ›nachgereicht‹ wird und zum dritten wird den Spender*innen durch die Übernahme (unnötiger) Schmerzen für die Verbesserung der Lebensqualität der Empfänger*innen Mütterlichkeit zugesprochen. Die Spender*innen werden also durch den Akt der Spende und die damit

17 Wobei das (Über-)Leben der Empfänger*innen nicht von der Spende eines Uterus abhängt, dagegen aber das Leben eines (genetischen) (Enkel-)Kindes.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

verbundenen Konnotationen in eine weibliche Rollenerwartung eingefügt, die mit Aufopferung und Leben-Geben assoziiert ist.

6.4.2 Die Empfänger*innen

Materielle Herstellung von Weiblichkeit

Neben der symbolischen Herstellung von Weiblichkeit durch die Behandlung als weiblich (s. u.) werden die Empfänger*innen auch materiell zu Frauen gemacht – und zwar durch die Uterustransplantation: In einem Artikel, der bezeichnenderweise den Untertitel »The joys and frustrations of becoming a ›complete‹ woman« trägt (Järvholm et al. 2020), werden die Einstellungen und Gefühle der Empfänger*innen nach erfolgter Uterustransplantation erhoben. Die Empfänger*innen stellen heraus, dass der Uterus ihre Körper vervollständige (»making their bodies complete« (Järvholm et al. 2020, S. 1858))[18], was sie daran festmachen, dass sie, wie alle anderen Frauen [sic!], auf eine Schwangerschaft hoffen können (Järvholm et al. 2020, S. 1859). Die Teilnehmer*innen der Studie von Richards et al. (2019, S. 31) berichten, dass sie die Uterustransplantation nach der MRKH-Diagnose und der damit einhergehenden psychischen Probleme und dem niedrigen Selbstbewusstsein als heilsam erleben. Die Empfänger*innen motiviert auch die soziale Position des Schwanger-Seins und des Erfüllens von heteronormativen Weiblichkeitsnormen. Die Empfänger*innen werden – so Järvholm et al. – durch den Uterus eine Frau ›wie alle anderen‹: »Having a uterus, and so becoming like every other woman, was experienced as both joyful and stressful« (Järvholm et al. 2020, S. 1859; vgl. Lefkowitz et al. 2013, S. 925). Die Empfänger*innen beschreiben bspw., dass der Uterus und insbesondere ein Menstruationzyklus wichtig für ihr Selbstbewusstsein gewesen sei (Järvholm et al. 2020, S. 1859). Der Uterus mache die Empfänger*innen also erst zu (›richtigen‹) Frauen, da sie durch die Transplantation cis- und endonormativen Weiblichkeitsnormen entsprechen. Mit Cornelia Schadler (2013) gesprochen, können Uterustransplantation daher als Herstellung einer Heteromaterialität interpretiert werden. Das bedeutet: Mit einer Uterustransplantation wird ein Körper hergestellt, der heteronormativen Vorgaben von Weiblichkeit und spezifisch der Reproduktionsfähigkeit entspricht. Aus dieser Herstellung von Weiblichkeit und der Befähigung zu einer Schwangerschaft folgen dann sich reproduzierende Grenzziehungen, Positionierungen und Praktiken, die den entstehenden heteronormativ-weiblichen Körper als solchen festschreiben (Schadler 2013, S. 321). Dies ist auch insofern spannend, als dass die Spender*innen, wie ich herausgearbeitet habe, vor dem sozialen Druck geschützt werden sollen, ihren Uterus zu spenden. Ähnliche Argumentationen, die po-

18 Komplementär berichtet eine Studienteilnehmerin in der Studie von Richards et al. (2019, S. 29), dass sie sich ohne Uterus gebrochen bzw. unvollständig (»broken«) fühlt.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tentielle Empfänger*innen vor dem sozialen Druck bzw. normativen Weiblichkeitsanforderungen schützen sollen, finden sich in den Artikeln nur ein einziges Mal: Robertson (2016b, S. 75) befürchtet, dass das internalisierte Frauenbild der Empfänger*innen zu deren Motivation für eine Uterustransplantation beitragen kann: »Another fear is that the desire for transplant may be driven by an internalized stereotype that a woman is not whole unless she bears and rears her own child, no matter how great the risk this poses to her or the donor's health and that of the fetus/child to be«.

Allerdings ist das Ziel von Uterustransplantationen in den Studiendesigns nicht die Herstellung einer weiblichen Selbstidentifikation, sondern die Ermöglichung von Schwangerschaften und die damit verbundene Herstellung von Mutterschaft. Ich möchte argumentieren, dass eine einmal hergestellte Mutterschaft das unvollständige Frau-Sein der Empfänger*innen *erstens* konsolidiert und damit *zweitens* überlagert, d. h. nachdem die Empfänger*innen geboren haben, kein Zweifel mehr an ihrer Weiblichkeit besteht. Die Uterustransplantation ist Teil einer Transitionsphase hin zu Mutterschaft, weswegen die Entnahme des Uterus bei den Empfänger*innen unkritisch ist, wenn bereits ein Kind geboren wurde. Wie Järvholm et al. (2020, S. 1858) herausstellen, berichten die Empfänger*innen zwar, dass der Uterus eine wichtige Rolle in der Herstellung einer weiblichen Selbstidentität gehabt habe – dies sei aber nicht das eigentliche Ziel der Transplantation gewesen: »the main goal was to achieve parenthood, not womanhood«. Durch die Spende seien sie zu Müttern geworden, so dass der Uterus nun keine Rolle mehr spiele und die eigene Weiblichkeit noch intakt sei (Järvholm et al. 2020, S. 1858). Deshalb sei die weibliche Selbstidentität auch dann noch gültig, wenn der Uterus wieder entnommen werde: »They stressed that without the uterus they still felt complete as women« (Järvholm et al. 2020, S. 1859).[19] Für die Empfänger*innen sei es normal, auch nach der (Wieder-)Entnahme des Uterus keinen Uterus zu haben. Durch die Spende verändern sich aber ihre Selbstwahrnehmung, die Sexualität und das Körpergefühl (Järvholm et al. 2020). Kritisch sei die Uterusentnahme für die Empfänger*innen, die nicht schwanger wurden oder die Fehlgeburten erlitten (Richards et al. 2019, S. 32; Järvholm et al. 2020, S. 1860).

Symbolische Herstellung von Weiblichkeit

Wie auch die Spender*innen werden die Empfänger*innen durch paternalistische Behandlung und Passivierung symbolisch zu Frauen gemacht. In ihrer Studie zur

19 Der Artikel widerspricht sich an dieser Stelle selbst: Einerseits wird argumentiert, dass nach der Entnahme des Uterus die Empfänger*innen nun immer noch als ganze Frauen fühlen, andererseits, dass sie sich durch die Entnahme wieder ganz normal bzw. wie vorher fühlen würden (Järvholm et al. 2020, S. 1859–1860).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Soziologie der Schwangerschaft beobachten Hirschauer et al. (2014), wie zeugende Elternteile und medizinisches Personal im Diskurs eine aktive Rolle einnehmen, während schwangere Personen als passiv und Leben-schenkend positioniert werden. Dies geht mit einer Vergeschlechtlichung einher: »Schwangere werden durch eine *Passivierung* ihres Beitrags zur Fortpflanzung gewissermaßen zu Frauen gemacht« (Hirschauer et al. 2014, S. 266 [HiO]; vgl. Freeman 2015). Wie auch bei den Spender*innen müssen die Partner*innen der Empfänger*innen in mehreren Studien der Uterustransplantation zustimmen (Ozkan et al. 2013, S. 471; Brännström et al. 2016, S. 262; Wei et al. 2017, S. 347). Im Fall der schwedischen Studie muss der Partner der Patientin sogar bei der Uterusentnahme nach der erfolgreichen Schwangerschaft zustimmen (Brännström et al. 2015, S. 615). Auch hier werden die als Frauen imaginierten Empfänger*innen von den Entscheidungen ihrer (als männlich imaginierten) Partner*innen abhängig gemacht und erscheinen unfähig, selbstbestimmte Entscheidungen über ihre Körper treffen zu können.

6.5. Repronormativität und Repronormierung

6.5.1 Begriffsbestimmung

Ich konzipiere Repronormativität bzw. -normierung als eine spezifische Erscheinungsform von (heteronormativer) Disziplinierung. Der Begriff der Repronormativität wurde zunächst von der feministischen Juristin Katherine M. Franke entwickelt. Sie forderte 2001 in einem Essay, Mutterschaft einer ebensolchen kritischen Analyse zu unterziehen wie Heterosexualität und »[t]he centrality, presumption, and inevitability of our responsibility for children« kritisch zu hinterfragen (Franke 2001, S. 183). Nadyne Stritzke und Elisa Scaramuzza fassen das Konzept der Repronormativität in Anlehnung an Nina Degeles (2005) Konzeption von Heteronormativität folgendermaßen zusammen:

> »Thus, repronormativity is defined by four characteristics. First, binary gendered, heterosexual procreation is *naturalized* by declaring it a biological necessity that becomes self-evident. Second, cultural practices and institutions that are generated by repronormativity are reproduced *unconsciously*. Third, repronormativity is *institutionalized*, in other words, it is not only internalized and reproduced by individuals, but also by social institutions. Fourth, along with these social processes of institutionalization comes a *reduction of complexity*« (Stritzke und Scaramuzza 2016, S. 146).

Repronormativität bezeichnet also die gesellschaftliche Annahme, dass alle Menschen Kinder haben wollen und werden. Repronormativität trifft besonders (*weiße*,

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

heterosexuelle, nicht-behinderte…) Frauen (hornscheidt 2015, S. 110) und verknüpft normative Erwartungen an vergeschlechtlichte Körper mit normativen Erwartungen an Reproduktion(-sfähigkeit). So wird, mit der Rechtswissenschaftlerin Theresa Richarz (2019, S. 67) gesprochen, das Vorhandensein eines Uterus mit Gebärfähigkeit, Weiblichkeit und (potentieller bzw. zukünftiger) Mutterschaft gleichgesetzt. Repronormierung verstehe ich als eine spezifische Form der Disziplinierung, bei der Menschen in normativ definierte Reproduktionserwartungen eingefügt werden. Das geschieht bspw., wenn von trans Frauen erwartet wird, eine ↗Orchiektomie durchführen zu lassen, um sich nicht auf eine ›falsche‹ Weise fortpflanzen zu können oder bei der Erwartung, dass alle trans Frauen Interesse an einer Uterustransplantation haben, um auf eine normative Weise Kinder bekommen zu können.

6.5.2 Naturalisierung und Essentialisierung des Kinderwunschs

Kinder bekommen (zu können) wird in den untersuchten Artikeln als fundamentales, existenzielles und essentielles Kriterium des Menschseins verhandelt. Das zeigt sich z. B. an diesem Zitat aus dem Artikel von Beckmann et al. (2017, S. 389): »Die Sehnsucht nach einem Kind gehört wesentlich zum Menschen, das Streben nach ihrer Erfüllung zu den grundlegenden Merkmalen der menschlichen Existenz«. Die Begriffe ›grundlegend‹ und ›Existenz‹ deuten darauf hin, dass die Autor*innen den Kinderwunsch als fundamentales Kriterium für das Menschsein konzipieren. Andreas Bernard (2014, S. 120) schreibt über das Wort ›Kinderwunsch‹, dass dieses »inzwischen wie ein zu überwindendes [↗]Krankheitssymptom gebraucht wird«. Bernard arbeitet in seiner Analyse auch heraus, dass ein Kinderwunsch für ungewollt kinderlose Personen zur Existenzfrage werde und diese Sehnsucht nach einem Kind das ganze Leben bestimme (Bernard 2014, S. 442). Der Kinderwunsch wird in den untersuchten Artikeln naturalisiert und essentialisiert: »What LDUTx [Live Donor Uterus Transplantation, AS] accomplishes is the natural desire of many women to become a biological mother« (Testa et al. 2017a, S. 914). Damit geht einher, dass Menschen, die keine Kinder wollen (die in den untersuchten Artikeln nicht in Erscheinung treten) nicht als vollständige Menschen konstruiert werden – das Zitat von Testa et al. bildet hier (»many women«, nicht »all women«) eine Ausnahme. Järvholm et al. (2020, S. 1860) erheben die Gefühle und Einstellungen der Uterus-Empfänger*innen nach den Operationen und merken an: »The fact that they could now hope for pregnancy and motherhood like everyone else meant that a big obstacle was gone«. »Wie alle anderen« macht deutlich, dass in diesem Denkstil alle anderen Menschen auf eine Schwangerschaft und Elternschaft hoffen.

Zu diesem allen Menschen unterstellten Kinderwunsch gesellt sich das Argument, dass die Nicht-Erfüllung des Kinderwunsches schwerwiegende physische und psychische Konsequenzen haben kann: »Dabei stellt die Erfüllung eines Kinderwunsches einen wesentlichen Anteil der Lebensqualität dar, und durch ungewollte

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-SA

Kinderlosigkeit kommt es zu einer merklichen Einschränkung des physischen wie des psychischen Wohlbefindens« (Beckmann et al. 2017, S. 389). Ein nicht-erfüllter Kinderwunsch wird also mit psychischen und physischen Krankheiten, geringem Selbstwertgefühl bzw. mit Stigmatisierung und (daraus folgendem) Leiden in Verbindung gebracht; Järvholm et al. verknüpfen (den Begriff der) Unfruchtbarkeit mit Verlust (»loss[…]«), Verletzbarkeit (»vulnerability«) und Trauma (»trauma«) (Järvholm et al. 2018, S. 2643; vgl. Daar und Klipstein 2016; Beckmann et al. 2017; Flyckt et al. 2018; Järvholm et al. 2020). Dies zeigt sich auch durch den Begriff ›Sehnsucht‹ im Zitat von Beckmann et al. oben: Sehnsucht impliziert als Metapher einen so starken Wunsch, dass es sich um einen pathologischen Zustand (Sucht) handelt. (Ungewollte) Kinderlosigkeit gilt in den Artikeln außerdem als ein Kampf bzw. als beschwerlicher Weg. Die Patient*innen »streben« nach dieser Erfüllung (Beckmann et al. 2017, S. 389), sie nehmen Risiken auf sich (Flyckt et al. 2018, S. 91), sie geben alles (»they had tried their utmost«, (Järvholm et al. 2020, S. 1860)) und sie überwinden Hindernisse (Järvholm et al. 2020, S. 1860). Die Erfüllung des Kinderwunsches ist dagegen mit sehr viel positiveren Begriffen belegt: Ein lange existierender, sehnlicher Wunsch, eine lange gehegte Hoffnung geht in Erfüllung (Beckmann et al. 2017, S. 389; Järvholm et al. 2020, S. 5) und sorgt so für eine emotionale Katharsis »to experience the ultimate supreme feeling of childbirth« (Hegde 2017, S. 311), bzw. das magische Erlebnis von Geburt und Mutterschaft: »the ›magical‹ experience of motherhood« (Hegde 2017, S. 310).

Kinder bekommen zu wollen ist also in diesem Diskursstrang nicht nur ein sehnlicher Wunsch, sondern ein fundamentales, menschliches Bedürfnis, von dem die Gesundheit der Leidenden abhängt. Ein unerfüllter Kinderwunsch wird von den Autor*innen der Studien medikalisiert, also als Problem konstruiert, das von Mediziner*innen und durch medizinische Intervention zu lösen ist. Damit werden argumentativ Uterustransplantationen zur *Therapie* von AUFI erklärt (vgl. Hegde 2017, S. 309). Es scheint eine Legitimierungsstrategie für Uterustransplantationen zu sein, dass die Autor*innen der Studien ungewollte Kinderlosigkeit und Unfruchtbarkeit derart emotionalisieren und darstellen. Schließlich handelt es sich um medizinische Eingriffe, die erhebliche Risiken bedeuten, aber nicht (über-)lebensnotwendig sind. In der Darstellung der Forscher*innen sind Uterustransplantationen aber deswegen wichtige Forschung, da sie Leiden verringern und die psychische und physische Gesundheit der Patient*innen verbessern. Dabei werden allerdings Menschen unsichtbar gemacht, die keinen Kinderwunsch verspüren. In einer heteronormativen Gesellschaft wird also nicht nur davon ausgegangen, dass alle Menschen endogeschlechtlich, cisgeschlechtlich, heterosexuell, allosexuell, ↗alloromantisch und ↗monosexuell sind, sondern auch, dass alle Menschen einen Kinderwunsch haben. Ein Teil heteronormativer Disziplinierung besteht dementsprechend darin, Menschen in diese spezifische Form und Vorstellung von Familie(-ngründung) zu normieren.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

6.5.3 Vergeschlechtlichte Repronormierung

Die Repronormierung trifft, wie ich im Folgenden darstelle, ganz besonders Frauen. In der Reproduktionsmedizin wird Weiblichkeit häufig biologisiert bzw. cisnormativ definiert (d. h. an bestimmte Organe wie Brüste, Uterus und Eileiter gebunden) und der Wunsch nach Schwangerschaft und Mutterschaft essentialisiert (also zu einem zentralen, inhärenten Kern von Weiblichkeit erklärt). Dies arbeiten z. B. Hirschauer et al. (2014, S. 267) in ihrer Soziologie der Schwangerschaft heraus: »Sie [die biomedizinische Sichtweise, AS] konzipiert Frauen als hormonell bestimmte Gattungswesen, die durch die Schwangerschaft gewissermaßen zu ihrer natürlichen Bestimmung kommen, also zu dem werden, was ihre Geschlechtszugehörigkeit für sie vorsieht«. Frauen werden permanent in ihrer Reproduktionsfähigkeit angesprochen und damit überhaupt erst zu Frauen gemacht: »Die Gesellschaft adressiert die stillschweigende aber mächtige Erwartung ihrer eigenen generationellen Fortsetzung primär an Frauen, und umgekehrt wird das Frausein wesentlich durch diese Erwartung bestimmt: Eine Frau ist, wer Kinder kriegen kann und kriegen wird« (Hirschauer et al. 2014, S. 264).

So bezeichnen Testa et al. (2017a, S. 914) Schwangerschaft und Mutterschaft als natürlichen Wunsch vieler Frauen. Api et al. (2017, S. 234) zitieren eine Vorschrift der International Federation of Obstetrics and Gynecology, die es als unethisch auffasst, jungen Frauen den Uterus zu entnehmen, die nicht »the desired number of children« hätten. Für wen hier die gewünschte Anzahl an Kindern geboren werden sollte (Patient*in? Ärzt*innen?), wird bei Api et al. nicht ausgeführt. Lefkowitz et al. (2013, S. 924) schreiben: »Furthermore, we do not believe that, ethically, a nulliparous woman, who has by her own volition never desired to bear children, should be rejected as a potential donor on this basis«. Auffällig an diesem Satz sind die zahlreichen Verneinungen – sie deuten auf die starke soziale Norm hin, die hier implizit verhandelt wird: Frauen wollen und sollen Kinder gebären – die Betonung der Ausnahme hier stärkt die Norm, anstatt sie zu dekonstruieren. Die Rechtswissenschaftlerinnen Andrea Büchler und Eva Schlumpf analysieren die Essentialisierung des Kinderwunschs und Vergeschlechtlichung von Reproduktionsarbeit treffend:

> »Nur die Frau, welche das Kind selbst zur Welt bringt, erfüllt die Anforderungen an das Muttersein. Die Funktionalisierung des weiblichen Körpers bezieht sich nicht nur auf das Muttersein, sondern auch auf das Mutterwerden. Die Möglichkeit, ein Kind auf die Welt zu bringen, wird als Teil weiblicher Identität betrachtet. Unfruchtbarkeit führt zur Enttäuschung einer privaten und gesellschaftlichen Erwartung« (Büchler und Schlumpf 2017, S. 13).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Das Leiden an der Kinderlosigkeit wird in den Artikeln ebenfalls vergeschlechtlicht (vgl. Mense 2004) – es sind Frauen, die an Kinderlosigkeit leiden und die den Wunsch verspüren, Kinder zu bekommen (Daar und Klipstein 2016, S. 384).

Zentral an Repronormierung ist also die Annahme, dass alle Menschen, ganz besonders aber Frauen, einen Kinderwunsch haben und Eltern werden wollen. Die untersuchten Studien nutzen repronormative Argumente, um die Legitimität ihrer Forschung abzusichern, normieren aber im selben Schritt Frauen und Menschen allgemein. Wie sich zeigt, werden auch Menschen repronormiert, die heteronormativen Vorgaben zu Geschlecht und sexueller Orientierung entsprechen.

6.5.4 Repronormierung von trans und inter* Personen

Wie geht nun aber der Diskursstrang zu Uterustransplantationen mit trans und intergeschlechtlichen Personen und deren Reproduktionswünschen um? Nadyne Stritzke und Elisa Scaramuzza (2016, S. 141) schreiben in ihrem Artikel zu trans und inter Personen und Schwangerschaft: »The question of pregnancy is either a lived or a painfully and violently denied corporeality for trans* and intersex people«.

Zunächst ist die Reproduktionsmedizin als ein von Heteronormativität durchzogener Raum zu verstehen. In ihrem Artikel ›Space invaders: queer and trans bodies in fertility clinics‹ geht die Aktivistin und Soziologin Rachel Epstein auf die Situation von queeren, insbesondere trans Patient*innen in der Reproduktionsmedizin ein. Sie beschreibt diese als heteronormativen Raum, in dem nicht-cisgeschlechtliche und nicht-heterosexuelle Personen unintelligibel sind: »Bodily secretions, bodily productions and body parts are routinely linked to sexed and gendered bodies, normative sexual orientations and predictable (heterosexual) practices« (Epstein 2018, S. 1041). Auch Sarah Charlotte Dionisius (2021, S. 106) arbeitet in seiner*ihrer Dissertation zu queeren Praktiken der Reproduktion heraus, dass die ↗sexuelle Orientierung der lesbischen Befragten »innerhalb des heteronormativ strukturierten Kliniksettings eine Störung der ›Matrix der Intelligibilität‹« darstellt. Für die Reproduktionsmedizin gilt, wie Epstein (2018, S. 1047) herausstellt: »Body parts=gametes=sex=gender=sexual orientation=sexual practice«. Es kommt also in der Reproduktionsmedizin zu einer unhinterfragten, heteronormativen Gleichsetzung von Genitalien, ↗Gameten, Geschlecht, Geschlechtsidentität und -rolle, sexueller Orientierung und ausgeübten sexuellen Praktiken. Die Reproduktionsmedizin sei, so Epstein, hyper-vergeschlechtlicht und hyper-heterosexualisiert, z. B. indem alle Personen, die potentiell schwanger werden können als ›mommy‹ angesprochen werden und Personen, die Spermien produzieren können, als heldenhafte Männer gedeutet werden: »women patients applaud when a man visits the donation room and returns with his sample in record time« (Epstein 2018, S. 1043). Dabei ermöglicht die Reproduktionsmedizin für Epstein eigentlich die Entkopplung der Reproduktion von Endo- bzw. Cisgeschlechtlichkeit und Heterosexualität: »When

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

reproduction is separated from conjugal sex and the heterosexual married couple, a myriad of transgressive social and political possibilities are opened, and kinship structures that fall outside this naturalized schema become potentially intelligible« (Epstein 2018, S. 1041).

Repronormierung von inter* Personen

In der Medizin wird in Bezug auf Reproduktionsfähigkeit auf zwei unterschiedliche Arten mit intergeschlechtlichen Menschen umgegangen: *Erstens* werden inter* Personen durch die Medizin unfruchtbar gemacht oder zumindest als unfruchtbar imaginiert, vermutlich dann, wenn sie als geschlechtliche Zwischenwesen imaginiert werden (Costello 2014, S. 68). So wird in einer der untersuchten Studien eine Frau vom Erhalt eines Uterus ausgeschlossen, da in den vorbereitenden Untersuchungen klar wird, dass diese Frau intergeschlechtlich ist – weiter begründet wird der Ausschluss allerdings nicht (Johannesson et al. 2018, 331e6). Diese Verunmöglichung von Reproduktion für inter* Personen geschieht, wie ich argumentieren möchte, auch deswegen, um eine zweigeschlechtliche, endonormative Ordnung zu schützen (vgl. Stritzke und Scaramuzza 2016, S. 143).

Zweitens werden inter* Personen (wie z. B. auch im Fall des MRKH-Syndroms), wenn es vermutlich medizinisch möglich und imaginierbar ist, als nicht wirklich intergeschlechtlich bzw. als ›Pseudohermaphroditen‹ klassifiziert (Costello 2014, 65–66). In diesem Fall setzt die Medizin viel daran, diese inter* Personen in reproduktive Normen zu disziplinieren, ihnen also die Möglichkeit zu geben, sich gemäß des zugewiesenen und normierten Geschlechts fortzupflanzen und damit intelligibel zu werden (Gregor 2015) – wie z. B. durch eine Uterustransplantation. Für Ärzt*innen gilt dann eine Elternschaft intergeschlechtlicher Menschen in ihrem zugewiesenen Geschlecht (d. h. zeugende Elternschaft bei männlich zugewiesenen Personen und Schwangerschaft bei weiblich zugewiesenen Personen) als Bestätigung und Erfolg der medizinischen Zuweisung. Das geschieht unabhängig davon, wie die jeweiligen Personen sich und die Art ihrer Elternschaft selbst konzeptualisieren (Costello 2014, S. 70). Hier wird sichtbar: Die Medizin verhinderte lange, dass intergeschlechtliche Menschen eigene genetische Kinder bekommen konnten (Richarz 2019, S. 59) – während im Fall des MRKH-Syndroms großer Wert darauf gelegt wird, dass die Patient*innen nicht intergeschlechtlich sind und sich repronormativ, d. h. innerhalb einer binären Logik, fortpflanzen (s.o.).

Repronormierung von trans Männern

Trans Männer werden von einigen Forscher*innen als potentielle Spender von Uteri verhandelt (Api et al. 2017; Beckmann et al. 2017, S. 394; Nakazawa et al. 2019). Dabei werden sie nicht selten repronormiert. Eine türkische Studie untersucht, ob trans

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Männer als Spender für Uterustransplantationen infrage kommen und kommt zu dem Ergebnis, dass sie biologisch, sozial und juristisch ideale Spender seien: sie unterzögen sich in jedem Fall einer Hysterektomie[20], seien meistens jung und gesund, hätten bereits extensive psychologische Betreuung und würden die Entscheidung nicht bereuen (Api et al. 2017). Von den befragten trans Männern stimmten nach einem Aufklärungsgespräch 84 % einer potentiellen Spende zu (Api et al. 2017, S. 235). Ein Ausschlusskriterium sei, dass die trans Männer selbst noch nie schwanger waren[21] und deswegen die Funktionalität des Uterus nicht bewiesen sei. Auch im Artikel von Beckmann et al. wird auf die passende rechtliche Möglichkeit in Deutschland hingewiesen – so sei es möglich, einen Uterus bei einer Hysterektomie aufgrund von ↗Geschlechtsdysphorie für eine Transplantation zu spenden (Beckmann et al. 2017, S. 394). In der Studie von Nakazawa et al. gaben 19 % der Befragten an, dass sie trans Männer für akzeptable Spender hielten (Nakazawa et al. 2019, S. 6). Trans Männern wird in den untersuchten Artikeln also einerseits zugeschrieben, grundsätzlich an Dysphorie bezüglich ihres Uterus zu leiden und eine Hysterektomie anzustreben und andererseits der Wunsch nach einer eigenen Schwangerschaft grundlegend abgesprochen. So werden trans Männer in cisnormative Normen eingefügt und werden dadurch intelligibel für ein cisnormatives Geschlechtersystem.

Murphy äußert in seinem Artikel, dass es trans Männern möglich gemacht werden sollte, aus ihren Eizellen Spermien herstellen zu lassen[22], sodass sie genetische Väter ihrer Kinder sein können, da »[t]he interest in being the gametic father of their children is after all, broadly shared by men and qualifies therefore as a male-typical trait« (Murphy 2015, S. 394–395). Dies lese ich als Cisnormierung von trans Personen – da Murphy hier für trans Männer die Möglichkeit priorisiert, sich wie cis Männer fortzupflanzen. Es sollen also geordnete reproduktive Verhältnisse geschaffen werden, die eine cisnormative Definition von Geschlecht nicht angreifen: Von trans Männern wird erwartet, keinen Uterus haben zu wollen sowie nicht schwanger zu werden, aber Kinder zeugen zu wollen, während von Frauen ohne Uterus – seien sie trans oder MRKH-Patient*innen – erwartet wird, einen Uterus haben und schwanger werden zu wollen.

Repronormierung von trans Frauen

Die Frage danach, ob auch trans Frauen (sowie cis Männer bzw. Menschen aller Geschlechter) einen Uterus erhalten können sollten, wird in den Artikeln unterschied-

20 Das ist natürlich faktisch falsch – viele trans Männer führen keine Hysterektomie durch.

21 Auch dies ist falsch – viele trans Männer werden schwanger und gebären Kinder (vgl. Spahn 2017a); insbesondere, da in Deutschland seit 2011 und in der Schweiz seit 2017 der Sterilisationszwang für eine juristische ↗Transition aufgehoben ist.

22 Hierzu existiert bisher kein wirksames Verfahren.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lich diskutiert – wie erwähnt, ist dies aktuell durch die Montreal-Kriterien verhindert. In mehreren Studien wird berichtet, dass trans Frauen unter den interessierten Empfänger*innen sind, sie werden aber ausgeschlossen (Arian et al. 2017, S. 191; Johannesson et al. 2018, 331e6).

Trans Frauen und cis Männer als Empfänger*innen von Uterustransplantaten sind Gegenstand des Artikels von Murphy (2015). Murphy setzt sich darin mit den Thesen des Philosophen Robert Sparrow auseinander, der schreibt, dass trans Frauen »may be expected to have a strong interest in being able to fulfill the biological role of being a mother« (Sparrow 2008, S. 283; zitiert nach: Murphy 2015, S. 390). Murphy führt aus: »It is not simply ›frivolous‹ for transwomen to assert an interest in gestation. Gestation can play a key role in expressing and consolidating a female identity« (Murphy 2015, S. 392; vgl. Jones et al. 2019, S. 152). Trans Frauen träfen die Entscheidung, schwanger werden zu wollen, also nicht leichtfertig. Weiblichkeit und der Wunsch nach Schwangerschaft werden hier als sich gegenseitig konsolidierend verhandelt, womit eine cisnormative Repronormierung einhergeht. Denn nach dieser Logik wären trans Frauen keine ›richtigen‹ Frauen, wenn sie nicht den Wunsch hätten, selbst schwanger zu werden. Trans Frauen werden hier also in Reproduktionserwartungen an cis Frauen eingefügt, um sie als ›richtige‹ Frauen akzeptieren zu können. Murphy (2015, S. 396) spekuliert auch, dass trans Frauen gesellschaftlich akzeptierter wären, könnten sie selbst schwanger werden, da Schwangerschaften »female-typical behavior« seien. Damit wird ein repronormatives Frauenbild zementiert.

In den Artikeln wird in Bezug auf Uterustransplantationen für trans Frauen auch verhandelt, mit welchem Ziel diese durchgeführt werden würden. Trans Frauen könnten nicht nur für eine Schwangerschaft einen Uterus wollen, sondern grundsätzlich auch für die Linderung von körperlicher Dysphorie, weshalb dann keine Hysterektomie nach erfolgter Schwangerschaft vorgenommen werden würde (Hammond-Browning 2019, S. 1322). Lefkowitz et al. (2013, S. 925) schlagen statt einer Uterustransplantation als Therapie gegen Dysphorie Psychotherapie vor. Hieraus ergibt sich die Frage, wieso diese Überlegungen nicht auch für MRKH-Patient*innen (bzw. alle Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch) gelten, die ebenfalls darunter leiden, nicht schwanger werden zu können. Der Unterschied, würde ich argumentieren, liegt in der Konstruktion von MRKH-Patient*innen als »biological« (Hammond-Browning 2019, S. 1322) bzw. »genetic females« (Lefkowitz et al. 2013, S. 924) mit einem physischen Problem – im Gegensatz zu trans Frauen, deren Geschlecht nicht biologisiert wird, sondern als psychisches Problem gilt.

Die Artikel sind sich grundsätzlich darüber einig, dass Uterustransplantationen zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht für trans Frauen durchgeführt werden können, da die Forschung noch nicht weit genug sei. Der Ausschluss von trans Frauen ist allerdings für die Autor*innen begründungsbedürftig (Lefkowitz et al. 2013, S. 924). So wird u. a. diskutiert, ob trans Frauen ebenfalls als Frauen mit AUFI defi-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

niert werden könnten (vgl. Lefkowitz et al. 2013, S. 924), womit sich ein Anspruch auf Uterustransplantationen ergeben könnte. Der Forschungsprozess hin zur Ermöglichung von Uterustransplantationen für trans Frauen wird von den Autor*innen mit der Metapher einer Bergbesteigung beschrieben: Er sei »not […] insurmountable« (Hammond-Browning 2019, S. 1322) bzw. »interesting, yet daunting« (Lefkowitz et al. 2013, S. 924), also eine gewaltige, einschüchternde Aufgabe.

Wenn nun trans Frauen ein Anrecht auf Uterustransplantationen hätten, hätten dies in den Augen der Autor*innen auch cisgeschlechtliche Männer (Lefkowitz et al. 2013, S. 924; Murphy 2015, S. 390). Cisgeschlechtliche Männer, die entweder in gleichgeschlechtlichen Beziehungen oder ohne romantische Beziehung leben, könnten sich bspw. für eine eigene Schwangerschaft durch Uterustransplantation interessieren. Die Artikel setzen sich mit den gesellschaftlichen Konsequenzen auseinander, die Schwangerschaften von trans Frauen und cis Männern hätten: »Another possible objection raised against gestation by transgender women is that it could alter the social meaning of sexed bodies« (Murphy 2015, S. 389). So argumentiert auch der von Murphy zitierte Philosoph Sparrow:

> »Any argument for a right to reproductive liberty that extends as far as a man's right to become pregnant has lost contact with the facts about the biology of reproduction and its significance in a normal human life, [facts] that have made it plausible to defend the existence of such a right in the first place« (Sparrow 2008, S. 286; zitiert nach Murphy 2015, S. 391).

Auch hier zeigt sich, dass der Diskursstrang zu Uterustransplantationen geordnete reproduktive Verhältnisse schaffen möchte – und nicht die Aufweichung von normativen Geschlechternormen und -vorstellungen. Erste Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass cis Männer zwar theoretisch an einer eigenen Schwangerschaft (auch mithilfe einer Uterustransplantation) interessiert sein können, diese aber als inkompatibel mit Männlichkeit verstehen und daher nicht schwanger werden wollen würden (Mavuso 2023).

6.6 Fazit

Inwiefern zeigt sich in der Analyse das Spannungsfeld zwischen Queering und Essentialisierung?

In meiner Analyse habe ich das Spannungsfeld zwischen dem *Queering* und der *Re-Essentialisierung* von Geschlecht untersucht. Während Uterustransplantationen theoretisch das Überschreiten von Geschlechtergrenzen und das Queeren von Geschlecht, Sexualität und Familie ermöglichen, sowie heteronormative Fort-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

pflanzungslogiken infrage stellen und durchkreuzen könnten (indem z. B. die Schwangerschaften von Menschen ermöglicht werden, die keine endo- und cisgeschlechtlichen Frauen sind (vgl. Kalender 2020)), wird in der Analyse das Gegenteil deutlich. Uterustransplantationen und der Diskurs darüber werden eher dazu genutzt, ein heteronormatives System zu stützen (wie andere Reproduktionstechnologien auch): Die Empfänger*innen der Uteri sind zu einem großen Teil *weiße,* heterosexuelle Akademiker*innen und werden nicht als intergeschlechtlich oder queer, sondern als endo- und cisgeschlechtlich eingeordnet, um ihren Anspruch auf Uterustransplantationen zu untermauern. Sie werden gerade über ihre (durch eine Uterustransplantation hergestellte) Reproduktionsfähigkeit zu Frauen gemacht, also repronormiert, und in ein heteronormatives Leben mit genetisch eigenen Kindern und einer stabilen heterosexuellen Partnerschaft diszipliniert. Zentral ist hierbei, dass sie als Frauen selbst schwanger werden und ihre eigenen genetischen Kinder auf die Welt bringen sollen. Der soziale und familiäre Druck, der auf den potentiellen Empfänger*innen lastet, wird (anders als bei den potentiellen Spender*innen) in den Artikeln nur unzureichend aufgegriffen. Sie müssen bspw. nicht vor aufdringlichen Verwandten geschützt werden, die ihren Uterus für eine Spende anbieten, obwohl der*die Empfänger*in möglichweise keine Kinder bekommen möchte.

Queere Körper, Reproduktionspraxen und Verwandtschaftsverhältnisse werden dagegen in diesem Diskursstrang nicht sichtbar und scheinen unintelligibel, außer wenn sie in heteronormative Reproduktionslogiken diszipliniert werden können: Inter* und trans Personen werden in diesem Diskursstrang repronormiert, d. h. ihnen werden Möglichkeiten angeboten, wie sie sich innerhalb eines heteronormativen Rahmens fortpflanzen können. Darüber wird versucht, geordnete vergeschlechtliche Verhältnisse zu schaffen: von (trans) Männern wird erwartet, Kinder zeugen zu wollen, von (trans) Frauen, schwanger sein zu wollen. Die Medizin zeigt sich als von Heteronormativität durchzogen und sie reproduzierend.

Wie wird medizinisches Wissen generiert? Was sind seine Entstehungsbedingungen?

Wie Martin Nonhoff (2019, S. 30–31) in seiner Kritik der kritischen Diskursanalyse fordert, habe ich in meine Analyse die Generierung und Entstehungsbedingungen des von mir analysierten Wissens miteinbezogen. Der Diskursstrang ist von der Öffentlichkeit abgekapselt: Sprecher*innen und intendiertes Publikum sind Wissenschaftler*innen, spezifisch Mediziner*innen. Die Artikel beziehen sich fast ausschließlich auf medizinische Quellen. Die (potentiellen) Empfänger*innen und Spender*innen gehören weder zum Publikum noch haben sie selbst Sprecher*innen-Rollen im Diskurs inne. Die Forscher*innen unterliegen einer Vielzahl an institutionellen, disziplinären und sozialen Zwängen und Machtverhältnissen, wie Richtlinien der verschiedenen Journals, die bestimmen, welche Ergebnisse

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

publiziert werden können. Außerdem müssen die Forscher*innen auf verschiedene gesellschaftliche Sorgen eingehen, um ihre Forschung vor Kritik abzusichern und zu legitimieren. So reagieren sie immer wieder auf gesellschaftliche Bedenken zur Reproduktionsmedizin, wie z. B., dass diese die heterosexuelle, bürgerliche Kernfamilie in Frage stelle, als cisgeschlechtlich und heterosexuell imaginierte Frauen ausnutze oder das Kindeswohl der entstehenden Kinder gefährde. Gegen diese Befürchtungen müssen sich die Forscher*innen permanent absichern und ihre Forschungen legitimieren. Dazu medikalisieren und emotionalisieren sie ungewollte Kinderlosigkeit und konstruieren die Empfänger*innen als Personen, die gegen die ungewollte Kinderlosigkeit alles Menschenmögliche unternehmen. Sie versichern den Leser*innen, dass durch diese Methode nicht einfach alle Menschen Eltern werden können, sondern dass sie nur bestimmten Personen zu einer Uterustransplantation und damit zu Kindern verhelfen. Da Uterustransplantationen einen erheblichen, nicht (über-)lebensnotwendigen Eingriff in den Körper von Spender*innen und Empfänger*innen bedeuten, müssen sie diese Argumentationen trotz der gesellschaftlichen Wirkmächtigkeit von Heteronormativität und Repronormativität vorbringen.

Wie alle anderen Diskurse auch, findet dieser Diskurs(-strang) innerhalb gesellschaftlicher Wertehorizonte und Wissensordnungen statt. Als legitimes Wissen gilt in diesem Diskurs naturwissenschaftliches Wissen von Expert*innen, während das Wissen der anderen beteiligten Akteur*innen nicht (ungefiltert und unbearbeitet) gehört wird. Selbstverständlich wird aber auch das Wissen der Expert*innen durch die ritualisierten Regeln bzw. Machtsysteme des Diskurses (z. B. Anforderungen an die akademische Qualifikation der Autor*innen) gefiltert und normiert und erreicht erst dadurch den Status des gültigen, ›wahren‹ Wissens. Das Expert*innenwissen ist keineswegs neutral, sondern durch die (unreflektierten) Vorannahmen, Erfahrungen, Emotionen und Überzeugungen der Individuen geprägt und reproduziert damit Heteronormativität. Auch lassen sich Aspekte erkennen, die einem Tabu unterliegen. Äußerungen zu einer völligen Dekonstruktion von Geschlecht, spezifisch der Entkopplung von Geschlecht und Reproduktionsfähigkeit, sind im Diskurs nicht zu finden und würden vermutlich zum Ausschluss von diesem Diskursstrang führen: Während Uterustransplantationen für trans Frauen als legitime Möglichkeit diskutiert werden und ihr Ausschluss aus den Studien erklärungsbedürftig ist, gilt dies nicht für cis Männer. Trans Frauen in ein repronormatives und cisnormatives Frauenbild zu integrieren ist also vorstellbar – schwangere Männer sind dies nicht.

Inwiefern zeigt sich in der Analyse der medizinische Denkstil? Was macht diesen aus?

Die Forscher*innen, die Uterustransplantationen (weiter-)entwickeln und durchführen, können nach Ludwik Fleck (1980 [1935]) als Denkkollektiv beschrieben werden, die einen spezifischen Denkstil miteinander teilen. In diesem Denkstil gibt es,

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wie ich aufgezeigt habe, nur ein Kriterium dafür, was Frauen definiert: das Vorhandensein eines Uterus. Haben Frauen keinen Uterus (z. B. weil sie transgeschlechtlich sind oder das MRKH-Syndrom haben), wird das problematisiert – insbesondere, da die Frauen dann nicht reproduktionsfähig sind (zumindest in einem körperlichen, heteronormativen Verständnis). Während die Medizin also große Anstrengungen unternimmt, um Frauen[23] ohne Uterus materiell (durch die Transplantation) und damit einhergehend auch symbolisch (durch paternalistische Behandlung) zu Frauen zu machen, werden die Frauen, die ihren Uterus spenden und dadurch verlieren, verdächtig. Mit verschiedenen Techniken werden sie jedoch dann symbolisch zu Frauen und Müttern gemacht und so wieder in eine heteronormative Ordnung eingefügt.

Wie in Kapitel 3.4 ausgeführt, unterscheidet Ludwik Fleck verschiedene Strukturen von Denkkollektiven. Nach Fleck (1980 [1935], S. 156–157) liegt wissenschaftliches Wissen zunächst in Form der Zeitschriftenwissenschaft vor. Der Diskursstrang zu Uterustransplantationen befindet sich aktuell in diesem Stadium; er ist noch nicht als Lehrbuchwissenschaft konsolidiert. Damit lassen sich nach Fleck die Entstehung und Entwicklung wissenschaftlicher Tatsachen und die Diskussionen darum, was als ›richtiges‹ und ›wichtiges‹ Wissen gilt, analysieren. Als zentralen Diskussionspunkt habe ich die Inklusion von trans Frauen als potentielle Empfänger*innen herausgearbeitet. Während trans Frauen so einerseits in das heteronormative Frauen-Bild der Forscher*innen diszipliniert werden können, stehen sie auch für das Potential der Aufweichung von Körper- und Geschlechtergrenzen; schließlich könnten über die Inklusion von trans Frauen in der Logik des Diskursstrangs auch cis Männer als potentielle Empfänger für eine Uterustransplantation infrage kommen.

Inwiefern zeigt sich Heteronormativität als Ideologie?

In Kapitel 2.5.2 habe ich Ideologie als eine Form von heteronormativer Herrschaftstechnik identifiziert und konzipiert. Ideologien, so habe ich ausgeführt, erhalten Machtverhältnisse aufrecht, während ihre ideologische Durchsetzung gleichzeitig unsichtbar bleibt (Lazar 2007b, S. 6–7). Heteronormative Ideologie sichert also Heteronormativität als Machtstruktur ab und legitimiert sie. In dem von mir untersuchten Diskursstrang präsentiert sich Heteronormativität als machtvolle, weit verbreitete und in den ganzen Diskursstrang hineingewobene Ideologie, welche die Weltsicht, Normen, Handlungen, Äußerungen und Annahmen der Forscher*innen strukturiert. Gleichzeitig findet Heteronormativität in der Medizin einen materiellen Ort, der sie trägt (vgl. Schmidt 2021, S. 87). Sie (und mit ihr das Machtverhältnis)

23 Dies gilt auch für trans Frauen, die außer in der Reproduktionsmedizin, ebenfalls medizinisch normiert und symbolisch zu Frauen gemacht werden.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wird durch diesen Diskurs (wie durch viele andere auch) reproduziert und aufrechterhalten. Heteronormativität wird gleichzeitig nicht als Ideologie erkannt, sondern bleibt unhinterfragt, was ihre Wirkmächtigkeit bestätigt. Die in diesem Diskursstrang implizit verhandelten Normen wirken nicht nur auf AUFI-Patient*innen und ihre Angehörigen, sondern haben eine gesamtgesellschaftliche Wirkung – z. B. durch die Essentialisierung und Naturalisierung des Kinderwunsches, der in den Artikeln als fundamentales Kriterium des Menschseins verhandelt wird.

Uterustransplantationen, so habe ich im Anschluss an Motakef und Wöhlke (2013, S. 98) theoretisiert, sind auf dreifache Weise Reproduktionspraxen: Im Sinne einer Fürsorge-Logik, im Sinne der Herstellung von – in diesem Fall – Frauenkörpern, die heteronormativen Normen entsprechen, und im Sinne der Ermöglichung von Schwangerschaften und Geburten. Der Diskurs um Uterustransplantationen funktioniert aber auch als metaphorisches Reproduktionsorgan für Heteronormativität. Wie ich herausgearbeitet habe, lassen sich anhand von Uterustransplantationen exemplarisch Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiennormen in der medizinischen Forschung analysieren.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

7. Heteronormativität in der medizinischen Lehre

7.1 Einführung

In meiner Analyse aktueller Wissensproduktion in der Medizin (Kapitel 6) zeige ich auf, wie neues Wissen konstruiert und konsolidiert wird und wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt darin repräsentiert sind. Dagegen nehme ich in der folgenden Analyse zu Heteronormativität in der medizinischen Lehre in den Blick, welches Wissen als gültiges und grundlegendes Wissen der Fachdisziplin gilt. Für die Analyse interessieren mich folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Lehre? Welche Formen nimmt sie an?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität und Beziehungen in der medizinischen Lehre konzipiert und verhandelt?
- Inwiefern und wie werden sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt dargestellt? Wo bleibt sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt unsichtbar?
- Was sollen Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen?
- Gibt es spezifische Inhalte zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von queeren Patient*innen?
- Welche Position(en) zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, Heteronormativität und queeren Menschen wird den Studierenden zugeschrieben bzw. nahegelegt?

Dazu werden Lehrmaterialien, d. h. medizinische Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning Module, analysiert, die aktuell in Deutschland und der Schweiz im Medizinstudium eingesetzt werden.[1] Diese beschreibe ich im Folgenden kurz, bevor ich in die Analyse einsteige.

1 Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang der Arbeit.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Lehrbücher

Fast alle Autor*innen der analysierten Lehrbücher sind Professor*innen und praktizierende Ärzt*innen an (Universitäts-)Kliniken. Die Lehrbücher wurden spezifisch für Medizinstudierende geschrieben, teilweise zielen sie zusätzlich auf die Fort- und Weiterbildung praktizierender Ärzt*innen ab. Manche Lehrbücher sind eher wie Sammelbände aufgebaut, einzelne Kapitel sind also von unterschiedlichen Autor*innen geschrieben und in sich geschlossen (exemplarisch: Sigusch und Becker 2007). Andere Lehrbücher sind dagegen komplett von Einzelautor*innen geschrieben und folgen einer kleinteiligen Gliederungsstruktur, statt nur lose verbundenen Kapiteln (exemplarisch: Weber 2020). Die Lehrbücher wurden professionell lektoriert, gelayoutet und veröffentlicht. Die meisten von ihnen haben ein einheitliches Layout mit spezifischen farblichen Markierungen oder Hervorhebungen für Tipps oder Zusammenfassungen (exemplarisch: Goerke et al. 2021). Einige sind allerdings schlicht gehalten, d. h. sie enthalten kaum oder keine farblichen Markierungen, Grafiken oder ›Merke!‹-Kästen (exemplarisch: Kiefer und Luger 2022). Der Text aller Lehrbücher wird oft durch Grafiken und Tabellen untermauert und illustriert. In manchen Lehrbüchern gibt es im Text und/oder am Ende von Kapiteln Quellenangaben und Literaturverweise (exemplarisch: Krause et al. 2011), allerdings nicht in allen (exemplarisch: Marischler 2013).

Präsentationsfolien

Die auf den Präsentationsfolien genannten Vortragenden sind vermutlich in den meisten Fällen auch die jeweiligen Verfasser*innen. Sie sind häufig Professor*innen, Dozierende für Medizin und/oder Ärzt*innen an den Universitätskliniken der untersuchten Universitäten, teilweise auch an anderen Universitäten. In seltenen Fällen handelt es sich um praktizierende Ärzt*innen ohne Affiliation an der entsprechenden Universität. Die Zielgruppe der untersuchten Präsentationsfolien sind grundsätzlich Medizinstudierende. Anders als die Lehrbücher und E-Learning-Module wirken die Präsentationen nicht professionell gelayoutet oder lektoriert. Die Textoberflächen der Präsentationsfolien unterscheiden sich stark voneinander: Manche sind sehr einheitlich formatiert, andere nicht.[2] In einigen Foliensätzen finden sich fast nur (beschriftete) Grafiken (exemplarisch: Stadt C,

2 Hieran lässt sich m.E. erahnen, dass die Foliensätze häufig erweitert und überarbeitet werden, um sie dann Semester für Semester wiedereinzusetzen. Dabei wird vermutlich aus Zeitgründen auf eine Gesamtaktualisierung und Vereinheitlichung des Foliensatzes verzichtet.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

FS 6[3]), in anderen eine Mischung oder fast ausschließlich Text ohne (oder mit sehr wenigen) Grafiken (exemplarisch: Stadt A, FS 15). Häufig sind die Inhalte nur in Stichworten dargestellt. Manche Grafiken scheinen eher der Dekoration als der Information zu dienen. Die Foliensätze unterscheiden sich stark in der Angabe von Quellen und Literaturverweisen: Teilweise enthalten Folien Literaturverweise (exemplarisch: Stadt D, FS 1), teilweise gibt es Quellenangaben (exemplarisch: Stadt A, FS 16), selten auch eine Literaturliste am Ende der Präsentation (exemplarisch: Stadt C, FS 34). Teilweise werden gar keine Quellen oder Literaturverweise genannt (exemplarisch: Stadt A, FS 1).

E-Learning Module

Die E-Learning-Module von AMBOSS (vgl. Kapitel 5.5.1) enthalten keine Angaben zu den Verfasser*innen, da vermutlich an der Entstehung und Weiterentwicklung ein großes Team beteiligt ist. Die Zielgruppen für die Inhalte von AMBOSS sind sowohl Medizinstudierende als auch praktizierende Ärzt*innen – so gliedern sich die Inhalte u. a. in einen vorklinischen und einen klinischen Teil. Wie die Lehrbücher sind die Inhalte auf der AMBOSS-Plattform professionell lektoriert und gelayoutet. Die Textoberfläche der Inhalte ist auf der AMBOSS-Plattform standardisiert und auch die Gliederung der Inhalte folgt einem Muster[4] (bspw. bei der Beschreibung von Organen: Abstract, Makroskopische Anatomie, Mikroskopische Anatomie, Funktion, Wiederholungsfragen, Tipps & Links und Quellen). Alle Inhalte verfügen über Literaturverweise und Quellenangaben.

7.2 Geschlecht in medizinischen Lehrmaterialien

Geschlechterbinarität

Grundsätzlich lernen die Studierenden aus den Lehrmaterialien, dass es zwei (und nur zwei) Geschlechter gibt, die klar voneinander abgrenzbar und einfach unterscheidbar sind. So wird konstant von den »beiden Geschlechtern« gesprochen (exemplarisch: Frohneberg und Westermann 2014, S. 3). In den Lehrmaterialien werden die Unterschiede zwischen Männern und Frauen betont (exemplarisch: Beier et

3 Da die Präsentationsfolien nicht veröffentlicht sind, wurden sie anonymisiert und nummeriert, um sie zitieren zu können. Die Angabe »Stadt C, FS 6, F 1« steht für die erste Folie im sechsten Foliensatz der Stadt C.

4 Teilweise fehlen auch Unterkapitel oder es sind themenspezifische Kapitel eingefügt, aber die grobe Struktur bleibt auf der Plattform gleich.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

al. 2021c, S. 66). Abweichungen von der Geschlechterbinarität oder Überschreitungen von Geschlechtergrenzen werden häufig ↗pathologisiert (s. u.). Die Geschlechterbinarität gilt in den Lehrmaterialien als essentiell wichtig für das Selbstverständnis von Menschen. So schreibt Hertha Richter-Appelt (2007, S. 248) über die Forderung, intergeschlechtliche Kinder keinem binären Geschlecht zuzuweisen: »Kinder würden es gar nicht verkraften, nicht einem Geschlecht zugeordnet zu werden«.

Cis- und endonormative Geschlechterdefinition

Geschlecht wird in den Lehrmaterialien fast ausschließlich körperlich, also cisnormativ, verstanden – aber jeweils an anderen Kriterien festgemacht. Das bedeutet: Eine Person ist laut den Lehrmaterialien männlich oder weiblich, z. B. aufgrund ihres Chromosomensatzes (Marischler 2013, S. 38), ihrer ↗Gonaden (Conrad et al. 2014, S. 405) oder ihrer Reproduktionsfähigkeit (Beier et al. 2021b, S. 40). In manchen Geschlechtsdefinitionen kommen auch psychologische und soziale Aspekte vor, z. B. ist von ↗Zuweisungsgeschlecht, ↗Erziehungsgeschlecht, Geschlechtsidentität (Beier et al. 2021c, S. 66) oder Gender (Richter-Appelt 2007, S. 238) die Rede. Überwunden wird die *sex/gender-Trennung* in keinem der Lehrmaterialien. Es wird also grundsätzlich davon ausgegangen, dass alle Menschen ↗cisgeschlechtlich sind und körperliche Merkmale mit der Geschlechtsidentität zusammenhängen bzw. kongruent sind. Bei AMBOSS findet sich eine große Fülle biologischer Geschlechterdefinitionen. An einer Stelle heißt es:

> »Doch nicht allein das biologische Geschlecht ist für die Ausprägung der geschlechtlichen Identität von Relevanz. Ebenso wichtig ist das psychische und soziale Geschlecht, unter dem man die individuelle Identifizierung eines Menschen mit dem eigenen Geschlecht und dessen Wahrnehmung in der Gesellschaft versteht« (AMBOSS o. J.g, o. S.).

Auch wenn hier eine Offenheit gegenüber nicht-biologisierten Geschlechterverständnissen anklingt, werden Organe, Körperfunktionen und -flüssigkeiten in den Lehrmaterialien insgesamt permanent vergeschlechtlicht. So schreiben Keil und Kiecker (2021, S. 71) z. B. vom »männlichen Sperma[…]«, im Foliensatz 9 der Stadt C (F 5) wird vom »männlichen Glied[…]« gesprochen und in vielen Lehrmaterialien wird Testosteron als ein Hormon dargestellt, das einzig für Männer bedeutend ist (exemplarisch: Zitzmann 2011, S. 71). Beier et al. (2021b, S. 40) erteilen eine explizite Absage an ein nicht-biologisiertes Geschlechterverständnis:

> »Die Fakten und Strukturen führen ein Dasein, das kulturell nicht beliebig überformt werden kann. Als ein solches essenzielles Faktum gilt z.B. die unterschiedliche Gestalt der Genitalien beider Geschlechter, die Tatsache, dass Schwanger-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

schaft und Geburt nur für Frauen möglich ist, oder auch die (person-, kultur- und epochenübergreifende) Physiologie der sexuellen Reaktion«.

Wir finden damit also in den Lehrmaterialien ein Verständnis von Geschlecht vor, bei dem es nur zwei voneinander klar unterscheidbare und sich gegenseitig ausschließende Geschlechter gibt. Diese sind rein über körperliche Merkmale definiert, womit Trans- und Intergeschlechtlichkeit von vorneherein unsichtbar gemacht werden.

Sexuelle Identität

Geschlecht und Sexualität werden in den Lehrmaterialien konstitutiv miteinander verwoben, ganz so wie Judith Butler (2016 [1991]) dies als fundamentales Merkmal von Heteronormativität beschrieben hat. So beschwichtigt Gasser bspw. (2019, S. 111): »Die [↗]Vasektomie bewirkt keine Veränderung des Hormonstoffwechsels und beeinträchtigt deshalb weder die Attribute der ›Männlichkeit‹ noch die Erektions- oder Orgasmusfähigkeit«. Männlichkeit bedeutet hier eine männliche Identität, die sich auf körperliche Attribute und Fähigkeiten stützt. Eine spezifische Art von Sexualität (die z. B. eine Erektion beinhaltet) gilt dabei als Voraussetzung für eine konfliktfreie männliche Selbstidentifikation. Sonja Düring (2007, S. 31) führt in ihrem Artikel aus: »Eine weibliche Geschlechtsidentität kann sich nur herstellen, indem ein Mädchen [↗]heterosexuell begehrt«. Eine weibliche Geschlechtsidentität sei auch bei lesbischen Frauen möglich, dies erfordere aber »gegensätzliche erotische Positionen« (Düring 2007, S. 31) innerhalb der Beziehung. Auch wenn hier gleichgeschlechtliche Sexualität gedacht werden kann, so muss diese den heterosexuellen Geschlechterunterschied imitieren, um im heteronormativen System intelligibel zu werden.

Beier et al. erarbeiten ein Konzept der sexuellen Identität, das den konstitutiven Zusammenhang zwischen Geschlecht und Sexualität noch deutlicher macht:

> »Es geht also für die Betroffenen darum, ob sie sich selbst auch und besonders im Sinne sexueller Attraktivität als ›richtiger Mann‹ oder ›richtige Frau‹ wahrnehmen und annehmen können. Während bezüglich der geschlechtlichen Identität die Frage sexueller Attraktivität keine primäre Rolle spielt, geht es bei der sexuellen Identität um die Möglichkeit, die eigenen geschlechtsbezogenen Eigenschaften in ein sexuelles Selbstkonzept integrieren und kongruent in geschlechtstypisches Sexualverhalten umsetzen zu können […]. […] Sind diese bspw. bei einem sexuell auf Frauen orientierten Mann nicht auf vaginale Penetration ausgerichtet, etwa wenn der Frauenfuß eine [↗]fetischistische Besetzung erhalten hat, kann dies zu dem Empfinden beitragen, ›kein richtiger Mann zu sein‹, weil fortlaufend die Feststellung gemacht wird, den Erwartungen einer Sexualpartnerin nicht gerecht geworden zu sein (wobei dies in der Regel daran gemessen wird, was der Be-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

treffende glaubt, was – vermeintlich – ›Frauen wollen‹)« (Beier et al. 2021b, S. 21; vgl. auch Beier 2009, S. 560).

Dies wird auch an der Illustration der entsprechenden Stelle deutlich:

Abbildung 1

(Beier und Loewit 2021, S. 359)

Diese Illustration ist mit ›Angenommensein im eigenen Geschlecht‹ betitelt und zeigt ein Paar, das sich gegenseitig an den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen berührt. Geschlecht wird hier also rein körperlich verstanden und in seinem Geschlecht angenommen zu werden, bedeutet demnach, sexualisierte Berührungen an vergeschlechtlichen Körperteilen durchzuführen. Es wird vorausgesetzt, dass es ein geschlechtsspezifisches Sexualverhalten gibt, das sich aus dem

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

eigenen Geschlecht speist und damit kongruent sein muss.[5] Wenn dies den Patient*innen nicht gelingt, wird der sexuellen Identität ein Störungswert zugeschrieben, der durch die Medizin behandelt werden muss. Auch wenn in der zitierten Passage kritische Töne angeschlagen werden, wird Medizinstudierenden keine kritische Dekonstruktion des Zusammenhangs von Sexualität und Geschlecht geboten, so dass sie diese Verwebung ggf. unkritisch übernehmen.

Geschlechterstereotype

Dass Geschlecht eine zentrale Kategorie für Menschen und ihre Gesundheit ist, wird zumindest in explizit gendermedizinischen Inhalten transportiert. Neben körperlichen Unterschieden wird hier auch auf soziale Faktoren eingegangen (vgl. Stadt C, FS 42). Dabei behandeln die Lehrmaterialien auch Geschlechterstereotype und ihre Auswirkungen, meistens jedoch, ohne diese zu hinterfragen oder zu dekonstruieren. Damit werden Geschlechterstereotype essentialisiert und festgeschrieben, also zu natürlichen Eigenschaften von Männern und Frauen gemacht. Während Beier et al. (2021c, S. 82) zwar betonen, dass Geschlechterstereotype »ungeprüft und unbewiesen« sind, werden Männer in ihren Ausführungen (Beier et al. 2021c, S. 83–84) als aggressiv, autokratisch, leistungsbezogen und eher bereit zu anonymen Sexualkontakten festgeschrieben, während Frauen als gruppenbezogen und sorgend gelten. Auf einer Folie in einer ↗gynäkologischen Vorlesungseinheit heißt es, Frauen als Patientinnen seien körper- und gesundheitsbewusster, offener in Gesundheitsfragen, sensitiv, aber »›hart‹ im Nehmen« (Stadt C, FS 11, F9). Auch das Bild der hysterischen Patientin wird in den Lehrmaterialien weiter perpetuiert. So zählen Goerke und Valet (2021, S. 496) als Gründe für Menstruationsschmerzen u. a. Konflikte bei der »Übernahme des weibl. Rollenverhaltens in der Pubertät«, die psychologische Übernahme traumatischer Menstruationsschmerzen der Mutter, Beziehungskonflikte oder Unzufriedenheit mit dem Sexualleben bzw. der beruflichen Stellung auf. Nur selten wird in den Lehrmaterialien eine Meta-Perspektive eingenommen und Geschlechterstereotype definiert und re- bzw. dekonstruiert. Stattdessen werden diese häufig unkritisch reproduziert und auch der gesellschaftliche Wandel rund um Geschlechterbilder und -rollen wird selten abgebildet (exemplarisch: Faller und Schowalter 2016, S. 175).

5 An anderer Stelle heißt im selben Lehrbuch, dass durch das Erlebnis, sich im eigenen Geschlecht angenommen zu fühlen, auch Geschlechtsdysphorie verschwinden kann, dass Menschen dann also ihr zugewiesenes Geschlecht für sich akzeptieren (Bosinski et al. 2021b, S. 409).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Sexismus

In den Lehrmaterialien finden sich neben dem binären, endo- und cisnormativen, essentialisierenden Geschlechterverständnis auch Sexismus, bspw. in der Darstellung vergeschlechtlichter Sexualität in den Lehrmaterialien. Während bei männlicher Sexualität die Lustdimension im Vordergrund stehe und diese durch Gelegenheitssex geprägt sei, sei die der Frau eher beziehungs-, reproduktions- und zärtlichkeitsorientiert, sowie störungsanfälliger (Beier et al. 2021a, S. IX, 13, 125, 742; Faller und Schowalter 2016, S. 191; Faller et al. 2016b, S. 293; AMBOSS o. J.m, o. S.; Stadt A, FS 1, F 4). Das Thema Sexualität soll vermutlich durch die folgende Grafik in einer Präsentation humoristisch aufgelockert werden:

Abbildung 2: (Stadt C, FS 16, F 20)

Nachweis der Originalgrafik: https://www.gdargaud.net/Humor/Engineer.html vom 02.06.2002, abgerufen über http://web.archive.org/web/20020602210930/www.gdargaud.net/Humor/Engineer.html (Abruf 22.08.2025)

Männliche Sexualität wird hier mit einem einzigen, phallusförmigen Schalter dargestellt, der ein- oder ausgeschaltet werden kann, während weibliche Sexualität mit über 30 verschiedenen Knöpfen, Rädchen und Schaltern, die alle mehr als zwei mögliche Einstellungen (d. h. mehr als *an* oder *aus*) haben, gezeigt wird. Männliche Sexualität erscheint damit mindestens unterkomplex, während weibliche Sexualität als kompliziert und störanfällig festgeschrieben wird. In den analysierten Lehrmaterialien findet sich also Sexismus, so wie ich den Begriff in Anlehnung an Grisard

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und Maihofer (2016) und Mills (2008) in Kapitel 2.4.1 ausbuchstabiert habe: Die vermittelten Inhalte beruhen auf stereotypen und veralteten binären Geschlechtervorstellungen, setzen männliche Erfahrungen mit allgemein-menschlichen gleich und trivialisieren bzw. werten weibliche Erfahrungen ab.

7.3 Sexualität in medizinischen Lehrmaterialien

In den Lehrmaterialien wird Sexualität *erstens* fast ausschließlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen imaginiert – die einzige Ausnahme bildet Sexualität zwischen (cis) Männern, die grundsätzlich als risikoreich dargestellt wird (s. u.). *Zweitens* ist Penis-in-Vagina-Sex in den Lehrmaterialien die einzige sichtbare Sexualpraktik. Zwar wird in einigen (längst nicht allen) Lehrmaterialien erwähnt, dass nicht alle Personen heterosexuell sind (s. u.), in den Ausführungen zu Sexualität wird dies jedoch ignoriert.

Sexualität zwischen Männern und Frauen

Dass Sexualität in der Darstellung der Lehrmaterialien grundsätzlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen stattfindet, zeigt sich daran, dass in allen Beispielen männliche Patienten weibliche Partnerinnen haben und umgekehrt: Wenn es um die Patient*innen-Zufriedenheit z. B. bei Erektionsproblemen geht, wird neben der Zufriedenheit der (männlich imaginierten) Patienten auch die der (weiblich imaginierten) Partnerinnen aufgeführt: »Patientenzufriedenheit mit den [↗]Penisimplantaten ist hoch und beträgt bis zu 93 %. Die Erfolgs- und Akzeptanzraten sind ausgesprochen gut, >85 % der Partnerinnen würden erneut einer Implantation zustimmen« (Kliesch et al. 2014, S. 340; vgl. Berberich 2012, S. 353). Beim Krankheitsbild der Penisverkrümmung wird darauf hingewiesen, dass diese erhebliche Kohabitationsschmerzen bei der Partnerin hervorrufen könne (Kliesch et al. 2014, S. 340). Für die ↗Anamnese bei einer sexuellen Aversion schlagen Beier et al. (2021d, S. 240) folgende Frage vor: »Resultiert der Rückzug der Frau aus der Ablehnung eines bestimmten Partners oder stellt er eine unbewusste, gegen alle Männer gerichtete Abwehrhaltung dar?«. Hier zeigt sich auch die amatonormative und mononormative Annahme, dass Sexualität ausschließlich innerhalb von romantischen und ↗monogamen Paarbeziehungen stattfindet. Andere Formen sexueller Kontakte und romantischer Beziehungsformen bleiben unthematisiert. Hier materialisiert sich Heteronormativität also bspw. in Anamnesefragen.

In einem Artikel, in dem an anderer Stelle ↗Queerfeindlichkeit thematisiert wird, findet sich dieser Satz: »Für die große Mehrheit der Jugendlichen ist der Zeitraum vom 14. bis zum 17. Lebensjahr eine Zeit der intensiven körperlichen Annäherung an das andere Geschlecht – vom ersten Kuss bis zum ersten Ge-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

schlechtsverkehr« (Quenzel o. J., o. S.). Sexualität findet in diesen Darstellungen also grundsätzlich nur zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen statt. Dies zeigt sich auch an den illustrierenden Grafiken zu Sexualität, die in den Lehrmaterialien genutzt werden und die Sexualität zwischen Männern und Frauen auf klischeehafte Weise darstellen:

Abbildung 3: (Stadt A, FS 1, F1)

Nachweis der Originalgrafik: https://stock.adobe.com/de/images/man-and-woman-lips-wants-to-kiss/99572178 (Zuletzt aberufen 22.08.205)

Abbildung 4: (Stadt A, FS 1, F 48)

Nachweis der Originalgrafik: https://www.emilyilluminate.com/ (Abruf 07.08.2024).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Eine weitere Grafik aus dem Foliensatz 7 der Stadt A (Folie Nr. 75), die aus urheberrechtlichen Gründen nicht abgebildet werden kann, zeigt eine anatomische Zeichnung eines männlichen Oberkörpers mit sichtbarem Gehirn. Der Mann schaut nach links, auf ein Foto einer nakten Statue einer Frau. Von der Statue hin zur Zeichnung des Mannes ist ein Pfeil zu sehen, der mit »Stimulus für Erektion« beschriftet ist. Darüber findet sich das Logo der Zeitschrift Playboy.

Im gesamten Korpus der Lehrmaterialien lassen sich nur wenige Stellen finden, an der gleich- und verschiedengeschlechtliche Sexualität nebeneinandergestellt werden. So werden auf einer Folie, die die Auswirkungen von Beschneidung thematisiert u. a. Auswirkungen auf den betroffenen Mann, sowie Frauen und Männer als Sexpartner*innen von beschnittenen Männern beschrieben (Stadt C, FS 6, F 42; vgl. Stadt C, FS 16, F 7; Stadt C, FS 38, F 52–54).

Penis-in-Vagina-Sex

Nicht nur findet in den Lehrmaterialien Sexualität fast ausschließlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen statt, Sexualität wird auch ausschließlich als Penis-in-Vagina-Sex konzipiert. Das ist insbesondere dadurch erkennbar, dass in den Lehrmaterialien Sexualität als unmöglich gilt, wenn Penis bzw. Vagina fehlen oder nicht ›funktionieren‹: Patient*innen mit dem Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH), die keine oder nur eine sehr kurze Vagina haben, gelten bspw. als »[k]ohabitationsunfähig[…]« (Stadt A, FS 4, F 23).[6] Ein Erektionsproblem wird in zahlreichen Lehrmaterialien definiert als: »Unfähigkeit, eine Erektion aufzubauen bzw. zu halten, die zum Geschlechtsverkehr ausreicht« (Keil und Kiecker 2021, S. 70; vgl. Kliesch et al. 2014, S. 273; Gasser 2019, S. 108; AMBOSS o. J.n, o. S.). Auch in einem Fallbeispiel bei Gasser (2019, S. 109) wird dies sichtbar: »Anamnese[:] Ein 71-jähriger, nicht insulinpflichtiger Diabetiker, Nichtraucher, seit 5 Jahren Witwer, mit 55-jähriger Partnerin, konsultiert wegen Erektionsschwäche, die einen normalen Geschlechtsverkehr unmöglich macht«. Als normaler Geschlechtsverkehr gilt hier Penis-in-Vagina-Sex, der wegen der Erektionsstörung des Patienten verunmöglicht wird. An anderer Stelle werden in den Lehrmaterialien diagnostische Messwerte[7] bei Erektionsproblemen daran festgemacht, dass: »eine mindestens 70 %ige Rigidität (ausreichend für eine vaginale Penetration) erreicht werden sollte« (Kliesch et al. 2014, S. 333). Eine Vaginalplastik soll bei trans- und intergeschlechtlichen Personen »zur Ermöglichung des Koitus« (Bosinski et al. 2021a, S. 384; vgl. Richter-

6 Eine existierende Vagina dagegen reicht für die Autor*innen für die Kohabitationsfähigkeit aus. So schreiben Beier et al.: »Inappetente Frauen können im Gegensatz zu erektionsgestörten Männern Koitus durchführen, den sie auch häufig – aus nichtsexuellen Motiven – über sich ergehen lassen« (Beier et al. 2021d, S. 232).

7 Hier materialisiert sich Heteronormativität also in Diagnoseinstrumenten.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Appelt 2007, S. 238) durchgeführt werden. Andere Sexualpraktiken wie Oralverkehr müssen letztlich als unnatürlich verstanden werden.[8] Nur in einem Lehrmaterial wird Geschlechtsverkehr nicht mit Penis-in-Vagina-Sex gleichgesetzt, sondern verschiedene Praktiken nebeneinandergestellt (vgl. AMBOSS o. J.i., o. S.):

- Ungeschütze Sexualkontakte: Häufigster Infektionsweg
  - Analverkehr: Übertragungsrisiko für den aufnehmenden Sexualpartner höher als für den eindringenden
  - Vaginalverkehr: Übertragungsrisiko für den aufnehmenden Sexualpartner höher als für den eindringenden
  - Oralverkehr: Sehr geringes Übetragungsrisiko

Repronormativität

Die Annahme, dass grundsätzlich alle Sexualität zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen stattfindet und Penis-in-Vagina-Sex ist, führt auch dazu, dass alle Sexualität als potentiell reproduktiv gefasst wird. So soll bei allen Frauen im gebärfähigen Alter zur Abklärung unklarer Unterbauchbeschwerden grundsätzlich ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden, empfiehlt die Plattform AMBOSS (o. J.e, o. S.), ungeachtet dessen, ob diese Patient*innen überhaupt sexuell aktiv sind bzw. auf eine Weise sexuell aktiv sind, bei der sie schwanger werden können. Reproduktion wird, wie sich bereits in Kapitel 6 zu Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion zeigte, als fundamentales menschliches Bedürfnis gerahmt. Bei AMBOSS lernen Studierende, dass eine Vasektomie bei kinderlosen Personen kontraindiziert ist (AMBOSS o. J.j, o. S.). In einer Vorlesung zum weiblichen Genitalapparat (Stadt C, FS 1, F 114) findet sich eine Grafik zur Entwicklung von Eizellen, die hier aus urheberrechtlichen Gründen nicht reproduziert werden kann. In der Grafik, die mit »Was für eine Verschwendung…« übertitelt ist, wird dargestellt, dass sich aus 7.000.000 Primordialfollikel nur 1,5 Embryonen entwickeln. Jede Station, an der Eizellen unbefruchtet absterben, (z. B. weil es sich um atretische Follikel handelt oder weil die Eizelle unbefruchtet bleibt), ist mit weinenden und traurigen Emojis markiert, während ausschließlich das Endprodukt eines Embryos mit einem lachenden Emoji bedacht wird. Eizellen, die sich nicht zu einem Embryo weiterentwickeln, werden hier als Verschwendung bezeichnet und mit weinenden und traurigen Emojis begleitet, während die Weiterentwicklung zum Embryo ein freudiges Emoji

8 Während Sexualpraktiken wie Oral- und Analsex von Menschen verschiedentlicher sexueller Orientierungen praktiziert werden, sind diese bei queeren Personen die eher primären Sexualpraktiken (im Gegensatz zu Penis-in-Vagina-Sex bei cisgeschlechtlichen heterosexuellen Paaren). Daher trifft die Abwertung von Sexualpraktiken, die kein Penis-in-Vagina-Sex sind, queere Personen in besonderem Maße.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

als Dekorationselement erhält. Schwanger zu werden ist damit etwas Gutes und das Ziel der Produktion von Eizellen.

Wie ich bereits ausgeführt habe, basiert Heteronormativität auf der Verknüpfung von körperlichen Merkmalen, Geschlecht und sexueller Orientierung (Butler 2016 [1991]). Genau diese heteronormative Verknüpfung findet sich auch in den Lehrmaterialien: Beier et al. definieren Geschlecht bspw. als »bipolar-dichotom« (Beier et al. 2021c, S. 66), da »nur biologische Frauen menstruieren, Kinder empfangen, gebären und stillen können, während biologische Männer die hierfür notwendigen Strukturen bzw. Funktionen nicht haben, dafür aber diejenigen, die es ihnen ermöglichen, Kinder zu zeugen« (Beier et al. 2021c, S. 66). Intergeschlechtliche Menschen sind in dieser Denkart, in der Menschen anhand ihrer Reproduktionsfähigkeit grundsätzlich als männlich oder weiblich eingeordnet werden können, eine Störung (Beier et al. 2021c, S. 66). Hier wird die Butlersche Triade (vgl. Kapitel 2.2), die Heteronormativität ausmacht, um eine Dimension erweitert: ein Ausschluss aus der intelligiblen Geschlechternorm kann auch deswegen erfolgen, weil eine Person nicht (oder nicht normativ) reproduktionsfähig ist. Diese heteronormative Gleichsetzung von Körper, Reproduktionsfähigkeit, Geschlechtsidentität, Geschlechterrolle, sexueller Orientierung und Sexualpraktiken (vgl. Epstein 2018, S. 1047) wird in den medizinischen Lehrmaterialien, aber auch in der Analyse medizinischer Wissensproduktion und Behandlungspraxis immer wieder deutlich.

Darstellungen queerer Sexualität

Queere Sexualität findet sich in den Lehrmaterialien auf vier verschiedene Arten. Entweder ist sie unsichtbar (insbesondere in Bezug auf Sexualität zwischen Menschen mit Vulva), risikobehaftet (insbesondere bei ↗MSM), exzessiv (insbesondere in Bezug auf die Zuschreibung von ↗Promiskuität) oder im Licht der Evolutionsbiologie nutzlos. Diese vier Darstellungsformen führe ich nun nacheinander aus.

Erstens: An keiner einzigen Stelle im Material finden sich Lerninhalte zu Sexualität zwischen Personen mit Vulven. Diese Form der Sexualität bleibt im Material damit völlig unsichtbar, was Konsequenzen für die Behandlungspraxis queerer Patient*innen hat (siehe Kap 8).

Zweitens: Als risikobehaftete und deviante Sexualität gilt in den Lehrmaterialien insbesondere Sexualität zwischen Männern. Dies ist zudem die einzige Instanz, in der queere Sexualität in den Lehrmaterialien überhaupt sichtbar wird: »MSM haben häufig ein erhöhtes Risiko für den Erwerb von ↗STI, vor allem bei hoher Partnerzahl und ungeschütztem Analverkehr, nicht selten kombiniert mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen« (Köhn und Spornraft-Ragaller 2021, S. 762; vgl. Ochsendorf und Schöfer 2012, S. 202).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Drittens: In Bezug auf das STI-Risiko sind ↗HIV und ↗AIDS besonders relevant. Zur metaphorischen Aufladung von HIV und AIDS und zur damit verbundenen Marginalisierung von u. a. queeren Personen schrieb Susan Sontag (1989) ›AIDS und seine Metaphern‹. Über AIDS wird, so Sontag, als Invasion, Verunreinigung, Ausschweifung, Kriminalität und Abartigkeit gesprochen. Außerdem ist mit AIDS ein Schulddiskurs verknüpft. AIDS gilt also als Folge sexuellen Exzesses und Perversion (also als Resultat ganz bestimmter sexueller Praktiken wie Analsex, nicht Sexualität als solcher) – ja sogar als Strafe für eine ganze Gruppe (Sontag 1989, S. 28). Damit wird klar: AIDS ist eine Krankheit der anderen, der geotherten – derer, die z. B. nicht *weiß*, nicht heterosexuell, nicht cisgeschlechtlich – kurz: nicht privilegiert sind (Sontag 1989, S. 30). Damit dient sie gleichzeitig auch einem didaktischen Zweck (Sontag 1989, S. 60), nämlich Menschen daran zu erinnern, welche Strafe ihnen für normabweichendes Verhalten droht. Das Sprechen über AIDS ist also immer wieder auch Ausdruck von Homofeindlichkeit und allgemeiner Ängste der jeweiligen Zeit:

> »Aids eignet sich so vortrefflich zur Erregung von vertrauten, konsenserzeugenden Ängsten, wie sie seit mehreren Generationen kultiviert worden sind, etwa der Angst vor ›Subversion‹ – wie auch von Ängsten, die erst neuerdings aufgekommen sind, wie der vor unkontrollierbarer Verschmutzung […], daß es wohl unvermeidlich war, sich in dieser Gesellschaft Aids als etwas Totales, Zivilisationsgefährendes vorzustellen« (Sontag 1989, S. 68).

In den analysierten Lehrmaterialien zeigt sich diese metaphorische Aufladung: Als Hauptrisikogruppen für eine HIV-Infektion zählen Köhn und Spornraft-Ragaller (2021, S. 763) »promiske Heterosexuelle, Homosexuelle, i.v.-Drogenabhängige« auf. Während heterosexuelle Menschen also nur mit einem bestimmten Verhalten (Promiskuität) als gefährdet gelten, gilt dies nicht für homosexuelle Menschen, denen das Risiko pauschal unterstellt wird. Ähnliche Formulierungen über heterosexuelle Sexualität finden sich in den Lehrmaterialien fast nicht (Ausnahmen: Stadt C, FS 26, F15; AMBOSS o. J.i, o. S.). MSM tauchen in Lehrmaterialien auch ausschließlich im Hinblick auf sexuell übertragbare Infektionen auf (vgl. Stadt C, FS 26, F 10) und sie werden unter dem Begriff »heterosexuelles Bridging« (Stadt A, FS 5, F 82) als Gefahr für die heterosexuelle Bevölkerung dargestellt. *Heterosexuelles Bridging* ist kein feststehender Begriff. Ich vermute, dass es sich hierbei um MSM handelt, die auch ›heterosexuellen‹ Geschlechtsverkehr haben. Dadurch schlagen sie eine Brücke (im Englischen ›bridge‹) zwischen der queeren Community mit ihrem zugeschriebenen HIV-Risiko und der heterosexuellen Gesellschaft und können diese – um mit Sontag zu sprechen – verunreinigen. Queere Sexualität, spezifisch Sexualität zwischen Männern, wird damit in den Lehrmaterialien als gefährlich und als exzessiv (da in

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Kombination mit Drogenkonsum und mit wechselnden Partner*innen) konstruiert und so problematisiert.

Viertens: Dass alle Sexualität als potentiell reproduktiv gerahmt wird, führt auch dazu, dass nicht-reproduktive, d. h. insbesondere queere Sexualitäten zu erklärungsbedürftigen Phänomenen werden:

> »Die aus den bisherigen Ausführungen ableitbare Bejahung einer biologischen Prädisposition für die geschlechtstypische (kontinuierliche oder bimodale) Verteilung der sexuellen Orientierung wirft die Frage nach deren biologischem Sinn auf. Während dieser für die exklusiv heterosexuelle Orientierung unstrittig ist – nur so ist geschlechtliche Fortpflanzung und damit Weitergabe genetischer Information möglich [sic!] –, ist dies für exklusiv homosexuelle Orientierung umstritten. […] Der ›altruistische‹ Verzicht auf eigenen Reproduktionserfolg [bei homosexuellen Personen, AS] würde demnach eine Erhöhung des Reproduktionserfolges naher Verwandter – und damit indirekt eine Reproduktion der eigenen Gene (die man bis zu einem gewissen Prozentsatz mit ihnen teilt) – befördern. Dies könnte unter bestimmten Umständen ›effektiver‹ sein als direkte eigene Fortpflanzung« (Beier et al. 2021c, S. 100–101).

Homosexualität braucht also einen biologischen Sinn um in einem repro- und heteronormativen Rahmen intelligibel werden zu können. Solange sich keine reproduktive Funktion für queere Menschen hypothetisieren lässt, gilt ihre Sexualität als unnütz und erklärungsbedürftig – anders als Heterosexualität, deren Funktion »unstrittig« (ebd.) ist.

7.4 Rhetorische Akzeptanz von Homosexualität

Rhetorische Akzeptanz

Ich stelle die These auf, dass sich in den analysierten Lehrmaterialien eine rhetorische Akzeptanz von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, bzw. spezifisch von Homosexualität zeigt. Dabei rekurriere ich auf Angelika Wetterers (2003) Begriff der rhetorischen Modernisierung. Wetterer konstatiert, dass sowohl im Alltag als auch in der Wissenschaft grundsätzlich von einer Modernisierung des Geschlechterverhältnisses und erreichter Gleichberechtigung gesprochen wird. Gleichzeitig folgen soziale Strukturen, Institutionen und das Alltagshandeln (z. B. in Bezug auf die Berufswahl oder Aufteilung von Care-Arbeit in Paarbeziehungen) von Menschen jedoch veralteten und stereotypen Geschlechterbildern (Wetterer 2003, S. 289–290). Dies führe dazu, so Wetterer, dass über die weiterhin existente Ungleichheit nicht gesprochen werden könne. Das bedeutet, dass auf die rhetori-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sche Modernisierung zu einer Dethematisierung von Ungleichheit führt (Wetterer 2003, S. 290–291).

Ein vergleichbares Phänomen gibt es in den analysierten Lehrmaterialien: So findet sich zwar auf der sprachlichen Ebene eine Akzeptanz, insbesondere von Homosexualität. Sie wird als normale ↗sexuelle Orientierung präsentiert, die gesellschaftliche Akzeptanz verdient: Studierende lernen Homosexualität als Begriff kennen, erfahren, dass Teil der sexuellen Präferenzen von Patient*innen ist, welches Geschlecht die bevorzugten Partner*innen haben (Hartmann 2011, S. 74), und dass es gleichgeschlechtliche Sexualität historisch und kulturübergreifend schon immer gab (Beier et al. 2021c, S. 90–91). Häufig wird betont, dass Homosexualität inzwischen entpathologisiert ist und dass Konversionstherapien schädlich und unwissenschaftlich sind (Beier et al. 2021c, S. 92). Beier et al. (2021c, S. 93) schreiben auch, nachdem sie den Forschungsstand zu gleichgeschlechtlicher Sexualität unter Menschenaffen nachvollziehen: »Allein schon diese Befunde der Tierverhaltensforschung führen die (gottlob mittlerweile obsolet gewordene) Bezeichnung der Homosexualität als ›widernatürliche Unzucht‹ ad absurdum«. In einem Foliensatz zu Geschlechtervarianz werden verschiedene sexuelle Orientierungen aufgezählt, darunter auch Asexualität, Pansexualität und Heterosexualität – die dadurch ein einziges Mal im gesamten Korpus ihren Status als unsichtbare Norm verliert (Stadt A, FS 19, F 16). Im Hintergrund wird Homosexualität jedoch als erklärungsbedürftig und anders konzipiert. Heterosexualität als Norm dagegen wird nicht hinterfragt oder dekonstruiert. Als Konsequenz lernen Studierende kaum Inhalte, um die spezifische Situation queerer Patient*innen adäquat zu verstehen und sie dementsprechend kompetent behandeln zu können.

Fehlen komplexer Darstellungen

Entsprechend mangelt es in den Lehrmaterialien an komplexeren, d. h. multidimensionalen Darstellungen von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt: Nur an einer Stelle gibt es Hinweise darauf, dass es schwierig ist, von einer einzigen und eindeutigen Definition von Homosexualität auszugehen, da der Begriff ein komplexes Phänomen beschreibt (Plöderl 2012, S. 277). Außerdem wird nur im Artikel von Plöderl eine Offenheit für die Fluidität und Multidimensionalität sexueller Orientierung expliziert: »Die gängige Praxis, Menschen entweder als heterosexuell oder homosexuell zu klassifizieren, ist abzulehnen, weil sie der Vielfalt und der graduellen Abstufung menschlicher Sexualität nicht entspricht« (Plöderl 2012, S. 278; vgl. Faller et al. 2016b, S. 295). Dieser Artikel ist ebenfalls das einzige Lehrmaterial, das schwul und bisexuell als Selbstbezeichnungen erklärt und in dem das ↗Coming Out und seine Bedeutung erklärt werden (Plöderl 2012, S. 277–279).[9]

9 Bei Beier et al. wird der Begriff zwar erwähnt, aber nicht erklärt (Beier et al. 2021c, S. 103).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Nur in zwei Lehrmaterialien wird Studierenden erklärt, dass das Sexualverhalten und die Selbstdefinition von Menschen nicht zueinander passen müssen (Hartmann 2011, S. 82; Beier et al. 2021c, S. 87). Außerdem werden Medizinstudierende in den Lehrmaterialien nur zwei Mal dazu aufgefordert, stereotype Vorstellungen von Homosexualität zu hinterfragen (Dannecker 2007, S. 63; Beier et al. 2021b, S. 33), entsprechende konkrete Reflexionsaufgaben o. ä. gibt es allerdings nicht. Die Fluidität sexueller Orientierung, die Vielfalt von Selbstbezeichnungen und spezifische Inhalte zur Lebenssituation queerer Personen sind in den Lehrmaterialien damit als Leerstelle einzuordnen.

Heteronormative Vorannahmen

Grundlegend wird in den Lehrmaterialien davon ausgegangen, dass alle Patient*innen heterosexuell sind, was ich als *heteronormative Vorannahme* bezeichne. Gleichzeitig wird vermittelt, dass Homo- und Bisexualität Normvarianten menschlicher Sexualität seien (Beier et al. 2021c, 20, 104), »regelhafte Abweichungen vom Mittelwert der sexuellen Orientierung« (Beier et al. 2021c, S. 94) oder sogar »mögliche Variation menschlicher Sexualität« (Beier 2009, S. 559) – ganz so als seien sie hypothetisch denkbar, aber nicht real existent. In diesen Formulierungen wird Heterosexualität explizit als Norm gesetzt, von der queere Personen abweichen. Das zeigt sich auch an der Definition für sexuelle Orientierung, die bei Beier et al. (s. u.) gegeben wird. Diese macht zwar deutlich, dass nicht alle Personen heterosexuell sind, lässt nichtheterosexuelle Personen aber unerwähnt: »Sexuelle Orientierung: Die Mehrzahl der Frauen fühlt sich durch Männer, die Mehrzahl der Männer durch Frauen sexuell-erotisch angezogen« (Beier et al. 2021c, S. 85). Auch in Bezug auf schwangere Patient*innen (die ausschließlich als Frauen imaginiert werden) ist häufig ausschließlich von einem Partner die Rede (Stadt A, FS 5, F 77; Stadt C, FS 25, F 2).

Darstellung von Bisexualität

Der Begriff Bisexualität taucht nur äußerst selten in den Lehrmaterialien auf – und wenn, dann steht er häufig nicht für die sexuelle Orientierung.[10] In einigen Lehrmaterialien wird im Rückbezug auf Kinsey von einem »heterosexuell-homosexuellen Kontinuum« gesprochen (Düring 2007, S. 31; Beier et al. 2021c, S. 86), wobei Bisexualität häufig unerwähnt bleibt. Studierende lernen, dass die Existenz sowohl des heterosexuell-homosexuellen Kontinuums wie auch von Bisexualität als sexueller Orientierung »aufgrund neuerer empirischer Untersuchungen bestritten« wurden (Beier et al. 2021c, S. 86). Im Fazit zu einem Fallbeispiel erfahren Studierende:

10 Bei Steller et al. (2021, S. 7) steht Bisexualität bspw. für Androgenisierungserscheinungen bei weiblich zugewiesenen Neugeborenen, also für Intergeschlechtlichkeit.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

»In einer Partnerschaft mit einem bisexuellen Partner findet ein ›sexuelles Outing‹ nicht selten erst anlässlich der Diagnose mit einer STI bzw. einer HIV-Diagnose statt« (Köhn und Spornraft-Ragaller 2021, S. 776). Hier wird suggeriert, dass bisexuelle Personen häufig von STIs und insbesondere HIV betroffen sind und dass sie ihre sexuelle Orientierung gegenüber ihren Partner*innen verschweigen. Bisexuelle Personen werden so auf Stereotype reduziert. Das bedeutet: Im gesamten Korpus gibt es keine einzige ausführliche Erwähnung von Bisexualität, Informationen zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage von bisexuellen Personen oder Hinweise zu einem spezifisch affirmativen Umgang mit bisexuellen Patient*innen. Stattdessen finden sich Inhalte, die mononormativ bzw. bifeindlich sind, d. h., in denen die Existenz von Bisexualität angezweifelt wird bzw. in denen bifeindliche Stereotype reproduziert werden.

Darstellung von Asexualität

Asexualität ist bis auf eine Präsentation in den Lehrmaterialien unsichtbar. Die Lehrmaterialien sind von Allonormativität und Afeindlichkeit geprägt. Der Begriff Asexualität wird entsprechend nicht erwähnt. Dass manche Menschen keine oder wenig sexuelle Anziehung verspüren, wird weder aufgegriffen noch die Annahme dekonstruiert, dass alle Patient*innen sexuell aktiv sind oder sein wollen. So ist z. B. in dieser Definition von Beier et al. (2021c, S. 86) zu sexueller Orientierung kein Platz für asexuelle Menschen:

> »Bei der sexuellen Orientierung handelt es sich um eine lebenslang überdauernde, tief in der Persönlichkeit verankerte sexuell-erotische Attraktion durch und Ausrichtung auf Angehörige des eigenen, des anderen oder beider Geschlechter«.

Asexualität wird zudem auch explizit als legitime Identität und Orientierung verworfen. So schreiben Richter et al. (2012, S. 275) in ihrem Kapitel zu Sexualität im Alter über die notwendige Enttabuisierung von Sexualität als Gesprächsthema zwischen Senior*innen und ihren Ärzt*innen: »Um dies langfristig zu installieren, bedarf es einer Enttabuisierung von Sexualität im Alter, indem […] die Vorstellung der Asexualität im Alter verworfen wird«.[11] Asexualität wird hier rein als Abwesenheit von sexueller Aktivität, anstatt als Abwesenheit sexueller Anziehung verstanden.

In einer Vorlesungseinheit zu ↗Sexualmedizin findet sich dagegen eine Folie, in der Studierende eine Definition für Asexualität lernen, die Häufigkeit von Ase-

11 Diese Textstelle kann auch produktiv gelesen werden, da hier alten Menschen eine eigene und aktive Sexualität zugeschrieben wird und damit die Entsexualisierung alter Menschen dekonstruiert wird. Durch die normative Formulierung, die Asexualität im Alter grundlegend verwirft, werden allerdings asexuelle alte Menschen unsichtbar gemacht.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

xualität erfahren und das Netzwerk AVEN als asexuelle Organisation kennenlernen (Stadt C, FS 16, F 8). In der zusammenfassenden Folie am Ende des Foliensatzes wird außerdem nochmal auf Asexualität hingewiesen: »Sexualität ist für die meisten Ihrer zukünftigen Patient:innen wichtig« (Stadt C, FS 16, F 42). Es ist also möglich, das Thema Asexualität in der medizinischen Lehre affirmativ aufzugreifen, nur wird das in den meisten Lehrmaterialien nicht umgesetzt.

7.5 Unsichtbarkeit

Unsichtbarkeit von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt

In den untersuchten Lehrmaterialien zeigt sich Heteronormativität deutlich darin, dass die Vielfalt von sexueller und romantischer Orientierung und Geschlecht – mit der Ausnahme von (medikalisierenden Inhalten zu) Trans- und Intergeschlechtlichkeit (s. u.) – unsichtbar ist und Studierende nichts dazu erfahren. Das schließt das Fehlen expliziter Informationen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt mit ein sowie das Fehlen der Anwendbarkeit der bereitgestellten Informationen auf queere Personen und die Unsichtbarkeit von Themen wie z. B. Asexualität. Auch wird nur selten auf den sozialen Wandel der vergangenen Jahrzehnte aufmerksam gemacht, der (wie in Kapitel 2.7 ausgeführt) zu einer größeren Akzeptanz queerer Existenzweisen geführt hat (exemplarisch: Sperlich und Geyer o. J., o. S.). Zur queeren Community gibt es in den Lehrmaterialien keine Inhalte, Begriffe wie *Coming Out* oder ↗*LSBATIQ* werden nur in Ausnahmefällen aufgegriffen (Stadt C, FS 14, F 10), auch die Bedeutung und Geschichte der Community werden Medizinstudierenden nicht vermittelt. Außerdem werden Begriffe wie *cisgeschlechtlich* nicht benutzt, womit die Norm, von der ausgegangen wird, unmarkiert bleibt.

Queerness ist in den Stichwort- und Inhaltsverzeichnissen der Lehrmaterialien nicht vorhanden. Dies fasse ich als eine Materialisierung von Heteronormativität, die bestimmte Themen als unwichtig konzipiert und daher unsichtbar macht. Homosexualität wird nur selten als Stichwort z. B. bei Beier et al. (2021a, S. 910) genannt, die Stichworte ›schwul‹ oder ›lesbisch‹ allerdings finden sich nur bei Nieschlag et al. (2009b, S. 666). Bisexualität taucht nur im Stichwortverzeichnis von Beier et al. (2021a, S. 906) auf; auch auf AMBOSS finden sich dazu keine Inhalte. Damit ist Bisexualität in den untersuchten Dokumenten fast vollständig unsichtbar. Dies gilt ebenso für Asexualität. Heterosexualität findet sich als Stichwort nur bei Beier et al. (2021a, S. 910) – auch auf AMBOSS gibt es dazu keine ausführlichen Inhalte.[12] Wie sich in dieser Analyse zeigt, erscheint Heterosexualität als unhinterfragbare

12 An zwei Stellen wird der Kondomgebrauch bei heterosexuellem Sex bei Vorliegen bestimmter Erkrankungen diskutiert.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Norm und ist daher nicht erklärungsbedürftig. Trans- und Intergeschlechtlichkeit sind dagegen in den Lehrmaterialien deutlich sichtbar, weil sie darin medikalisiert werden.

Unsichtbarkeit in den Lehrmaterialien

Wie bereits beschrieben, wird in den Lehrmaterialien davon ausgegangen, dass es nur zwei Geschlechter gibt und dass Sexualität grundsätzlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen in Form von Penis-in-Vagina-Sex stattfindet. So wird meistens (Ausnahmen s. o.) nur die Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen bei verschiedengeschlechtlichen Paaren gelehrt und damit keine spezifischen Inhalte zu Übertragungswegen und Behandlung bei queeren Paaren gegeben. In einem Lehrbuch heißt es bspw. in einem Merke!-Kasten: »Die Diagnose einer STI bedeutet: Partnerdiagnostik und -therapie« (Ochsendorf und Schöfer 2012, S. 201). Dieser Merksatz differenziert nicht nach Sexualpraktiken und Genitalien der beteiligten Partner*innen. So werden an mehreren Stellen auch Erkrankungen wie ↗bakterielle Vaginosen nicht als sexuell übertragbare Infektionen gefasst, die eine Partnertherapie erforderlich machen würden (Stadt A, FS 5, F 43; Stadt B, FS 1, F 9; Stadt C, FS 38; F 14; AMBOSS o. J.d, o. S.). Dies ist in Bezug auf Geschlechtsverkehr zwischen zwei Personen mit Vulva faktisch falsch (Boston Women's Health Book Collective 2011, S. 88). Damit werden Medizinstudierende weder dazu befähigt, queere Patient*innen spezifisch über die Risiken und angemessenen Präventionsmaßnahmen bei Geschlechtsverkehr zu beraten, noch sie zu behandeln. Diese Unsichtbarkeit von queeren Existenzweisen gilt sowohl für die Lehrbücher, als auch für die Präsentationen und die AMBOSS-Artikel. Auch ganz grundsätzlich wird z. B. in der sexualmedizinischen Lehre eine Paarzentrierung für die Behandlung gefordert, die ausschließlich verschiedengeschlechtliche Beziehungen imaginiert:

> »Im Sinne des Paracelsus-Wortes ›Der Patient ist der Arzt und der Arzt ist sein Gehilfe‹ liegt die eigentliche, therapeutisch wirksame Arbeit beim Paar; der ›Gehilfe‹ begleitet es durch seinen Blick auf das Paar – Anregungen gebend, klärend, stützend, konfrontierend, möglicherweise als Dolmetscher zwischen unterschiedlichen Persönlichkeiten und Geschlechtern agierend« (Beier et al. 2021b, S. 9).

Unsichtbarkeit von Heteronormativität

Dass verschiedene Gruppen gesellschaftlich marginalisiert sind und Marginalisierung Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann, vermitteln einige der Lehrmaterialien. Auf Wissen aus der Geschlechterforschung zu Marginalisierung und spezifisch zu Heteronormativität wird dabei nicht zurückgegriffen. So wird nicht weiter ausgearbeitet, was Begriffe wie *Diskriminierung* oder *Benachteiligung*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bedeuten und welche Auswirkungen sie auf die Lebenssituation queerer Personen haben. Begriffe wie »soziale Norm« (Sperlich und Geyer o. J., S. 1) »soziale Ungleichheit« (Gutzwiller und Paccaud 2011, S. 24) oder »Diskriminierung« (AMBOSS o. J.c, o. S.) werden in manchen medizinsoziologischen Lehrmaterialien zwar erklärt, aber nicht mit der Marginalisierung queerer Personen in Verbindung gebracht. An anderer Stelle wird Medizinstudierenden z. B. in den Lehrbüchern erklärt, dass queere Personen »sozial benachteiligt« (Kliesch et al. 2014, S. 317) sind oder historisch »Pönalisierung« (Beier et al. 2021c, S. 86), »Marginalisierung, Pathologisierung und Kriminalisierung« (Beier et al. 2021c, S. 103) erlebt haben. Interessanterweise werden diese Begriffe nur in Bezug auf die Vergangenheit und nicht die Gegenwart verwendet. Hier zeigt sich wiederum die *Rhetorische Akzeptanz*: Die Lehrbücher stellen es so dar, als gehöre die Marginalisierung queerer Personen in- und außerhalb der Medizin der Vergangenheit an, womit das Sprechen über die tatsächlichen Marginalisierungserfahrungen queerer Personen verunmöglicht wird.

Allein in einer kurzen Passage wird auf die Verantwortung der Medizin für die Marginalisierung und Pathologisierung eingegangen und eine Aufarbeitung davon gefordert (Poluda 2007, S. 43). Dass Homosexualität unter Ärzt*innen bis vor wenigen Jahrzehnten als behandlungsbedürftige Krankheit galt, fehlt als Information in den allermeisten Lehrmaterialien (Ausnahme: Dannecker 2007) oder wird nur als Beispiel für den Wandel sozialer Normen genannt, aber nicht weiter ausgeführt (Sperlich und Geyer o. J., S. 2). Entsprechend lernen Medizinstudierende nicht, dass Heteronormativität eine Struktur ist, welche die ganze Gesellschaft durchzieht und auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Mechanismen wirkt. Stattdessen verbleibt die Aufklärung über Diskriminierung z. B. nur bei der Erwähnung von »homosexualitätsabwertende[n] […] Beschimpfungen« (Quenzel o. J., S. 4).

Nur an wenigen Stellen wird darauf hingewiesen, dass Diskriminierung Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit marginalisierter Menschen haben kann (Lampert et al. o. J., S. 4), die spezifische Situation queerer Personen wird dabei nur selten erwähnt (Plöderl 2012, S. 280–281; Beier et al. 2021c, S. 89). So lernen Studierende auf AMBOSS, dass sozialer Stress und »Zugehörigkeit zu Randgruppen in der Gesellschaft« (AMBOSS o. J.o, o. S.) die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Alkoholabhängigkeit oder Suizidalität zu entwickeln, queere Personen werden hier aber nicht spezifisch erwähnt (vgl. Stadt A, FS 12, F 3; Stadt A, FS 15, F 12; Stadt A, FS 18, F 40; Ausnahmen: Plener und Freudenmann 2012, S. 293; Beier et al. 2021c, S. 105). Der Begriff der *internalisierten Homophobie*, mit dem die Auswirkungen von Diskriminierung sichtbar werden könnten, fällt bspw. in allen Lehrmaterialien nur einmal (Plöderl 2012, S. 279–280).

In den Präsentationen zu Geschlechtervarianz dagegen lernen Studierende spezifische Informationen über das Suizidrisiko von trans Patient*innen (Stadt A, FS 19, F 20). In einer der Präsentationen wird spezifisch der Begriff *Transfeindlichkeit*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

erklärt[13] und als Teilaspekt der mentalen Gesundheit von trans Personen behandelt (Stadt A, FS 19, F 11, 23). In einer anderen Präsentation werden Forschungsergebnisse zu Gewalt gegen nicht-binäre Personen zusammengefasst (Stadt C, FS 42, F 13, 60) und erwähnt, dass nicht-binäre Personen Kontakte zum Gesundheitssystem meiden, weil sie dort Stigmatisierung befürchten bzw. Diskriminierung erleben (Stadt C, FS 42, F 61, 62). Hiermit kommt die Medizin als Institution in den Blick, die Diskriminierung ausübt. Wie sich in der weiteren Analyse noch zeigen wird, unterscheiden sich die Präsentationsfolien stark von den Lehrbüchern und von AMBOSS in Bezug auf die Darstellung von Transgeschlechtlichkeit. Medizinstudierende lernen folglich in den Lehrbüchern kaum etwas über die Marginalisierung von queeren Personen und die Auswirkungen auf ihre Gesundheit. In den Präsentationsfolien wird teilweise auf Transfeindlichkeit eingegangen, andere Marginalisierungen von queeren Personen (wie z. B. Homofeindlichkeit) werden aber nicht vermittelt.

Null-Lehrplan zur Versorgung queerer Patient*innen

Grundsätzlich findet sich auch im Hinblick darauf, was Medizinstudierende spezifisch über die Versorgung queerer Patient*innen lernen, dieselbe Unsichtbarkeit von sexueller, romantische und geschlechtlicher Vielfalt. Wenn queere Patient*innen überhaupt erwähnt werden, geht es in den allermeisten Fällen um das HIV-Risiko von queeren Männern (Faller et al. 2016a, S. 349). Beier et al. geben als eins von insgesamt zwei Lehrbüchern überhaupt Hinweise dazu, wie Ärzt*innen das Coming Out von jugendlichen Patient*innen begleiten sollen (z. B. den Eltern eine Beratung anzubieten, Kontakte zu lokalen Community-Angeboten zu schaffen oder eine ›Safer-Sex-Beratung zu geben[14]) (Beier et al. 2021c, S. 103–104). Queere cis Frauen werden im gesamten Korpus nur ein einziges Mal thematisiert – und zwar in Bezug darauf, dass sie mithilfe einer Samenspende ein Kind bekommen können (Kliesch et al. 2009, S. 522). An vereinzelten Stellen wird bei AMBOSS eine sprachliche Repräsentation von gleichgeschlechtlicher Sexualität geschaffen, indem z. B. im Artikel zu »Entzündungen des weiblichen Genitaltrakts« eine »Mitbehandlung des Partners oder der Partnerin« empfohlen wird (AMBOSS o. J.f, o. S.). Entsprechende Formulierungen finden sich in den Lehrbüchern oder Präsentationen nicht.

13 Bei AMBOSS heißt es an einer Stelle: »Gegenüber Menschen mit Transidentität gibt es nochmal spezielle Bias und Diskriminierung, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen wird« (AMBOSS o. J.c, o. S.).

14 Wie ich an anderer Stelle zeige, wird Medizinstudierenden aber keinerlei Wissen dazu vermittelt, wie Safer Sex für queere Personen (abgesehen von MSM) funktioniert. Insofern ist dieser Hinweis für Medizinstudierende und ihre zukünftigen Patient*innen nicht besonders hilfreich.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Durch die Lehrmaterialien erlangen die Medizinstudierenden also kaum Wissen über Heteronormativität und ihre Wirkungsweisen. Auch über die Versorgung queerer Patient*innen, sowohl was ihre Regelversorgung als auch spezifische Anliegen angeht, erhalten sie kaum Informationen. Ohne spezifisches Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt sowie zu Heteronormativität wird es allerdings für Medizinstudierende kaum möglich sein, internalisierte Stereotype zu überwinden, das eigene klinische Handeln zu reflektieren und nicht-heteronormative Behandlungspraxen zu etablieren.

7.6 Medikalisierung von geschlechtlicher Vielfalt

Während in den Lehrmaterialien betont wird, dass Homosexualität entpathologisiert sei und dies auch als gesellschaftspolitische Errungenschaft dargestellt wird, wird geschlechtliche Vielfalt weiterhin medikalisiert. So schreiben Korte et al. (2021, S. 454) bspw., dass das Verbot von Konversionstherapien an Minderjährigen, das 2020 in Deutschland in Kraft trat »vorbehaltlos zu begrüßen« sei, wenn es um Homosexualität gehe – kritisieren aber, dass dies auch für transgeschlechtliche Minderjährige gelte.

7.6.1 Transgeschlechtlichkeit

Darstellung von Transgeschlechtlichkeit

Transgeschlechtlichkeit wird in der Medizin – und damit auch in den Lehrmaterialien noch medikalisiert und medizinischer Kontrolle unterworfen.[15] Das bedeutet: Transgeschlechtlichkeit gilt als Störung, die durch die Medizin behandelt werden muss. So verwenden die untersuchten Lehrbücher Begriffe wie »Transsexualität«, »Transsexualismus« (Sigusch 2007b, S. 97)[16] und »Störungen der Geschlechtsidentität« (Faller et al. 2016b, S. 297) und bieten bspw. folgende Definition an:

> »Der bekannte Terminus Transsexualismus wird heute für die bezüglich der Geschlechtsidentitätsproblematik schwerste Ausprägung dieser Störung reserviert, die praktisch immer mit dem Wunsch nach (hormoneller und/oder chirurgischer) Geschlechtsumwandlung verbunden ist« (Hartmann 2011, S. 82).[17]

15 Die Veränderungen durch die Einführung im ICD-11 2022 werden durch die Lehrmaterialien häufig (noch) nicht abgebildet, sodass Studierende veraltete Informationen erlernen.

16 Nur in einem einzigen Lehrbuch finden sich Informationen darüber, welche Selbstbezeichnungen trans Personen für sich selbst verwenden und präferieren (Plöderl 2012, S. 278).

17 Außerdem werden in den Lehrbüchern Transgeschlechtlichkeit und Homosexualität mehrfach miteinander vermischt, z. B. in dem es heißt, dass geschlechtsuntypisches Verhalten

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

In diesem Satz wird Transgeschlechtlichkeit explizit als Problem und Störung bezeichnet und damit medikalisiert. Hier wird außerdem postuliert, dass alle trans Personen den Wunsch nach medizinischen Transitionsmaßnahmen haben und so die Vielfalt transgeschlechtlicher Existenzweisen auf eine einzige Existenzweise verengt und normiert. Bei Bosinski et al. werden diese ›echten‹ transgeschlechtlichen Menschen mit »transsexuelle[…][r] [↗]Geschlechtsdysphorie« von Menschen abgegrenzt, die sich z. B. als ›divers‹ oder ›transgender‹ bezeichnen würden (Bosinski et al. 2021a, S. 375; vgl. Bosinski et al. 2021b, S. 401). Bosinski et al. (2021b, S. 411) beschreiben außerdem ›androphile‹ und ›gynäphile‹ trans Personen als jeweils fundamental unterschiedliche Typen. So würden sich androphile trans Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren outen und ihre ↗Menarche als traumatisch erleben, während gynäphile trans Männer mit über 35 Jahren ihr Coming Out hätten und ihre Menarche als unproblematisch wahrnähmen. Hier zeigt sich die Festlegung queerer Personen auf jeweils einen Typus (wie z. B. den schwulen trans Mann), wobei keine Offenheit für die Komplexität und Vielfalt der trans Community existiert. Trans Personen (bzw. hier spezifisch ↗transmaskuline Personen), so lernen Studierende bspw. im folgenden Ausschnitt, hassen ihren Körper, sind belastet durch Körperfunktionen wie Menstruation, haben eine gestörte Sexualität und vermeiden Körperpflege:

> »Die Menarche sowie die wiederkehrenden Monatsblutungen werden zumeist als extrem belastende Ereignisse empfunden und sind ein steter Grund zur Klage. Der Genitalstatus selbst wird eher duldend hingenommen, die eigenen Geschlechtsorgane aber nicht als potentielle Quelle der Lust akzeptiert. Beginnend mit der [↗]Thelarche berichten die betroffenen Personen über unüberwindbare Schwierigkeiten den eigenen, sich weiblich entwickelnden Körper zu akzeptieren. Als grundsätzlich sichtbares Zeichen der Weiblichkeit werden die Brüste vehement abgelehnt […]. […] [U]nd die Betroffenen meiden beinahe phobisch jegliche Exposition des verhassten Körpers in der Öffentlichkeit […] oder bei der Körperpflege,« (Bosinski et al. 2021b, S. 412)

Trans Personen werden hier als grundlegend unzufrieden und unglücklich definiert und damit in ihrem ganzen Sein problematisiert (s. u.). Eine Kritik an dieser medikalisierenden und normierenden Sicht auf Transgeschlechtlichkeit findet sich in nur einem Lehrbuch. So schreibt Volkmar Sigusch (2007a, S. 347), die Medikalisierung von Transgeschlechtlichkeit sei: »ein Postulat, das aus mehreren Gründen […] höchst problematisch ist«. Sigusch macht dies daran fest, dass es eine gesellschaftliche Pluralisierung von geschlechtlichen Existenzweisen gegeben habe und dass die Medizin alle Phänomene, die ich hier als Transgeschlechtlichkeit bezeichne, nicht

---

oder Geschlechtsdysphorie auch auf Homosexualität hindeuten könnte (Korte et al. 2021, S. 454).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

differenziere. Außerdem kritisiert er die starke Abhängigkeit von trans Personen von der Medizin (Sigusch 2007a, S. 347).

Anders als bei Homosexualität finden sich in den Lehrmaterialien kaum kontextualisierende Hinweise dazu, dass es sich bei Transgeschlechtlichkeit z. B. um eine Variante menschlicher Geschlechtlichkeit handelt, oder dass es historisch und kulturübergreifend immer schon trans Personen gab (Ausnahme: Bosinski et al. 2021b, S. 396). Auch Nicht-Binarität wird in den Lehrbüchern kaum erwähnt (Ausnahme: Bosinski et al. 2021b, S. 397) und weder erklärt noch weiter ausgeführt. Nur selten werden auf die gesellschaftliche Pluralisierung geschlechtlicher Existenzweisen und die möglichen Auswirkungen für die medizinische Behandlung hingewiesen (Hartmann 2011, S. 83).

In den Präsentationen dagegen zeigt sich ein anderes Bild: Hier werden statt ›Transsexualität‹ Begriffe wie »Transidentität« verwendet, auf die Vielfalt von Geschlechtlichkeit hingewiesen (Stadt A, FS 19, F 2, 9), sprachliche Formen[18] verwendet, die nicht-binäre Menschen sichtbar machen (wie z. B. das Gendersternchen (Stadt A, FS 10, F 4; Stadt C, FS 30, F 1) oder den Doppelpunkt (Stadt C, FS 16, F 2)) und Entpathologisierungsbestrebungen nachgezeichnet (Stadt A, FS 19, F 12). Außerdem wird auch Nicht-Binarität erläutert (Stadt C, FS 42, F27-31; Stadt A, FS 19, F 14–15) und darauf hingewiesen, dass nicht alle trans Personen medizinische Transitionsmaßnahmen wünschen oder durchführen (Stadt A, FS 19, F 41). Auch wenn die Präsentationen im selben gesellschaftlichen Kontext und wissenschaftlichem Diskurs entstehen, zeichnet sich hier ein anderes Bild von Transgeschlechtlichkeit, das davon geprägt ist, trans Personen in ihrer Vielfalt ernst zu nehmen und Transgeschlechtlichkeit nicht als Störung aufzufassen.

Bei AMBOSS wird Transgeschlechtlichkeit unter dem Begriff »Transsexualität« (AMBOSS o. J.g, o. S.) bzw. »Geschlechtsinkongruenz« (AMBOSS o. J.h, o. S.) gefasst. Der aktuelle Prozess der Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit wird kurz erwähnt und u. a. damit begründet, dass die Zuordnung zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen problematisch sei (AMBOSS o. J.h, o. S.). Tiefergehende Informationen fehlen bei AMBOSS, im entsprechenden Artikel finden sich ausschließlich Hinweise zur Diagnostik und Kodierung nach ICD-10 und ICD-11 (AMBOSS o. J.h). Während also Begriffe und Herangehensweisen in den Lehrbüchern, E-Learning-Modulen und Präsentationen deutlich unterschiedlich

18 In den Lehrbüchern wird für Patient*innen und Ärzt*innen jeweils ausschließlich entweder das generische Maskulinum verwendet oder die Beidnennung. Auf AMBOSS finden sich sowohl das generische Maskulinum, die Beidnennung und verschiedene Formen geschlechterneutraler Sprache – ebenso in den Präsentationsfolien. Eine Ausnahme davon stellen gynäkologische Lehrmaterialien dar, die in Bezug auf die Patient*innen fast ausschließlich im generischen Femininum gehalten sind.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sind, zeigt sich dennoch in allen Materialien ein cisnormativ definiertes Geschlechterbild – in dem also Menschen dann der Norm entsprechen, wenn sie nicht transgeschlechtlich sind.

Medikalisierung des ganzen Seins

Gerade bei Transgeschlechtlichkeit betrifft die Medikalisierung nicht nur das Geschlecht der Patient*innen, sondern sie werden in den Lehrmaterialien in ihrem gesamten Sein, in ihren gesamten Lebensumständen, medikalisiert. Hartmann schreibt bspw.:

> »Da viele Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen, muss die psychiatrische Diagnostik breit angelegt sein und u.a. Persönlichkeits- und neurotische Störungen, das psychosoziale Funktionsniveau, Substanzmissbrauch, [↗]Paraphilien, Psychosen und hirnorganische Störungen im Blick haben« (Hartmann 2011, S. 82).

Eine ähnliche Aussage findet sich auch bei Bosinski et al. (2021b, S. 414):

> »Unter allen Patienten mit Geschlechtsdysphorie sind sie zumeist diejenigen mit den meisten psychopathologischen Auffälligkeiten. Es finden sich unter anderem histrionische oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Pathologien, affektive Erkrankungen mit Suizidgefahr oder auch manifeste Abhängigkeitserkrankungen«.

Trans Personen werden hier also nicht nur in Bezug auf ihre ↗Geschlechtsmodalität medikalisiert, sondern ihnen werden verschiedenste Psychopathologien unterstellt (vgl. Pohlkamp 2014, S. 284). Hartmann (2011, S. 75) postuliert sogar: »Generell gilt, dass Paraphilien und Störungen der Geschlechtsidentität auf Defiziten [sic!] und psychischen Traumatisierungen innerhalb der frühen Entwicklungsstadien zurückzuführen sind«. Hier wird außerdem ersichtlich, inwiefern die medikalisierte Transgeschlechtlichkeit eng mit (devianter) Sexualität (bspw. Paraphilien und sexueller Traumatisierung) verknüpft wird. Bosinski et al. (2021b, S. 413) beschreiben z. B., dass die Transgeschlechtlichkeit lesbischer trans Frauen sich entweder aus einer transvestitisch-fetischistischen oder einer ↗autogynäphilien Präferenzbesonderheit entwickle, also immer eine paraphile bzw. sexuell-deviante Grundlage habe. Sie stellen außerdem eine Liste an Anamnesefragen bei Geschlechtsinkongruenz zur Verfügung, in der sich u. a. Fragen zum Verhältnis des*der Patient*in zu den eigenen Eltern, präferierten Spielsachen, kindlichem Cross-Dressing, Geschlecht der Lieblingslehrer*innen, sexuellen Erfahrungen in der Pubertät und aktuell bevorzugte Sexualpraktiken finden (Bosinski et al. 2021b, S. 405–407). Es wird das ganze

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Leben der trans Patient*innen medikalisiert, ganz besonders jeglicher Aspekt von Geschlecht und Geschlechterrollen und jegliche sexuelle Erfahrung. Eine nicht-medikalisierte Form transgeschlechtlicher Sexualität oder überhaupt Existenz gibt es in diesem Verständnis nicht.

7.6.2 Intergeschlechtlichkeit

Im Gegensatz zu Transgeschlechtlichkeit, wo zumindest in den Präsentationsfolien Entpathologisierungstendenzen aufgegriffen und auf Wissen von trans Personen über sich selbst (z. B. im Hinblick auf Selbstbezeichnungen) zurückgegriffen wird, wird Intergeschlechtlichkeit in allen analysierten Lehrmaterialien medikalisiert. Das bedeutet, sie wird als Problem mit Krankheitswert definiert, das medizinischer Interventionen bedarf. Intergeschlechtlichkeit wird mit Begriffen wie »Aberrationen« (Beier et al. 2021c, S. 72) »Mutationen« (Kraupp et al. 2022, S. 63), »Störung« (Marischler 2013, S. 102; AMBOSS o. J.l, o. S.), »Fehlbildung« (Keil und Kiecker 2021, S. 27), »Missbildungen« (Stadt C, FS 10, F 22), »gravierende[…] Beeinträchtigung« (Beier et al. 2021c, S. 66), »Krankheit« (Beier et al. 2021c, S. 66), »abnormal« (Stadt C, FS 14, F 42) oder als Abweichung vom »normalen weiblichen und männlichen Erscheinungsbild« (Conrad et al. 2014, S. 408) beschrieben.[19] Über intergeschlechtliche Personen wird außerdem häufig ausschließlich als Patient*innen (und nicht etwa Personen oder Menschen) geschrieben (Beier et al. 2021c, S. 68), was die anhaltende Medikalisierung weiter unterstreicht.[20] Insbesondere in den Lehrbüchern finden sich lange Abschnitte und Kapitel zu verschiedenen Formen von Intergeschlechtlichkeit, wie z. B. zum ↗Klinefelter-Syndrom (Tüttelmann und Röpke 2011, S. 90–91), wobei auf Nosologie, Diagnostik und Therapie eingegangen wird. Auch hier zeigt sich, dass Intergeschlechtlichkeit als rein medizinisches Problem festgeschrieben wird.

Intergeschlechtlichkeit wird also in den Lehrmaterialien grundsätzlich als Störung aufgegriffen und nicht z. B. als normale Variation menschlicher Körpern, also so, wie inter* Aktivist*innen über Intergeschlechtlichkeit nachdenken.[21] Daher

19 Das gilt auch für die Stichwort- und Inhaltsverzeichnisse, sowie Suchfunktion bei AMBOSS.

20 Teilweise verwechseln die Lehrmaterialien Trans- und Intergeschlechtlichkeit auch und lehren z. B., dass es sich bei Intergeschlechtlichkeit um eine »Missbildung [handelt], wobei in einem Menschen mehr oder weniger ausgebildete körperliche und geistige Merkmale beider Geschlechter vereint sind« (Stadt C, FS 14, F 20).

21 Die Ausnahme hierbei bildet ein einziger Foliensatz, in dem dargestellt wird, dass »einige Kulturen […] nicht nur 2 Geschlechtsrollen« haben (Stadt C, FS 14, F 11) und in dem ein historischer Abriss über die Repräsentation und Behandlung von Intergeschlechtlichkeit gegeben wird. Dabei wird Intergeschlechtlichkeit allerdings im kulturellen Anderen (z. B. bei den »Amerikanischen Ureinwohnern« (ebd., F 12) verortet und mit Transvestismus und Transgeschlechtlichkeit vermischt (ebd., F 15–16). In diesem Foliensatz werden Studierende auch

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wird in den Lehrmaterialien das Konzept einer biologischen Zweigeschlechtlichkeit weder hinterfragt noch dekonstruiert. In der Diagnostik und Behandlung geht es darum, das »richtige Geschlecht« (Kraupp et al. 2022, S. 65) (das entweder männlich oder weiblich ist) einer intergeschlechtlichen Person zu erkennen und sie dementsprechend zu behandeln. Eine Ausnahme hiervon stellt das Kapitel von Hertha Richter-Appelt (2007, S. 249) dar, wenn sie über das ›wahre Geschlecht‹ schreibt: »Vielleicht ist diese Frage aber falsch gestellt, und es gibt für Personen mit Intersexualität gar kein ›wahres Geschlecht‹, das weiblich oder männlich ist«.

Nur selten wird in den Lehrmaterialien auf die Kritik intergeschlechtlicher Personen am medizinischen Umgang eingegangen, insbesondere in Bezug auf Geschlechtszuweisungen und kosmetische Normierung von Geschlechtsorganen (Richter-Appelt 2007, S. 238; Conrad et al. 2014, S. 404). Grundlegend hinterfragt oder abgelegt wird die medizinische Normierungsmacht dadurch allerdings nicht:[22] »Bei allem Verständnis für die Vielzahl der ungeklärten Fragen erscheint ein undifferenziertes Konzept der Nicht-Intervention fragwürdig« (Bosinski et al. 2021a, S. 391). In vielen Fällen lehren die untersuchten Dokumente nach wie vor eine rasche operative Korrektur ›uneindeutiger‹ Genitalien aus psychosozialen Gründen (Nieschlag et al. 2009a, S. 233). Obwohl in einigen Lehrmaterialien eine solche Operation von der Identität der inter* Person und ihrem Selbstbestimmungsrecht abhängig gemacht wird, wird die Praxis nicht grundsätzlich infragegestellt oder aufgegeben (AMBOSS o. J.b, o. S.). Die medizinische Definitionsmacht über Geschlechtervielfalt wird außerdem in der Benennung von Menschen deutlich, die Geschlechtergrenzen überschreiten. Hierbei ist es für die Autor*innen der Lehrmaterialien nicht von Bedeutung, welche geschlechtliche Selbstbezeichnung die Patient*innen präferieren. Sie werden dagegen z. B. als »Patient(in)« (Nieschlag et al. 2009a, S. 229) bezeichnet, und damit geschlechtlich geothert.

7.7 Problematisierung von Queerness

Wie bereits ausgeführt, zeigt sich in den Lehrmaterialien eine *Rhetorische Akzeptanz* von Homosexualität – allerdings wird Queerness in den Lehrmaterialien gleichzeitig *geothert* und teilweise offen problematisiert. Diese Stellen finden sich insbesondere in den untersuchten Lehrbüchern. Das lässt sich vor allem daran festmachen,

über rechtliche Änderungen für weitere Geschlechtseinträge neben männlich und weiblich informiert (ebd., F 17).

22 Dies gilt auch für die verwenden Begriffe. Teilweise wird in den Lehrmaterialien aufgegriffen, dass Begriffe wie ›Hermaphroditismus‹ oder ›Intersexualität‹ veraltet sind. Diese werden dann aber durch andere, medizinisch geprägte Begriffe wie ›Disorders of sex development‹ ersetzt (Wieacker et al. 2009, S. 326), statt durch Begriffe, welche die inter* Community für sich nutzt.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

dass diese im Gegensatz zu den Präsentationen und den AMBOSS-Artikeln in ganzen Sätzen verfasst werden (und nicht in Stichworten), womit Argumentationen und Anspielungen leichter interpretierbar sind.

Othering

An vielen Stellen werden queere Menschen in den Lehrmaterialien *geothert*, d. h. als fundamental anders als cisgeschlechtliche, heterosexuelle Menschen konzipiert. Einmal heißt es z. B. über Jugendliche: »Vorübergehende homoerotische Phasen sind häufig und im Sinne eines ›Ausprobierens‹ zu sehen. Allerdings konnten manche später homosexuell ausgerichtete Menschen rückblickend schon in diesem Lebensabschnitt ihre ›Andersartigkeit‹ zumindest unterbewusst erfühlen« (Weber 2020, S. 12). Diese hier konstruierte Andersartigkeit von Homosexualität zeigt sich oft auch an den Kontexten, in denen über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt gesprochen wird. So kommt es im folgenden Absatz einer thematischen Gleichsetzung von Homosexualität und ↗Pädophilie:

> »Sexuelle Orientierung und Perversion[:] Beispielsweise wird ein eher homosexuell orientierter Mann in der Begegnung mit einer Frau keine oder keine genügende sexuelle Stimulierung erfahren können. Pädophile tendieren häufig aus Angst vor einer emanzipierten Partnerin zum sexuellen Missbrauch einer wehrlosen ›Kinderfrau‹, die sie in ihrem Kontroll- und Machtbedürfnis nicht in Frage stellt« (Faller et al. 2016b, S. 298).

In einer Tabelle aus einer Vorlesungseinheit (Stadt A, FS 1, F 2), die die Erfahrung mit verschiedenen sexuellen Praktiken dokumentiert, wird dies ebenso deutlich. Die Tabelle listet verschiedene »sexuelle Erfahrungen« auf und gibt jeweils an, wie viel Prozent der Schweizer Bevölkerung und wie viel Prozent der Weltbevölkerung diese Erfahrungen bereits gemacht haben. Die letzte Spalte der Tabelle dokumentiert die Range. Als sexuelle Erfahrungen werden in der Tabelle u. a. Sadomasochismus, Analsex, außereheliche Beziehungen und eben auch Homosexualität aufgeführt, die so auch als gleichwertig dargestellt werden. Homo- und Bisexualität werden damit nicht als gleichwertige sexuelle Orientierungen konzipiert, sondern gelten entweder als Teil einer exotischen Palette erotischer Spielarten (wie One Night Stands) oder werden mit Paraphilen und dämonisierten Sexualitäten (wie Pädophilie) gleichgesetzt.

Das Othering präsentiert sich auch im folgenden Tipp für die Gesprächsführung, wenn bei einer Patientin diagnostiziert wird, dass sie XY-Chromosomen hat, also intergeschlechtlich ist: »Bei ungeschickter Formulierung könnte etwa der Partner einer XY-Frau mit ↗CAIS erschrecken und glauben, er führe in Wirklichkeit eine homosexuelle Partnerschaft, was er nur bisher nicht wusste« (Richter-Appelt 2007,

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

S. 245). Homosexualität wird hier als Schreckensgespenst dargestellt, wovor der*die Ärzt*in Patient*innen und ihre Angehörigen beschützen müsse. Othering spiegelt sich auch besonders in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit wider. Ganz buchstäblich werden inter* Personen an einigen Stellen als nicht normal bezeichnet (Conrad et al. 2014, S. 404; Weber 2020, S. 4; Kraupp et al. 2022, S. 65). An anderen Stellen wird ihnen eine erhöhte Kriminalitätsrate (Nieschlag et al. 2009a, S. 221; Zitzmann 2011, S. 68) und eine erhöhte Rate an Paraphilien (Beier et al. 2021c, S. 94) zugeschrieben.[23] Vordergründig wird in den Materialien also vermittelt, dass die Vielfalt sexueller Orientierung moralisch gut bzw. neutral ist – gleichzeitig finden sich weiterhin Berührungsängste, affektive Aufladungen und die Gleichsetzung von Homosexualität mit Perversion, Fetisch und unmoralischem Verhalten.

Vermeintliche Herkunft und Entstehung von Queerness

Die Problematisierung lässt sich auch an den Darstellungen der Lehrmaterialien zur Herkunft und Entstehung von Queerness festmachen. Das ↗Adrenogenitale Syndrom (AGS) bspw. soll durch Heiraten »innerhalb der Blutlinie« (Kraupp et al. 2022, S. 63), also ↗Inzest, verursacht sein. Wieder wird sexuelle Devianz mit Intergeschlechtlichkeit vermischt. Bei Richter-Appelt wird die Vermutung geäußert, dass einige Frauen Sex mit Frauen bevorzugen, weil sie »negative Erfahrungen« mit Männern gemacht haben (Richter-Appelt 2007, S. 248) – ein Vorurteil, das queeren Frauen häufig begegnet. Beier et al. (2021c, S. 97–103) verwenden in ihrem Lehrbuch sieben Seiten auf die Darstellung von Forschungsergebnissen zur Herkunft und Entstehung von Homosexualität, wie genetischen Ursachen, hormonellen und hirnorganischen Abweichungen, abweichender Anatomie der Finger und Hände und evolutionsbiologischen Erklärungen. So heißt es bspw. in einem ›Merke!‹-Kasten:

> »In der Literatur finden sich keine konsistenten Belege für hormonelle Deviationen bzw. Funktionsstörungen bei Personen mit exklusiver homosexueller Orientierung oder transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung. Dies gilt zumal für biologische Männer; bei biologischen Frauen mehren sich Hinweise auf hyperandrogenämische Störungen der Ovarial- und/oder Nebennierenrindenfunktion« (Beier et al. 2021c, S. 98).

23 Ines Pohlkamp (2014, S. 89) arbeitet in Anschluss an Foucault heraus, dass intergeschlechtliche Menschen bis heute u. a. in medizinischen Diskursen als monströs konzipiert werden: »Die Figur des Zwitters als heteronormative Faszination, als Mahnmal der morphologischen Devianz, als Unmöglichkeit [und, AS] als Absurdität der Natur […] trug dazu bei, dass die Belange intersexuell geborener Personen über Jahrzehnte nur im Angesicht der sozialen, medizinischen und rechtlichen Möglichkeiten der binären Anpassung virulent wurden und ihre Existenz sonst vergessen gemacht wurde«.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Hier werden Medizinstudierenden also zwei widersprüchliche Informationen über die Entstehung und Ursache von Queerness vermittelt. Was aber eindeutig ist, ist, dass eine Grenze zwischen Personen, deren Geschlecht und deren sexuelle Orientierung nicht erklärungsbedürftig sind, und queeren Personen gezogen wird. So wird bei Beier et al. kein Raum darauf verwendet, die Entstehung und Ursache von Heterosexualität zu erklären. Im Gegenteil, Heterosexualität ist die Folie, an der sich abweichendes Verhalten wie Homo- und Bisexualität messen muss. Damit wird ein Unterschied klar: Heterosexualität wird nicht hinsichtlich ihrer Ursachen und Entstehung kritisch hinterfragt, sondern einfach hingenommen und bleibt unangefochten als Norm bestehen. Heterosexualität und Homo- bzw. Bisexualität sind damit nicht gleichgestellt oder gleich legitim.

Zirkuläre Verstärkung von Problematisierungen

Eine weitere Form der Problematisierung von Queerness, die die Lehrmaterialien durchzieht, ist, dass Homo- und Bisexualität mit geschlechtsuntypischem Verhalten gleichgesetzt werden und sich damit Problematisierungen gegenseitig verstärken. Folgende Tabelle findet sich beispielsweise bei Beier et al. 2021c, S. 101:

Tabelle 2: Übersicht über Zusammenhänge zwischen der sexuellen Orientierung und anderen psychischen geschlechtstypischen Unterschieden (Beier et al. 2021c, S. 101)

Geschlechtstypischer Unterschied	**Ausprägung bei Personen mit homosexueller Orientierung**
Aggressionsverhalten	In der Kindheit zeigen später homosexuell werdende Knaben eher mädchentypische geringere Beteiligung an Rauf- u. Tobespielen (sog. *Sissy-Behavior*), später lesbisch werdende Mädchen eher eine jungentypisch höhere Beteiligung daran (sog. *Tomboy Behavior*)
Räumliche Orientierung (gemessen mittels MRT)	Homosexuelle Männer zeigen durchschnittlich schlechtere Leistungen als heterosexuelle Männer, homosexuelle Frauen zeigen durchschnittlich bessere Leistungen als heterosexuelle Frauen
Feinmotorische Koordination (gemessen mittels PPT)	Homosexuelle Männer zeigen durchschnittlich bessere Leistungen als heterosexuelle Männer
Wortassoziation, Sprachflüssigkeit	Homosexuelle Männer zeigen eine höhere Sprachflüssigkeit als heterosexuelle Männer, bei Frauen widersprüchliche Befunde
Interesse an unverbindlichen Sexualkontakten	Gleich hoch bei homo- und heterosexuellen Männern, gleich niedrig bei homo- und heterosexuellen Frauen

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

In dieser Tabelle werden verschiedene Formen ›geschlechtstypischen Verhaltens‹ aufgezählt und dann mit den Ausprägungen bei schwulen und lesbischen Personen verglichen. Dieser Tabelle zufolge gibt es fundamentale Unterschiede zwischen homo- und heterosexuellen Personen, wobei erstere die Abweichung von der Norm darstellen. Mit den Informationen aus der Tabelle wird ein Bild eines typischen schwulen Mannes bzw. einer typischen lesbischen Frau entworfen, die kategorial anders als ihre heterosexuellen Pendants sind. Dies findet sich auch in anderen Lehrmaterialien: Dannecker bezeichnet den »Femininitätsschub« von »prähomosexuellen Jungen« als Teil einer »normalen homosexuellen Entwicklung« (Dannecker 2007, S. 60; vgl. Düring 2007, S. 33). Homosexuelle Menschen, die sich nicht geschlechtsuntypisch verhalten, sind damit nicht denkbar, da sexuelle Orientierung und Geschlecht untrennbar miteinander verwoben erscheinen (Butler 2016 [1991]). Es zeigt sich: In den Lehrmaterialien ist kein Raum für eine Darstellung der Komplexität und Vielfalt queerer Existenzweisen, stattdessen werden queere Personen auf jeweils ein stereotypes Bild verengt. Queere Geschlechtlichkeit und Sexualität werden genutzt, um sich wechselseitig zu problematisieren, d. h., dass wir es mit einer zirkulären Verstärkung von Problematisierung zu tun haben.

Diese sich zirkulär verstärkende Problematisierung gilt auch für geschlechtsuntypisches Verhalten und nicht-heterosexuelle Orientierungen bei intergeschlechtlichen Menschen:

> »Bei erwachsenen Frauen mit bereits in der (frühen) Kindheit diagnostiziertem und behandeltem Adrenogenitalem Syndrom […] fand sich eine deutlich erhöhte Rate bi- und homosexueller Fantasien und/oder Verhaltensweisen« (Beier et al. 2021c, S. 95).

Beier et al. (2021c, S. 95) problematisieren auch das ↗Tomboy-Verhalten von Mädchen mit AGS,

> »d.h. maskuline Verhaltensmuster mit Bevorzugung von jungentypischem Rauf- und Tobespiel, energieintensivem Spiel im Freien und Peer-grouping mit Jungen im vorpubertären Alter bei gleichzeitig herabgesetztem Mädchenverhalten (Puppenspiel, Interesse für Babys, weibliche Rollen beim ›Vater-Mutter-Kind‹-Spiel) und geringem Interesse an romantischen Fantasien über die spätere Frauenrolle, an Kleidern, Schmuck und femininer Aufmachung«.

Wir sehen hier also: auf der einen Seite wird in den Lehrmaterialien Homosexualität als unproblematisch und akzeptanzwürdig dargestellt. Auf der anderen Seite sind die Raten von Homosexualität unter inter* Menschen bemerkenswert. Dies deutet darauf hin, dass Homosexualität für die Autor*innen der Materialien doch nicht so unproblematisch ist, wie vordergründig dargestellt wird. Weil Intergeschlechtlich-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

keit medikalisiert ist, kann sie zur Erklärung (erklärungsbedürftiger) Homosexualität herangezogen werden und andersherum.

Der Normierungsdruck, der von der Medizin ausgeht, ist bei inter* Personen merklich stärker als bei ↗endogeschlechtlichen Personen. Dies gilt auch für die Geschlechtsidentität und Geschlechterrollen von intergeschlechtlichen Personen. Beier et al. schreiben z. B.: »Bei der Mehrzahl der Personen mit ↗5-α-Reduktase-2-Mangel, aber auch bei einigen (zahlenmäßig nicht systematisch erfassten) Frauen mit AGS ›versagte‹ die Erziehung zum Mädchen, d. h. die Betreffenden entwickelten ab der Pubertät eine männliche Geschlechtsidentität« (Beier et al. 2021c, S. 111–112; vgl. Richter-Appelt 2007, S. 240–249; Stadt C, FS 14, F 32). Wie ich weiter unten ausführe, ist das Behandlungsziel insbesondere bei intergeschlechtlichen Personen nach wie vor die Normierung in cisnormative Geschlechterbilder und -rollen. Wenn dies nicht funktioniert, wird hier von ›Versagen‹ gesprochen.

Wir sehen also: Weil eine Form von Queerness (wie Abweichung von Geschlechternormen) problematisiert wird, verstärkt das die Problematisierung anderer Formen von Queerness und bringt eine wechselseitige Abwertung mit sich. Intergeschlechtliche Menschen sind fundamental anders, weil sie geschlechtsuntypisches Verhalten zeigen – und geschlechtsuntypisches Verhalten wird queeren Menschen allgemein zugeschrieben und als Devianz gefasst.

Affektive Aufladung

Intergeschlechtlichkeit wird in den Lehrmaterialien zudem als ein Phänomen dargestellt, das »erhebliche Irritation, Unsicherheit und Bestürzung auslösen kann« (Bosinski et al. 2021a, S. 375). Auch beschreiben Bosinski et al. (2021a, S. 384) die Reaktion von intergeschlechtlichen Personen auf ihre Diagnose folgendermaßen:

> »Vom Gefühl, ein ganz normales Mädchen zu sein, über das Erschrecken über die ausbleibende Mensis, bis zum Entsetzen und Trauer bei der Information, genetisch ›eigentlich ein Junge zu sein‹, dem dann gelegentlich ein krampfhaftes Bemühen folgte, nun eine ›besonders perfekte Frau‹ sein zu müssen«.

Intergeschlechtlichkeit wird hochgradig emotionalisiert und es erscheint unmöglich, eine glückliche Existenz als intergeschlechtliche Person in der Gesellschaft haben zu können. In einigen Lehrmaterialien wird den Studierenden auch gelehrt, intergeschlechtlichen Patient*innen die jeweilige Diagnose nicht mitzuteilen, »da die Gefahr einer Identitätskrise besteht« (Uhl 2018, S. 392), bzw. da dies zu einer »Persönlichkeitsstörung« führen könne (Stadt C, FS 13, F 4).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

7.8 Normierung, Disziplinierung und Kontrolle von Queerness

Disziplinierung in die Geschlechterbinarität

Wie sich in den Lehrmaterialien zeigt, wird Queerness (bzw. ganz besonders geschlechtliche Vielfalt) von der Medizin auch weiterhin kontrolliert, diszipliniert und normiert. Medizinstudierende lernen auch heute noch, geschlechtlich ›uneindeutige‹ Körper (d. h. vor allem die Körper von inter* und trans Personen) in die Zwei-Geschlechter-Norm zu disziplinieren. So heißt es bspw. bei Conrad et al. in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit: »Die Therapie hängt von der Geschlechtszuordnung ab und besteht aus einer Entfernung der kontrasexuellen Gonade und entsprechender plastischer Korrektur des äußeren Genitales« (Conrad et al. 2014, S. 405; vgl. auch AMBOSS o. J.b; Nieschlag et al. 2009a). Die Körper von inter* Personen sollen also in Bezug auf ihre Reproduktionsfähigkeit und ihre Ästhetik endonormativen Normen entsprechen. Durch diese Interventionen würde auch, so die These, eine normale geschlechtliche Entwicklung sichergestellt (Conrad et al. 2014, S. 407). Bosinski et al. (2021b, S. 389) führen bspw. über die Behandlung von Jungen mit Mikropenis aus:

> »So berichteten Bin-Abbas und Mitarbeiter (1999) über den Erfolg der 4-wöchentlichen intramuskulären Gabe von 25 bzw. 50 mg Testosteron in zwei Zyklen im Alter von 0–14 Jahren: Alle Knaben hatten in der Jugend ausreichende Penislängen, Erektionen und eine ungestörte männliche Geschlechtsidentität«.

Daran wird ersichtlich: Ziel ist die Vereindeutigung des Körpers, der Identität, und der psychosozialen Entwicklung sowie »angemessenes Geschlechterrollenverhalten« (Richter-Appelt 2007, S. 247), worüber die Medizin sich die Kontrolle erhält (Wieacker et al. 2009, S. 329; Bosinski et al. 2021b, S. 392–393).

Expert*innen-Status von Ärzt*innen

In Bezug auf die Geschlechtlichkeit von Patient*innen werden Ärzt*innen als objektive und neutrale Expert*innen dargestellt, die z. B. Transitionswünsche einschätzen können, über medizinische und soziale ↗Transitionen entscheiden (Bosinski et al. 2021b, S. 393–398) und die auch langfristig Transitionen und Interventionen in die Geschlechtlichkeit von Menschen kontrollieren sollen (Bosinski et al. 2021b, S. 387).[24] Bei Bosinski et al. (2021b, S. 399) heißt es zur Diagnose der Geschlechtsdys-

24 Verweigern trans Patient*innen die von Bosinski et al. geforderten Untersuchungen und den sog. Alltagstest »dürfte es kaum möglich sein, die Indikation zu stellen. In diesem Fall sind berechtigte Zweifel an der Diagnose ›transsexuelle Geschlechtsdysphorie‹ am Platze« (Bosinski et al. 2021b, S. 415). Tatsächlich transgeschlechtlich zu sein, bedeutet demnach, alle geforderten Untersuchungen und Tests über sich ergehen zu lassen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

phorie: »Im Mittelpunkt steht […] das subjektive, aber klinisch relevante (i.e. durch medizinische Experten objektivierbare) Leiden unter einer Inkongruenz zwischen […] Körper – subjektives Empfinden – soziale Rollenerwartungen«. Bei Hartmann (2011, S. 82) heißt es in Bezug auf Transitionswünsche von Patient*innen: »Der Arzt sollte dem Anliegen des Patienten neutral gegenüberstehen, diesem aber frühzeitig verdeutlichen, dass er sich von der Selbstdiagnose ›Transsexualismus‹ diagnostisch überzeugen muss, wozu längere Zeit und verschiedene Schritte notwendig sind«.[25]

Hierbei zeigt sich in den Materialien klar die Angst vor einem ärztlichen Kontrollverlust, der verhindert werden soll. Bosinski et al. kritisieren bspw. die Aufweichung der Diagnose Transsexualismus und Entpathologisierungsforderungen aus der queeren Community, da diese die Arbeit von Expert*innen erschweren würden, zu Widersprüchen führen und unklare Kriterien schaffen würden (Bosinski et al. 2021b, S. 403; kritisch: Jacke 2016). Ärzt*innen gelten hier als neutrale Expert*innen, die Transitionswünsche – und so queere Lebensläufe und Existenzweisen – kontrollieren sollen und müssen. Das wird auch in Bezug auf das Verhältnis zur queeren Community ersichtlich.

Queere Community und queere Politik

Während die queere Community in den Lehrmaterialien nicht thematisiert wird, taucht im Lehrbuch von Beier et al. (2021b, S. 41) queere Politik[26] als gesichtslose Gegenspielerin zu den als neutral imaginierten medizinischen Standpunkten auf:

> »Ebenso ersichtlich wird die Beeinflussung von Haltungen und Auffassungen bezüglich des Sexuellen durch politische Kräftefelder bei den Auseinandersetzungen um die Binarität der Geschlechter und deren Auflösung. Symptomatisch hierfür ist die zunehmende Diffusität der Begrifflichkeiten wie z.B. trans* oder transgender, was eine Verknüpfbarkeit mit klassifikatorischen Bemühungen in medizinischen Zusammenhängen eher erschwert, wobei andererseits Störungskriterien für Indikationsstellungen und Kostenübernahmen aus sozial-rechtlichen Gründen verlangt werden«.

Dass also trans Personen selbstbestimmte Bezeichnungen für sich fordern, wird von Beier et al. kritisiert, weil dies zu Begriffsverwirrungen führe und die medizinische

25 Ines Pohlkamp (2014, S. 91–93) macht darauf aufmerksam, dass trans Personen in einer heteronormativen Gesellschaft als Betrüger*innen konzipiert und abgewertet werden.

26 Als queere Politik bezeichne ich hier u. a. politische Forderungen, Kritik und Aktivismus von queeren Personen und Organisationen. Queere Politik ist keineswegs einheitlich oder ohne Widersprüche, ist aber Politik, die von einem marginalisierten Standpunkt aus gemacht wird.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Behandlung erschwere.[27] Hieran wird deutlich, wie sehr die Medizin um ihren Erhalt von Kontrolle (s. u.) spezifisch über trans Personen, ihre Bezeichnungen, ihre Möglichkeit, Namen und Personenstand zu ändern, und ihre Behandlung ringt. Die gesichtslose, diffuse queere Politik, die der rationalen Medizin gegenüberstehe, zeigt sich auch am folgenden Zitat, ebenfalls zu Entpathologisierungsbestrebungen von trans Personen:

> »Diese doch sehr unterschiedlichen Interessenslagen sind nur begrenzt kompatibel und führen deshalb zu Zerwürfnissen und Unmut, weil über ihre eigentlichen Hintergründe kein Austausch erfolgt, sondern das jeweils andere Denksystem als Bedrohung empfunden wird, die es folglich zu bekämpfen gilt. Unter politischen Gesichtspunkten haben es dabei immer diejenigen Denksysteme schwerer, die einen höheren Differenzierungsgrad aufweisen und, da um Evidenz für ihre Aussagen bemüht, weniger anfällig sind für interessensgeleitete Behauptungen bis hin zu Falschaussagen, die im politischen Kampf eher üblich sind« (Bosinski et al. 2021b, S. 389).

Hier verlässt der Duktus von Bosinski et al. den eines Lehrbuchs und verwickelt sich in eine aktive Konfrontation mit queerer Politik, die als bedrohlich empfunden wird und »die es folglich zu bekämpfen gilt« (Bosinski et al. 2021b, S. 389). Die andere Seite wird dabei nie explizit benannt, indem passive Satzkonstruktionen gewählt werden, die die Verwendung eines Subjekts unnötig machen. Von wem die konkrete Bedrohungslage ausgeht, wird also offengelassen. Bosinski et al. schließen den Absatz folgendermaßen:

> »Es ist unverkennbar, dass hier wissenschaftliche Daten wohl deshalb verschwinden oder zumindest relativiert werden sollten, weil sie als Bedrohung für die politischen Ziele gesehen werden, die darin bestehen, dass jeder sein Geschlecht selber wählen können soll und die Medizin entsprechend vorgetragenen Wünschen nichts entgegensetzen sollte, sondern vornehmlich deren Umsetzung zu besorgen hat, selbst wenn sie im Verlauf gegensätzlich sein mögen, der Betreffende also einmal dem einen und später wieder dem anderen Geschlecht angehören möchte« (Bosinski et al. 2021b, S. 399).

Queere Politik erscheint hier grundsätzlich als Bedrohung für gute wissenschaftliche und evidenzbasierte Arbeit, da sie rein nach ihren Interessen ohne Beachtung

27 An anderer Stelle kritisieren Beier et al. auch weitere Selbstbezeichnungen: »Begriffe wie ›homosexuell‹ beinhalten bspw. nicht den Beziehungsaspekt, sodass es hilfreicher wäre, von ›Beziehung zum gleichen Geschlecht‹ oder ›sexuell auf das gleiche Geschlecht gerichtet‹ zu sprechen« (Beier et al. 2021b, S. 36).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

möglicher Konsequenzen vorgehe. Außerdem wird queere Politik lächerlich gemacht oder explizit abgetan. So bezeichnen Bosinski et al. (2021a, S. 377) die Forderung der Biologin Anne Fausto-Sterling (2003), statt über zwei über fünf Geschlechter nachzudenken, als »wirklichkeitsfremd«. Medizinstudierenden wird damit eine ganz spezifische Haltung gegenüber queerer Politik nahegelegt: In der Darstellung der Lehrbücher sind Mediziner*innen die Expert*innen in Bezug auf Geschlechtlichkeit und Transitionen, die queere Forderungen evaluieren und einschätzen können und aus ihrer Expert*innen-Position heraus dann eine Bewertung davon abgeben können. In den Präsentationsfolien taucht die queere Community und ihre Politik dagegen ganz anders auf: Hier werden den Studierenden z. B. Beratungsangebote aus der Community vorgestellt, damit sie ihre zukünftigen Patient*innen dorthin verweisen können (Stadt A, FS 19, F 42–43; Stadt C, FS 14, F 48).

Queere Selbstbezeichnungen

Dass Selbstbezeichnungen von queeren Menschen nicht ernst genommen oder sogar ersetzt werden, stellt eine weitere Problematisierung von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in den Lehrmaterialien dar. In Bezug auf die sexuelle Orientierung von trans Personen schreiben Bosinski et al. (2021b, S. 411): »Auch um Benennungsverwirrungen zu vermeiden, bietet es sich an, statt/anstelle der relationalen [und selbstgewählten, AS] Begriffe ›hetero‹ und ›homo‹, die sich auf das präferierte Geschlecht beziehenden Begriffe ›androphil‹ und ›gynäphil‹ zu verwenden«. Und in Bezug auf jüngere Selbstbezeichnungen heißt es bei Köhn und Spornraft-Ragaller (2021, S. 756): »›Polyamor‹ oder [↗]‹pansexuell‹ sind Trendworte geworden, welche die sexuelle Offenheit für ›alles‹ zum Ausdruck bringen sollen und – sofern verhaltensrelevant – auch zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten beitragen können«.[28] Die von Köhn und Spornraft-Ragaller abgelehnten Selbstbezeichnungen werden damit direkt mit einem Risiko für andere Menschen verknüpft und queere Personen damit problematisiert und abgewertet.

28 Hier setzen Köhn und Spornraft-Ragaller fälschlicherweise Polyamorie und Pansexualität als romantische bzw. sexuelle Orientierung mit bestimmten sexuellen Verhaltensweisen, nämlich Promiskuität und der Nicht-Verwendung von Safer-Sex-Strategien, gleich.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

7.9 Fazit

Welche Erkenntnisse lassen sich aus der Analyse von Lehrmaterialien ziehen, welche nicht?

In diesem Analyseschritt habe ich Lehrmaterialien aus dem Medizinstudium in Deutschland und der Schweiz[29] untersucht. Über die Gestaltung von Lehrveranstaltungen, über das gesprochene Wort in Vorlesungen, über den Alltag und die Kultur in Medizinstudiengängen und damit über Heteronormativität in Lehr-Interaktionen können damit keine Aussagen getroffen werden. Ich habe in Anschluss an Ludwik Fleck dargelegt, dass Lehrbüchern eine spezifische Funktion bei der Vermittlung von Wissen zukommt. Nach Fleck findet sich in Lehrbüchern das Wissen einer Disziplin in systematisierter Form, in Form von Denkzwängen und als wissenschaftliche Tatsachen (Fleck 1980 [1935], S. 157–158; Sabisch 2016, S. 15; Rosenberg 2021, S. 149). Ich habe hier also analysiert, inwiefern sich Heteronormativität in diesem systematisieren Lehrbuchwissen materialisiert. E-Learning-Materialien und Präsentationen können meiner Ansicht nach auf ähnliche Weise konzipiert werden, wobei Präsentationen zumeist nicht lektoriert oder korrigiert worden sind. Es wird in der Analyse auch ersichtlich, dass Präsentationen schneller und einfacher überarbeitet werden können und werden und damit auch gesellschaftliche Veränderungen schneller abbilden (wie z. B. die Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit).

Welche Normen zeigen sich in der Vermittlung von Lehrinhalten zu Sexualität und Geschlecht?

In den Lehrmaterialien zeigen sich viele Dimensionen von Heteronormativität, wie ich sie in Kapitel 2.4 aufgeführt habe: Studierenden wird beigebracht, dass es zwei klar voneinander abgrenzbare Geschlechter gebe, die Menschen essentiell innewohnen, dass Geschlecht endo- und cisnormativ definiert sei, dass Geschlechterstereotype weiterhin gültig seien und dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern betont werden sollen. Sie lernen außerdem, dass das Geschlecht und die Sexualität (in Form von sexueller Orientierung, ausgeübten Sexualpraktiken, Sexual- und Reproduktionsverhalten) von Personen konstitutiv miteinander verwoben seien – es findet sich also eine erweiterte Version von Butlers (2016 [1991]) Konzept der heteronormativen Matrix. Sexualität wird in den Lehrmaterialien ausschließlich zwischen Männern und Frauen in Form von potentiell reproduktivem Penis-in-Vagina-Sex innerhalb romantischer und monogamer Beziehungen imaginiert, während queere Sexualität entweder unsichtbar ist oder als exzessiv, evolutionsbiologisch nutz-

29 Da die analysierten Lehrmaterialien sowohl in Deutschland als auch der Schweiz genutzt werden, habe ich in der Analyse keine Unterschiede zwischen den Staaten herausgearbeitet.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

los und (für sich selbst und für andere) gefährlich dargestellt wird. Während auf der rhetorischen Ebene die Akzeptanz von Homosexualität propagiert wird, präsentiert das Material heteronormative Strukturen und Marginalisierungen von queeren Personen, weswegen ich in Anlehnung an Angelika Wetterer (2003) von einer *Rhetorischen Akzeptanz* spreche. Strukturelle, die Gesellschaft durchziehende Heteronormativität ist so immer wieder in einzelnen, teilweise subtilen Formulierungen der Lehrmaterialien nachweisbar.

Wie zeigt sich Heteronormativität in medizinischen Lehrmaterialien?

In Kapitel 2 und 3 habe ich verschiedene Herrschaftstechniken von Heteronormativität vorgeschlagen. In den Lehrmaterialien konnten vor allem folgende Erscheinungsformen von Heteronormativität beschrieben werden: Queerness ist *erstens* in vielen Fällen im Material unsichtbar und es gibt keine spezifischen (außer pathologisierende) Inhalte zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt. Endogeschlechtlichkeit, Cisgeschlechtlichkeit, Allosexualität, ↗Alloromantik und Heterosexualität bleiben unhinterfragt als Normen bestehen. In jenen Inhalten, in denen sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt aufgegriffen werden, fehlt es *zweitens* an komplexen, d. h. multidimensionalen Darstellungen von queeren Personen, die stattdessen auf verschiedene Stereotype verengt werden (z. B. promiskuitive MSM oder fundamental unglückliche trans Personen). Geschlechtliche Vielfalt bleibt *drittens* medikalisiert und die Medizin ringt um den Erhalt der Kontrolle über trans und inter* Personen. Damit einhergeht, dass *viertens* transgeschlechtliche Existenzweisen auf eine Form normiert werden (z. B. dass alle trans Personen transitionieren und einer cisnormativen Erscheinung so nah wie möglich kommen wollen), während inter* Personen *fünftens* ebenfalls in cis- und endonormative Geschlechtervorstellungen in Bezug auf Aussehen und Reproduktion diszipliniert werden. Hierbei kommt auch in den Blick, dass trans und inter* Personen nicht nur hinsichtlich ihres Geschlechts, sondern in ihrer gesamten Existenz, in ihrem gesamten Sein medikalisiert werden. *Sechstens* werden queere Personen in den Lehrmaterialien konstant sexualisiert und mit devianter Sexualität (u. a. Pädophilie, Inzest, ↗BDSM, sexueller Traumatisierung und sexueller Untreue) in Verbindung gebracht. *Siebtens* werden queere Menschen geothert, d. h. es wird eine Grenze zwischen queeren und nicht-queeren Menschen gezogen, wobei erstere sich an letzteren immer wieder messen und mit ihnen vergleichen müssen. Und *zuletzt* werden queere Menschen immer wieder problematisiert, d. h. ihre Existenz wird als ein Problem konstruiert, für das Lösungen oder Erklärungen gefunden werden müssen. Diese Problematisierung von Queerness verstärkt sich zirkulär, z. B. in Bezug auf schwule und lesbische Menschen, denen geschlechtsuntypisches Verhalten unterstellt wird.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Was wird Medizinstudierenden zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vermittelt?

Im Lehrmaterial zeigt sich insbesondere die Unsichtbarkeit der Vielfalt sexueller und romantischer Orientierungen: Heterosexualität gilt als unhinterfragter Normalzustand für Patient*innen, erhält aber als Spezifikum ebenfalls keine Aufmerksamkeit. MSM sind nur unter dem Vorzeichen von Risiko und Exzess sichtbar, während Bisexualität, Asexualität, Aromantik und Polyamorie fast vollständig unsichtbar sind. Bis auf eine Ausnahme finden sich dazu keinerlei affirmativen Inhalte, die Studierenden vermitteln, wie sie mit queeren Patient*innen umgehen können. Auch wenn Studierende sich ein Thema selbst aneignen wollen, finden sie über die Suchfunktion bei AMBOSS bzw. in den Stichwortregistern der Lehrbücher keine entsprechenden Inhalte. Des Weiteren werden Bisexualität, Asexualität, Aromantik und Polyamorie als legitime Orientierungen angezweifelt, herabgewürdigt und verworfen. All das führt dazu, dass das Lehrmaterial von heteronormativen Vorannahmen durchzogen ist, da grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass alle Patient*innen allosexuell, alloromantisch, monogam und heterosexuell sind. Wie bereits beschrieben ist geschlechtliche Vielfalt fast vollständig medikalisiert, wobei die Präsentationsfolien in Bezug auf Transgeschlechtlichkeit dies langsam aufweichen lassen.

Was wird nicht gelehrt? Zeigt sich ein heimlicher Lehrplan oder ein Null-Lehrplan?

Aufgrund der Unsichtbarkeit sexueller, romantischer und romantischer Vielfalt in den analysierten Lehrmaterialien kann von einem Null-Lehrplan gesprochen werden, d. h. über diese Themen wird nichts gelehrt oder gelernt. Dies gilt auch für Heteronormativität als soziale Struktur und die Auswirkungen auf die Gesundheit queerer Personen, über die Medizinstudierende nichts lernen. Wie ich herausgearbeitet habe, liegt dies an der R*hetorischen Akzeptanz* von Homosexualität, die eine Thematisierung von Marginalisierung verunmöglicht.

In Anschluss an Marie Murphys (2016) Ergebnisse kann auch für meine Analyse von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan gesprochen werden: Auch in den von mir analysierten Lehrmaterialien gelten Endogeschlechtlichkeit, Cisgeschlechtlichkeit, Allosexualität, Alloromantik, Monogamie und Heterosexualität als normal, natürlich und werden nicht hinterfragt, während sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt entweder unsichtbar ist oder besonders herausgestellt wird (z. B. in Form der Medikalisierung bei Trans- und Intergeschlechtlichkeit). Heteronormativität wird damit in medizinischen Lehrmaterialien unauffällig und unbewusst materialisiert, aufrechterhalten und reproduziert, mit harmlos erscheinenden Auslassungen und Formulierungen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Welche Konsequenzen kann das vermittelte Wissen haben?

Es ist schwierig bis unmöglich, Aussagen darüber zu treffen, welche Konsequenzen der heteronormativ-heimliche Lehrplan genau hat. Fest steht allerdings, dass das (heteronormative) Alltagswissen der Studierenden über Geschlecht und Sexualität in den Lehrmaterialien nicht grundlegend hinterfragt, reflektiert oder dekonstruiert wird und damit vermutlich bestehen bleibt. Dazu gehört auch, dass stereotypisierte Vorstellungen über queere Personen bestehen bleiben und ggf. zu einem ↗Bias in der Behandlung queerer Patient*innen führen. Medizinstudierende lernen auch kaum Inhalte zum spezifischen Umgang mit queeren Patient*innen, was sich ebenfalls auf die Behandlung auswirken kann.

Was gilt in den Lehrmaterialien als grundlegendes und gültiges Wissen?

Wie bereits in Bezug auf Flecks (1980 [1935]) Begriff der Lehrbuchwissenschaft dargestellt, verstehe ich Lehrbücher als Medien, die das vorläufige Zeitschriftenwissen konsolidieren und richtiges und gültiges Wissen abbilden, um Lai*innen in ein Denkkollektiv einzuführen. Lehrbücher sind damit autoritative Texte. Aber sie bilden, wie ich ebenfalls dargestellt habe, Wissen nicht einfach neutral ab, sondern produzieren aktiv einen Wissenskanon. In ihm werden, um mit Berger und Luckmann (2007 [1980]) zu sprechen, Wirklichkeit und Wahrheit sozial konstruiert. Medizinstudierende lernen ein spezifisches Fachwissen, das als objektiv gilt und das z. B. ihre Interaktion mit Patient*innen vorstrukturiert. Darin eingelassen ist die Position von Ärzt*innen als Expert*innen über Gesundheit und Krankheit – aber auch über Geschlecht und Sexualität und ein damit verbundener Anspruch auf die Kontrolle von z. B. trans Personen. Dies gilt auch für die Präsentationen: Dozierende im Medizinstudium sind für die Studierenden Autoritätspersonen – und das, was sie lehren, hat damit großes Gewicht. Mit Miranda Frickers (2010) Konzept der hermeneutischen Ungerechtigkeit lässt sich zeigen, dass Wissen über queere Patient*innen (insbesondere selbst geschaffenes bzw. affirmatives Wissen) nicht Teil des Wissenskanons ist. Medizinstudierende lernen dies also nicht. Hermeneutische Ungerechtigkeit als Teil institutionalisierter epistemischer Gewalt heißt demnach, dass Medizinstudierende die Lebensrealitäten queerer Personen nicht kennen- oder verstehen lernen (vgl. Kidd und Carel 2017).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

8. Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis

8.1 Einführung

Patient*innen-Sicht und Fokussierung ärztlichen Handelns

In Kapitel 6 und 7 steht die Analyse von Heteronormativität der medizinischen Wissensproduktion und Lehre im Vordergrund. In diesem Kapitel steht dagegen das Erleben von Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis im Fokus. Wie in der Analyse der medizinischen Wissensproduktion untersuche ich dies an einem Beispiel: der medizinischen Behandlung von asexuellen Patient*innen. In zwei Gruppendiskussionen[1] mit asexuellen Personen berichteten mir die Teilnehmer*innen – teilweise mit einigem zeitlichen Abstand – von ihren Erlebnissen als Patient*innen, insbesondere in der ↗Gynäkologie und Psychologie. Dementsprechend rekonstruiere ich hier die Sicht der Patient*innen auf Interaktionen in der medizinischen Behandlungspraxis, nicht das konkrete Tun oder die Äußerungen von Ärzt*innen. Ich arbeite heraus, wie die Patient*innen diese Begegnungen wahrgenommen haben, inwiefern sich in ihren Schilderungen das Erleben von Heteronormativität widerspiegelt und welche Konsequenzen diese Erlebnisse für sie haben. Damit setze ich in diesem Kapitel den Fokus auf das Erleben aus Patient*innensicht, um die Perspektive auf ärztliches Tun aus den vorangegangenen Kapiteln zu erweitern, zu ergänzen und damit zu triangulieren. Mich interessieren in Bezug auf die medizinische Behandlungspraxis die folgenden Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität und Beziehungen in der medizinischen Behandlungspraxis konzipiert und verhandelt?
- Wie erleben queere Patient*innen den ärztlichen Umgang mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt?

1 Im Anhang der Arbeit befinden sich Factsheets zu den beiden Gruppendiskussionen, die beiden Gruppendiskussionsleitfäden und der Transkriptionsindex.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Welche Erfahrungen machen queere Patient*innen in der medizinischen Behandlungspraxis?
- Welche Folgen hat das Erleben von heteronormativer Behandlungspraxis auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das Gesundheitshandeln queere Patient*innen?

Meta-Analyse der Gruppendiskussionen

Die Länge der beiden Gruppendiskussionen mit jeweils ca. zwei Stunden ist bemerkenswert und zeigt, dass asexuelle Personen nur selten die Gelegenheit haben, sich sowohl grundsätzlich als auch speziell über ihre (Marginalisierungs-)Erfahrungen in der Medizin auszutauschen. Diese Austauschmöglichkeit ist für die Teilnehmer*innen wichtig: Sie schweifen oft vom Thema der Gruppendiskussion (also Erfahrungen im medizinischen System) ab und sprechen z. B. lange über Themen wie Kinderwunsch oder die queere Community.

Es dauert in beiden Gruppendiskussionen nicht lange, bis die Teilnehmer*innen nicht nur die gestellten Fragen beantworteten, sondern gegenseitig aufeinander Bezug nehmen, in Interaktion treten und sich bspw. gegenseitig Fragen stellen (vgl. Gruppe D Z:124 und Gruppe CH Z:56).[2] In der schweizerischen Gruppe kannten sich die beiden Teilnehmer*innen vor Beginn der Gruppendiskussion überhaupt nicht – und trotzdem teilten sie bereits nach wenigen Minuten sehr intime Erlebnisse, z. B. Mobbing-Erfahrungen, miteinander (vgl. Gruppe CH Z:156-188). In beiden Gruppendiskussionen ist erkennbar, dass die Teilnehmer*innen vom Wunsch getrieben sind, etwas beitragen zu können. Sie scheinen sich schon vor der Gruppendiskussion Gedanken gemacht zu haben, was sie beitragen und teilen können. Beide Gruppen bestehen aus Personen, die sich selbst als Aktivist*innen wahrnehmen bzw. von aktivistischen und wissenschaftlichen Diskursen geprägt sind. Es werden Begriffe wie ↗»toxische[…] Maskulinität« (Gruppe D Z:943), »heteronormativ« (Gruppe D Z:480) oder ↗»Intersektionalität« (Gruppe D Z:855) genutzt und Inhaltswarnungen gegeben:

> Bastian: [E]s geht in nen medizinischen graphischen Bereich – is das okee für alle? (Gruppe D Z:297-298).[3]

2 Diese Quellenangabe verweist auf den die Zeilenangabe(n) im jeweiligen Transkript. Gruppe D ist die deutsche Gruppe, Gruppe CH die schweizerische Gruppe. »Gruppe D Z:124« ist also Zeile 124 im Transkript der deutschen Gruppe.

3 Hiermit ist vermutlich darauffolgende die Darstellung intimer medizinischer Informationen sowie die Erwähnung von Genitalien gemeint.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Asexualität

Wie ich in Kapitel 2.4.4 ausgeführt habe, ist Asexualität eine eigenständige ↗sexuelle Orientierung, bei der Personen keine oder wenig sexuelle Anziehung zu anderen Menschen verspüren und/oder kein Verlangen nach sexueller Interaktion haben. Dabei existiert eine große Vielfalt an asexuellen Existenzweisen, wie sich auch in meinem Sample zeigt: Beide Teilnehmer*innen der schweizerischen Gruppe thematisieren wiederholt, dass sie ihres Erachtens nach keine typischen asexuellen Personen seien – Leonie, weil sie trans ist, Stev, weil er eine ↗ASS-Diagnose hat (Gruppe CH Z:65; 76–77). Aber auch in der deutschen Gruppe markieren Teilnehmer*innen sich als untypische asexuelle Personen[4] – wie z. B. Nina, die trotz ihrer Asexualität sexuell aktiv ist (Gruppe D Z:380-388). Die Teilnehmer*innen verweisen auch auf Konzepte wie das ↗*Split Attraction Modell*:

> Kay: Bei mir is es eher anders dass ich äh – also dass mir das Split Attraction Modell irgendwie wichtig is – dass ich halt asexuell mich bezeichne weil ich keine sexuelle Anziehung empfinde und äh sexuelle Interaktionen mit äh andren Menschen irgendwie nichts ist was ich aktiv verfolge?, (.) aaber andere Arten von Anziehung wie zum Beispiel sinnliche Anziehung – also auch andere körperliche Anziehung durchaus empfinden kann (2) (Gruppe D Z:90-95)

Als ich am Ende der Gruppendiskussion frage, was die Teilnehmer*innen noch loswerden wollen, erklärt Leonie ausführlich:

> Leonie: [E]s gibt auch verschiedene Typen von Asexualität die ähm auch Sachen anders wahrnehmen […] dann gibt es eben wieder Leute die masturbieren andere machen das nicht – es ist eben wie gesagt ein Spektrum das wahnsinnig vielfältig ist (Gruppe CH Z:1162-1173).

Asexualität als spezifische queere Identität

Asexualität eignet sich als Beispiel für die Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis aus verschiedenen Gründen. *Erstens* ist der Um-

4 Ein*e Teilnehmer*in (Sasha) der deutschen Gruppe ist nicht asexuell oder auf dem asexuellen Spektrum. Als bisexuelle und nicht-binäre Person mit einer seltenen, chronischen Krankheit kann Sasha allerdings in der Gruppendiskussion viel über den medizinischen Umgang mit queeren Personen beitragen. Wie Sasha außerdem ausführt, hat sier (s. u.) bisher auch keine Erfahrungen mit romantischen Beziehungen gesammelt (Gruppe D Z:360-362) und siene Äußerungen lassen außerdem vermuten, dass sier nicht oder nur selten sexuell aktiv ist. Hieran lässt sich analysieren, inwiefern die Diskriminierung asexueller Personen auch allosexuelle Personen treffen kann, die nicht sexuell aktiv sind.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gang mit asexuellen Patient*innen, anders als bei schwulen, lesbischen, bisexuellen und trans Patient*innen, bisher kaum bis gar nicht erforscht (vgl. Kapitel 3.6), so dass hier dem in Kapitel 3.6 ausgeführten Forschungsstand noch neue Erkenntnisse hinzugefügt werden können. *Zweitens* ist Asexualität im Vergleich zu Homo- und Bisexualität gesamtgesellschaftlich wenig bekannt und als eigenständige sexuelle Orientierung weniger anerkannt. Die gesellschaftliche Unsichtbarkeit von Asexualität, die in dieser Form nicht für Homo- und Bisexualität gilt, kann also spezifische Dimensionen und Mechanismen von Heteronormativität analysierbar machen. *Drittens* sind Homo- und Bisexualität inzwischen entmedikalisiert – das gilt so aber nicht für Asexualität, die gegenwärtig u. a. als ↗*Hypoactive Sexual Desire Disorder* medikalisiert wird (Spahn 2020a, 2021). Allonormative Annahmen und Vorurteile gegenüber Asexualität sind also gesamtgesellschaftlich noch eher sagbar, da sie seltener kritisch hinterfragt werden – womit sie für die Analyse greifbarer sind als homo- und bifeindliche Vorurteile oder heterosexistische bzw. mononormative Vorurteile dies wären.

Asexuelle Patient*innen machen damit spezifische Erfahrungen in der Medizin. Meine Untersuchung zeigt, wie asexuelle Patient*innen medizinische Behandlungssituationen erleben, welche Auswirkungen Heteronormativität auf sie hat – und was dies für ihren Gesundheitszustand, ihre Gesundheitsversorgung und ihr Gesundheitshandeln bedeutet (vgl. Kapitel 3.6). Wie ich zeige, haben die Erfahrungen asexueller Personen aber auch Implikationen und Erklärungspotential für den medizinischen Umgang mit Personen, die nicht sexuell aktiv sind. In der Analyse von Allonormativität als einer Dimension von Heteronormativität lassen sich einige grundlegende Schlüsse über den Umgang mit queeren Patient*innen bzw. über Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis ziehen. Auf die Schlüsse, die ich allgemein über Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis bzw. auf den Umgang mit queeren Patient*innen, ziehe, gehe ich im Fazit dieses Kapitels ein.

Die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen betonen ihren Stolz und ihre Sicherheit in ihrer gefestigten asexuellen bzw. queeren Identität (Gruppe CH Z:1279-1306; Gruppe D Z:470-471; 653–654). Sie verstehen sich innerhalb der queeren Community als »minority inside the minority« (Gruppe CH Z:401), weil die Marginalisierung von Asexualität oft unbenannt und unsichtbar bleibt. Außerdem sind für die Teilnehmer*innen auch als queerfreundlich oder -sensibel ausgeschriebene Orte oft nicht sicher (Gruppe D Z:304-306).

Vulnerabilität asexueller Patient*innen

Wie die Teilnehmer*innen während der Gruppendiskussionen immer wieder betonen, sind sie als Patient*innen in medizinischen und therapeutischen Settings besonders verletzlich. In Kapitel 3.3 habe ich ausgeführt, dass die Beziehung zwischen

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Ärzt*in und Patient*in nie auf Augenhöhe, sondern immer von einem Machtgefälle geprägt ist. Dieses Machtgefälle wird durch strukturelle Marginalisierung verstärkt, d. h. die Teilnehmer*innen fühlen sich in der Behandlungsbeziehung besonders verletzlich. Sie formulieren ihre Angst davor, dass in einem Raum, der eigentlich sicher sein sollte, die Akzeptanz der eigenen Identität durch Marginalisierung in der Medizin erschwert wird – und zwar anders als es Marginalisierung außerhalb der Medizin tun würde. Hier zeigt sich das Konzept des *Sanctuary Harm* (vgl. Kapitel 4.3). Die Marginalisierung innerhalb der Medizin findet in einem Raum statt, der eigentlich für Hilfe, Schutz und Heilung steht. Da Patient*innen in der Behandlungsbeziehung eine schwächere Position einnehmen, ist *Sanctuary Harm* so bedeutsam.

Die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen nutzen konsistent Begriffe rund um Krieg und Konflikt, um ihre Begegnungen mit Ärzt*innen und dem Gesundheitssystem zu beschreiben: Ola beschreibt den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik als »ständige[…][n] Kampf« (Gruppe D Z:525), Sasha nutzt ebenfalls den Begriff »Kampf« (Gruppe D Z:773), um ein Gespräch mit sieren[5] Ärzt*innen zu beschreiben und berichtet später, dass es für siem unmöglich ist, sich gegen die Abhängigkeit von sienen Ärzt*innen zu »wehren« (Gruppe D Z:1005; vgl. Gruppe D Z:1206). Gabrielle bezeichnet die Suche nach einem*einer neuen Ärzt*in als »Tortur« (Gruppe D Z:1994) und Jagoda antizipiert eine konfliktträchtige Situation mit einem Arzt und »[…]wappnet« sich daher mit einem Flyer (Gruppe D Z:344). Die Teilnehmer*innen der deutschen Gruppendiskussion empfinden sich also in einem kriegsähnlichen Zustand mit dem Gesundheitssystem und beschreiben ihre Erfahrungen als Qual. In diesem Kampf ist ein deutliches Machtungleichgewicht erkennbar: Während Jagoda einen Flyer als eine Art Schutzschild nutzt, empfindet Sasha sich selbst als macht- und wehrlos gegenüber sienen Ärzt*innen. Die Teilnehmer*innen sind damit im Konflikt mit dem Gesundheitssystem nicht auf Augenhöhe mit den Ärzt*innen, sondern empfinden sich als die schwächere Konfliktpartei, die sich schützen und wehren muss.

Wenn die Teilnehmer*innen doch gute Erfahrungen in der Medizin machen, so nutzen sie konsistent den Begriff *Glück*, um dies auszudrücken: So bezeichnet Stev es als »Glück«, dass er bisher in Bezug auf seine Asexualität »recht verständnisvolle Personen« (Gruppe CH Z:1005-1006) als Ärzt*innen hatte. Jagoda »hatte Glück« (Gruppe D Z:344, vgl. auch Gruppe D Z:1105), einen Gynäkologen zu finden, der bereits von Asexualität gehört hatte und bereit war, sich weiter zu informieren. Auch Bastian bezeichnet es als »Glück« (Gruppe D Z:584), eine Therapeutin gefunden zu haben, die ihm keine Konversionstherapie für seine Asexualität anbietet. Glück, wie der Philosoph Dieter Thomä (2019, S. 135) schreibt, hat im Deutschen zwei Bedeutungen: *Glück haben* und *glücklich sein*. Die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussion nutzen die erste Bedeutung: Sie haben Glück, durch einen Zufall tritt also ein

5 Für Sasha werden in dieser Arbeit sier/sien/siem/siene Pronomen verwendet.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

günstiges externes Ereignis ein, über das sie wenig Kontrolle haben: »Das Glück, um das man strebend sich bemüht, lässt sich nicht wie ein Ziel, das man in ein Navigationssystem eingibt, glatt erreichen. Ein Mensch kann zu seinem Glück beitragen, es wird ihm aber letztlich zuteil« (Thomä 2019, S. 135). Die Soziologin Aida Bosch (2019, S. 146) ergänzt dies mit der Überlegung, dass Glück immer in seinem Verhältnis zum Unglück definiert und kontrastiert ist. Das bedeutet: Gerade weil die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen viele unglückliche, d. h. schlechte Erfahrungen im Gesundheitssystem gesammelt haben, bezeichnen sie gute Erfahrungen als Glück. In dieser Begriffsverwendung zeigt sich auch, dass sie sich selbst bei der Gestaltung guter Interaktionen mit Ärzt*innen wenig Handlungsmacht und Kontrolle zuschreiben.

8.2 Dimensionen von Heteronormativität[6]

Bevor ich auf die Herrschaftstechniken, d. h. Wirkungsmechanismen, von Heteronormativität eingehe, die ich aus den Gruppendiskussionen herausarbeite, gehe ich kurz auf die Dimensionen von Heteronormativität ein (vgl. Kapitel 2.4), die sich in den Gruppendiskussionen finden.

Strukturelle Marginalisierung

Die Gruppendiskussionsteilnehmer*innen setzen voraus, dass Frauen, queere Personen und spezifisch asexuelle Personen Marginalisierung in der Medizin erleben. Ihre eigenen Erfahrungen ordnen sie damit nicht nur als individuelle Probleme ein, sondern als Teil struktureller Marginalisierung in der Medizin. So kritisieren sie Sexismus im Gesundheitssystem:

> Nina: [W]eil ich (…) von ner US-amerikanischen Studie der zufolge äh Fraun – genau weniger ernst genommn werden von Medizinern und zum Beispiel – meine in der Wissenschaft den Studien auch häufig Männer als Testpersonen hat – für frauenrelevante Probleme […] so dass zum Beispiel Herzinfarktsymptome sind bei Frauen anders als bei Männern aber bei Frauen werdn sie häufich nich erkannt weil man imma nur vom männlichen Exempel ausgeht und – (Gruppe D Z:1498-1504).

6 In einem gemeinsamen Artikel mit Ann Kristin Augst zu Heteronormativität im deutschen Gesundheitssystem wurden einige vorläufige Ergebnisse aus der deutschen Gruppendiskussion präsentiert (Augst und Spahn 2023).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Sie selbst erleben nicht nur aufgrund ihrer Asexualität Marginalisierung, sondern auch Sexismus und Transfeindlichkeit sowie Abwertungen aufgrund ihres (jungen) Alters und ihrer (chronischen) physischen und psychischen Erkrankungen:

> Sasha: Ich hab auch – also ich hab ne?, seltene Krankheit die kaum ein Arzt kennt – und wenn ich dann erzähle was ich hab – werd ich erst belächelt ahm – also es kam auch schon vor dass ich ausgelacht worden bin (Gruppe D Z:807-809).

In den Schilderungen ihres Erlebens finden sich also immer wieder auch Verschränkungen und Überlappungen verschiedener Marginalisierungsstrukturen.

Sexismus

Alle Teilnehmer*innen sind entweder cis weiblich oder transgeschlechtlich bzw. nicht-binär. Sie berichten von Erfahrungen mit Sexismus und/oder Transfeindlichkeit in und außerhalb der Medizin. Die Teilnehmer*innen machen Sexismus in der Medizin z. B. daran fest, dass ihnen körperliche Autonomie, wie bspw. eine gewünschte ↗Hysterektomie, erst zugestanden wird, wenn sie bereits schwanger waren (Gruppe D Z:1382-1402). Auch die ärztliche Wahrnehmung der Teilnehmer*innen als relativ junge (cis) Frauen und nicht-binäre bzw. ↗transmaskuline Personen scheint aus ihrer Sicht eine wichtige Rolle dabei zu spielen, dass sie nicht ernst genommen werden:

> └ Rami: Die häufigste Antwort wenn man sagt ›ich möchte keine Kinder‹ und n gewisses Alter hat is ›ach du bis noch soo juung – es hat ja noch Zeit‹ [mhm] [Ja das –]
>
> Gabrielle: ›Das wirst du schon noch wolln‹ [mhm] (Gruppe D Z:1119-1123).

Die Teilnehmer*innen erleben diese Marginalisierung nicht nur, ihnen wird in der Interaktion mit Ärzt*innen und Therapeut*innen auch keine Gelegenheit gegeben, diese als solche zu benennen, sie zu reflektieren und zu verarbeiten. Als Ola versucht, mit ihrem Therapeuten über Sexismus zu sprechen, den sie erlebt, wenn sie als Frau wahrgenommen wird, bezweifelt der Therapeut bspw. die Existenz von Sexismus und verunmöglicht so eine Auseinandersetzung für Ola und sich selbst (Gruppe D Z:966-970).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

8.3 Herrschaftstechniken von Heteronormativität

Im Folgenden arbeite ich heraus, welche Herrschaftstechniken von Heteronormativität die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen erleben bzw. wie sie in ihrem Erleben durch Ärzt*innen als queere bzw. spezifisch asexuelle Patient*innen marginalisiert werden. Ich habe jeweils zwei Herrschaftstechniken, wie ich sie in Kapitel 2.5 beschrieben habe, zu einem Cluster zusammengefasst, um auch die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Herrschaftstechniken in den Blick bekommen zu können.

8.3.1 Heteronormative Vorannahmen und Epistemische Gewalt

Wie im Kapitel zu Heteronormativität in der medizinischen Lehre zeigt sich auch in der Analyse von Patient*innenperspektiven auf medizinische Behandlungspraxis, dass Ärzt*innen miteinander verschränkte Annahmen über das Geschlecht, die sexuelle Orientierung, die Sexualpraktiken und die romantischen Beziehungen ihrer Patient*innen treffen, die in der Regel heteronormativ sind. Ich mache dies an den Erzählungen der Teilnehmer*innen über zwei standardisierte ↗Anamnese-Fragen zu Sexualität und Schwangerschaft fest sowie an der von den Gruppendiskussionsteilnehmer*innen geschilderten Erwartung von Ärzt*innen, dass alle ihre Patient*innen sexuell aktiv sind oder sein wollen.

Sexualanamnese

Bastian beschreibt ausführlich, welche normativen Annahmen in der gynäkologischen Sexualanamnese transportiert werden:

> Bastian: [D]ass ähm viele – äh Gynäkolog*innen ja nich fragen – ›ja – haben Sie penetrativen Sex?,‹ sondern sie finden da irgendwie so ne Umschreibung und meistens is das sowas wie ›ham Sie nen Freund?;‹ – was halt soo viele normative Inhalte hat [@@] [ja] von okee – es ist erstens ne hetero Beziehung?, zweitens mit ner cis Person – und du bis selber auch cis – ähm und äh drittens ähm hast du Sex nur inner Beziehung und zwar nur inner hetero Beziehung – und viertens wenn du ne Beziehung hast muss du auch Sex haben – also s is irgendwie so – sind soo viele Fehlannahmen in diesem einen [mhm] Satz – s fand ich so absuuurd (Gruppe D Z:391-398; vgl. Z:1161-1164).

Wie Bastian hier analysiert, verschlüsseln Ärzt*innen ihre Frage nach sexueller Aktivität durch die Frage nach einer romantischen Beziehung. In dieser Frage sind viele normative Annahmen über die Körper, Beziehungen, sexuellen Aktivitäten und Identitäten ihrer Patient*innen enthalten. Ärzt*innen erwarteten, so zählt Bastian

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-NC

auf, dass ihre Patient*innen ↗endogeschlechtlich, ↗cisgeschlechtlich, ↗alloromantisch, ↗heterosexuell und allosexuell seien. Diese Annahmen werden in der ärztlichen Frage untrennbar miteinander verwoben, womit gleichzeitig Heteronormativität materialisiert wird. Hier wird auch deutlich, wie subtile Interaktionen zwischen Behandelnden und Behandelten Heteronormativität als Struktur aufgreifen und reifizieren. Es zeigt sich hier also der konstitutive Zusammenhang von *sex*, *gender* und *desire*, den Judith Butler (2016 [1991]) als Fundament von Heteronormativität beschrieben hat. Diese kodierten normativen Annahmen von Ärzt*innen zu entschlüsseln und zu berichtigen, wird in den Verantwortungsbereich der Patient*innen verschoben. Die Frage »Haben Sie einen Freund?« zu beantworten, erfordert von Patient*innen, die von den aufgerufenen Normen abweichen, *Health Literacy*. Sie also müssen einschätzen können, welche Informationen sie ihren Ärzt*innen wie vermitteln müssen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten (s. u.). In der Anamnesefrage bleibt Heterosexualität außerdem die unmarkierte Norm, während queere Existenzweisen unsichtbar gemacht oder geothert werden (Gruppe D Z:720-721).

Erwartung sexueller Aktivität

Neben der Zuschreibung, dass alle Patient*innen endogeschlechtlich, cisgeschlechtlich, alloromantisch, heterosexuell und allosexuell sind, erwarten Ärzt*innen, dass alle ihre Patient*innen auf bestimmte Weise sexuell aktiv sind oder sein wollen, bzw. dass alle Patient*innen ab einem bestimmten Alter bereits sexuell aktiv waren. Emma reinszeniert dialogisch das Unverständnis ihres*ihrer Ärzt*in darüber, dass sie die ↗Pille nicht nehmen möchte:

> Emma: ›Wollen Sie auf die Pille?‹ – ›Nein‹ – ›Wiesooo?‹ [@] (Gruppe D Z:279)

Für Emmas Ärzt*in scheint es in dieser Nacherzählung unverständlich zu sein, wieso Emma nicht die Pille nehmen möchte. Es wird angenommen, dass Emma grundsätzlich sexuell aktiv ist – ebenso wie eine spezifische Art, sexuell aktiv zu sein. Diese Form der sexuellen Aktivität macht in der Vorstellung des*der Ärzt*in *erstens* Schwangerschaftsverhütung notwendig – ist also mit hoher Wahrscheinlichkeit Penis-in-Vagina-Sex – und benötigt *zweitens* keinen Schutz vor ↗STIs – findet also vermutlich in einer ↗monogamen Langzeitbeziehung statt. Statt also eine offene Frage nach dem Sexualverhalten von Emma zu stellen, mutmaßt der*die Ärzt*in, dass Emma potentiell reproduktiven Sex in einer Langzeitbeziehung hat. Gleichzeitig werden miteinander verschränkte Annahmen über das Geschlecht, die Sexualität und die romantische Beziehung seiner*ihrer Patient*innen getroffen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Repronormativität

Ein weiterer Aspekt der heteronormativen Vorannahmen, die Ärzt*innen treffen, ist die Annahme, dass alle Patient*innen mit einem Uterus irgendwann schwanger werden (wollen), auch wenn sie Gegenteiliges sagen:

> Bastian: [W]ir ham so – ähm – Hormonspiegel gemessen und so und dann hatte sie irgendwie so festgestellt ja okee da is so ne kleine ahm kleine Imbalance und ähm – man müsste die nicht aus- ähm gleichen – das ist nichts irgendwie gesundheitlich bedenkliches aber wenn ich schwanger werden wollte dann müsste man das ausgleichen weil des könnte eventuell Schwierigkeiten ähm äh beim – nem Schwangerschaftswunsch äh verursachen – obwohl ich nie gesagt hab dass ich schwanger werden will – obwohl ich ihr vorher gesagt hab dass ich kein Sex hab – (Gruppe D: Z:1080-1086)

Obwohl die Ärztin von Bastians Asexualität weiß und damit bekannt ist, dass Bastian aus heteronormativen Erwartungen zu sexueller Aktivität und Orientierung herausfällt, nimmt die Ärztin an, dass Bastian schwanger werden will bzw. wird. Der Wunsch nach Reproduktion scheint damit im ärztlichen Denken unumstößlich zu sein. In Kapitel 6.5 habe ich Repronormativität als spezifische Form heteronormativer Disziplinierung konzipiert. Bastians Schilderung macht ersichtlich, dass das Übertreten einer normativen Vorannahme zu Geschlecht, sexueller und romantischer Orientierung und sexueller Aktivität die anderen normativen Annahmen nicht außer Kraft setzt, sondern diese weiterhin gelten.

Schwangerschaftsanamnese

Auf meine erste Frage zu den Erfahrungen der Gruppe in der Medizin antwortet Gabrielle prompt:

> Gabrielle: Also ich glaub ahm besonders diee [↗]femme presenting von uns sind all die Fragn mit ›Sind Sie schwanga?,‹–›nein‹–›Sind Sie sichaa?,‹›jaa‹ [@] ham da schon Erfahrungen mit gemacht dass ein da auch meistens nich so unbedingt auf den ersten Moment geglaubt wird –›sind Sie wirklich sicha?, benutzen Sie Verhütungsmittel‹–›Nein aba ich bin mir ziemlich sicher [mhm] dass ich nich schwanga bin‹ (Gruppe D Z:272-277).

In Gabrielles Antwort wird deutlich, dass die Erfahrungen in der Medizin davon abhängig sind, welches Geschlecht Patient*innen von den Ärzt*innen zugeschrieben wird. Wenn Ärzt*innen, wie Gabrielle beschreibt, annehmen, dass der*die Patient*in weiblich ist, nehmen sie an, dass die Möglichkeit einer Schwangerschaft besteht – unabhängig von der realen Möglichkeit (d. h. Vorhandensein eines

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-NC

Uterus und Menstruationszyklus, sexuelle Aktivität etc.). Patient*innen erleben also auch bei der Schwangerschaftsanamnese, dass Ärzt*innen davon ausgehen, dass sie grundsätzlich cisgeschlechtlich, heterosexuell und auf eine bestimmte Weise sexuell aktiv sind (vgl. Gruppe D Z:476-486). Auffällig ist auch, dass in Gabrielles dialogischer Reinszenierung dem*der Patient*in nicht geglaubt wird (»Sind Sie sichaa?«, »sind Sie wirklich sicha?,«; ebd.). Den Patient*innen, die als weiblich wahrgenommen werden, wird hier unterstellt, entweder unzuverlässige Erzähler*innen ihrer eigenen Anamnese oder unwissend in Bezug auf die Entstehungsmöglichkeit einer Schwangerschaft zu sein. Neben den normativen Annahmen, die die medizinische Behandlungspraxis durchziehen, zeigt sich in den Erfahrungen der Patient*innen also auch epistemische Gewalt.

Machtverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen

Wie in Kapitel 3.4 ausgeführt, beschreibt *Epistemische Ungerechtigkeit* bzw. Gewalt nach Fricker (2010) die Marginalisierung von Wissenden aufgrund ihrer (zugeschriebenen) sozialen Positionierung. Die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen erleben als Patient*innen *epistemische Gewalt* in verschiedenen Formen – sowohl als *Testimonial Injustice* als auch als *Hermeneutical Injustice* (Fricker 2010). Dies hängt vor allem mit dem Machtunterschied zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen zusammen:

> Sasha: Es is auch son sehr großes Problem dass man im medizinischen Bereich so abhängig von diesen Leuten is [ja] (Gruppe D Z:998-999; vgl. auch Gruppe D Z:915-916; Z:977-978).

Den Machtunterschied zwischen Ärzt*innen und Patient*innen machen die Teilnehmer*innen u. a. daran fest, dass Ärzt*innen sich nicht auf ihre Patient*innen und deren Anliegen einlassen (Gruppe D Z:723-727; Z:1458-1468) und sie nicht ernstnehmen (Gruppe CH Z:564-568). Außerdem wird in den Gruppendiskussionen kritisiert, dass Mediziner*innen nicht zugeben (können), wenn sie unrecht haben oder sich nicht auskennen (Gruppe D Z:1534-1537) und dass sie sich zu wenig fortbilden (Gruppe D Z:2089-2092). Wie Sasha[7] formuliert:

> Sasha: [N] großes Problem is äh dass Therapeuten und auch Ärzte nich daa auf uns oda ahm Sachen hörn die wir brauchen [mhm] sondern nur was sie denken was man braucht (Gruppe D Z:779-781)

7 Es ist auffällig, aber nicht überraschend, dass Sasha vieler dieser Medizinkritiken formuliert, da Sasha chronisch krank ist und daher viel Kontakt zum Gesundheitssystem hat (Gruppe D Z:1457-1467).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Teilnehmer*innen kritisieren damit ärztlichen Paternalismus, wie ich in Kapitel 3.3 ausgeführt habe. Sie beanstanden also die ärztliche Haltung, besser zu wissen, was Patient*innen helfe(n könnte) als die Patient*innen selbst und dass die Patient*innen zu Objekten medizinischer Untersuchung, Diagnose und Therapie gemacht werden (vgl. Buser et al. 2011, S. 228–229; Maio 2017, S. 214).

Der Machtunterschied zwischen Patient*innen und ihren Ärzt*innen spiegelt sich auch in der Frage nach Zuschreibungen und Definitionen wider: Ola kritisiert, dass ihr Therapeut die Macht hat, sie als krank und »gestört« fremd zu definieren (Gruppe D Z:1002-1003). Olas Therapeut hat also die Macht, Olas Identität und ihr gesamtes Sein zu medikalisieren. Definitionsmacht kann so auch als Teil von epistemischer Gewalt beschrieben werden, da eine Gruppe ihren Expert*innenstatus dafür einsetzt, eine andere, marginalisierte Gruppe bspw. als krank festzuschreiben (vgl. Young 1990, S. 123). Die Teilnehmer*innen betonen ihre Angst vor der Definitionsmacht von Ärzt*innen, weil diese sie z. B. in Arztbriefen fremddefinieren und ↗fremdouten können (Gruppe D Z:707-718).

Testimonial Injustice

Nach Miranda Fricker (2010, S. 17–20) bezeichnet *Testimonial Injustice* eine Form epistemischer Gewalt, bei der ein vorurteilsbehafteter Blick auf eine Person dazu führt, ihr weniger oder nicht zu glauben. Ramis Gynäkologin glaubt ihr bspw.ihre sexuelle Orientierung nicht – was dazu führt, dass Rami aufgegeben hat, es ihr zu erklären:

> Rami: Ja ich mein – wie gesagt meine Gynäkologin glaubt mir einfach nicht [mhm] – alsoo selbst wenn ich jedes Mal diesen Bogen [den Anamnesebogen mit Fragen zu sexuellen Aktivitäten, AS] ausfüllen würde mit @›nein‹›nein‹›nein‹@ – sie glaubt mir einfach nich – alsoo kann ich auch nichts machen [mhm] (Gruppe D Z:1166-1169; vgl. auch Z:363-369).

Gerade weil die Teilnehmer*innen als jung, weiblich oder trans und queer positioniert sind, wird ihnen von Ärzt*innen häufig nicht geglaubt, wenn sie z. B. über ihre sexuellen Aktivitäten (bzw. das Fehlen davon) sprechen. Ihre (zugeschriebene) soziale Positionierung führt also dazu, dass sie nicht als wissende Subjekte anerkannt werden, bzw. ihnen wegen eines vorurteilbehafteten Blicks auf sie nicht oder nur wenig geglaubt wird (Fricker 2010, S. 17–20). Während es in der medizinischen Behandlungspraxis notwendigerweise einen Wissensunterschied zwischen Ärzt*innen und Patient*innen in Bezug auf das medizinische Wissen gibt (vgl. Kapitel 3.4), wird asexuellen Patient*innen in der Interaktion mit Ärzt*innen auch kein Wissen über ihre eigene sexuelle Orientierung, ihre sexuelle Aktivität und damit ihre eigene

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Identität zugesprochen. Die Deutungsmacht über die Patient*innen verbleibt damit bei den Ärzt*innen.

Hermeneutical Injustice

Nach Miranda Fricker (2010, S. 8) bezeichnet *Hermeneutical Injustice* das Fehlen epistemischer Ressourcen. In den analysierten Gruppendiskussionen finden sich zwei Aspekte hermeneutischer Ungerechtigkeit: *Zum einen* verfügen Ärzt*innen über kein Wissen zu Asexualität, da dieses Thema in der medizinischen Aus- und Weiterbildung nicht zur Sprache kommt (vgl. Kapitel 7). Die Teilnehmer*innen berichten teilweise von Ärzt*innen, die bereit sind, sich über Asexualität (weiter) zu informieren:

> Jagoda: [A]lso ich hab ihm [dem Arzt, AS] nur kurz erklärt – so ›ja also – also ich bin asexuell und hatte noch nie Sex […] und dann meinte er ›achsoo‹ und ja Asexualität das ha- hat er schon mal gehört – aba er weiß nich genau was das is – ja wenn ich nen Flyer hab – das nimmt er gerne [@] und liest sich mal durch um sich zu bilden – ich hab – ich war ganz entzückt (Gruppe D Z:345-351).

Ärzt*innen, die sich über Asexualität informieren wollen, müssen dabei allerdings, wie in Jagodas Bericht, auf Ressourcen zurückgreifen, die die asexuellen Patient*innen aussuchen und zur Verfügung stellen. Wenn die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen also von Ärzt*innen behandelt werden wollen, die über Asexualität informiert sind, müssen sie epistemische Arbeit, z. B. in Form von ausgesuchten und mitgebrachten Informationsmaterialien oder in Form von Erklärungen leisten.

Hermeneutical Injustice in Bezug auf Asexualität in der Medizin findet sich *zum anderen* darin, dass das Vokabular zu (A-)Sexualität, Anziehung und Begehren noch unterentwickelt ist. Das bemerken die Teilnehmer*innen sowohl in der Medizin, als auch bei sich selbst, wodurch eine Verständigung teilweise schwierig ist:

> Ola: [D]as Problem is auch dass das nich differenziert?, also Interesse an Sex heißt ja nich – ich will mit jemandem Sex haben – also [mhm] @das is ja auch noch mal was anderes@
>
> └ Emma: Jaa das – das stimmt allerdings [mhm] weil man dann ja – auch auseinandernehmen muss – Interesse an Sex mit jemand anderem oda [ja oda Sex mit sich selbst] was ja im Endeffekt Masturbation ist [mhm]
>
> Bastian: Naja oder halt auch so ein generelles Interesse – aba des bezieht sich halt einfach auf niemanden ne? (Gruppe D Z:602-611).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Teilnehmer*innen als auch die Ärzt*innen sind in ihrer Möglichkeit, über Asexualität Bescheid zu wissen und kommunizieren, als wissende Subjekte eingeschränkt. *Hermeneutical Injustice* trifft also Ärzt*innen und Patient*innen gleichermaßen. Heteronormativität materialisiert sich hier in fehlendem oder unzureichendem Vokabular und fehlenden Informationsmaterialien.

8.3.2 Unsichtbarmachung und Unintelligibilität

Asexualität ist in der medizinischen Behandlungspraxis weitgehend unsichtbar. Dies mache ich an zwei Aspekten fest: Die Definitions- und Aufklärungsarbeit, die die Teilnehmenden bei medizinischer Behandlung leisten müssen und das Fehlen von Behandlungsrichtlinien für asexuelle bzw. nicht sexuell aktive Patient*innen. Den Teilnehmer*innen ist ihre asexuelle Identität wichtig, sie können und wollen nicht einfach als sexuell inaktiv gelten, sondern bemühen sich, Asexualität zu mehr Sichtbarkeit zu verhelfen.

Definitions- und Aufklärungsarbeit

In beiden Gruppen fällt es den Teilnehmer*innen leicht, zu erklären, was Asexualität für sie persönlich bedeutet:

> Gabrielle: Glaub für mich is es schon ziemlich die übliche Definition mit dem dass ich mich zu keinem Menschen sexuell hingezogen fühl (.) (Gruppe D Z:63-64).

Definitions- und Aufklärungsarbeit ist für die Teilnehmer*innen Routine, sie verweisen auch darauf, dass sie dies häufiger tun:

> Jagoda: Ich sag imma ganz gerne mit ner anderen Person sexuell aktiv zu werden des is für mich einfach nich sonderlich naheliegend (Gruppe D Z:79-80).

Diese Äußerungen weisen darauf hin, dass die Teilnehmer*innen nicht voraussetzen, dass ihr Gegenüber Asexualität kennt und dass sie gewohnt sind, ihre sexuelle Orientierung zu erklären und zu erläutern. Dies hängt vor allem mit der gesellschaftlichen Unsichtbarkeit von Asexualität zusammen.

Fehlende Behandlungsrichtlinien

Die Unsichtbarkeit von Asexualität in der Medizin kann neben Interaktionen auf der Mikroebene außerdem an der Mesoebene festgemacht werden. So scheint es keine feststehenden Behandlungsrichtlinien für asexuelle, sexuell nicht aktive und queere

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Patient*innen in der Gynäkologie zu geben. Nina führt in Bezug auf die Notwendigkeit von ↗Pap-Abstrichen zur Früherkennung von ↗Cervix-Krebs aus:

> Nina: [D]ie (.) erste Fraunärztin die hat ich so mit irgendwie 16 – die hat das einfach – die hat da nichts zu gesaagt also ich – weil – und die hat mir erzählt dass ähm man irgendwie diesen Abstrich ähm erst machen muss wenn man wirklich auch Sex hatte?, oda ansonsten ab dem 30. Lebensjahr also so hat sies mir damals erklärt – äh dann bin ich irgendwann umgezogen und dann kam irgendne andere Fraunärztin die dann sagte ›nee muss sein‹ und äh da hab ich dann einfach gesagt ›joa äh toll(.)‹ (Gruppe D Z:308-314).

Ninas Gynäkolog*innen widersprechen sich also gegenseitigbezüglich der Kriterien, nach denen Pap-Abstriche durchgeführt werden sollen. Während die erste Gynäkologin Nina sagt, dass sie erst einen Abstrich braucht, nachdem sie sexuell aktiv war, gibt die zweite Gynäkologin an, dass dies auch ohne sexuelle Erfahrung notwendig sei. Gabrielle stellt grundsätzlich die Notwendigkeit gynäkologischer Vorsorge-Untersuchungen für sich infrage:

> Gabrielle: [I]ch hab mal als ich s- 16 17 rum waar halt – halt so ne Routineuntersuchung gemacht @ansonsten war ich auch nich mehr@ weil ich mir halt denk – wozu?, ähm ich hab kein Sex – für den ich irgendwelche Verhütungsmittel bräucht – ich hab auch bisher noch nie irgendwie Probleme gehabt in dem Bereich – dann denkt man sich halt schon manchmal ›waarum soll ich jetz noch n extra n Arzt suuchn?, hingeht – bittn n Termin machn‹ – was ich eh absolut hasse [mhm] (Gruppe D Z:446-452).

Allerdings bemerken die Teilnehmer*innen auch, dass sie »ab nem bestimmten Alter« zur Krebsvorsorge wieder gynäkologische Vorsorgetermine wahrnehmen sollten (Gruppe D Z:454).

Sowohl für die Teilnehmer*innen als Patient*innen wie für die Ärzt*innen scheint unklar zu sein, nach welchen Kriterien sexuell inaktive Patient*innen einen Pap-Abstrich brauchen. Die Behandlungsrichtlinien in der Gynäkologie, in denen sich hier Heteronormativität materialisiert, gehen offensichtlich davon aus, dass alle Patient*innen sexuell aktiv sind bzw. waren[8] und treffen damit eine allonormative Erwartung. So wird Jagoda bspw. bei einer gynäkologischen Untersuchung

8 Unter sexuelle Aktivität fällt hier vermutlich außerdem nur Penis-in-Vagina-Sex wegen des assoziierten ↗HPV-Risikos (und des damit verbundenen Risikos für Cervix-Krebs) (Boston Women's Health Book Collective 2011, S. 298–299). Diese Annahme ist also nicht nur normativ im Hinblick auf sexuelle Aktivität, sondern auch im Hinblick auf sexuelle Praktiken und sexuelle Orientierung.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wegen Hautproblemen im Intimbereich[9] aufgefordert, zu einer gynäkologischen Routineuntersuchung wieder zu dieser Ärztin zu kommen, wenn sie sexuell aktiv war (Z:328-338). Die Erwartung der Ärztin ist hier klar: dass alle Menschen eines Tages sexuell aktiv sein werden. Dass manche Menschen nicht sexuell aktiv sind oder sein wollen, scheint für die Ärztin unvorstellbar zu sein.

Diese Unsichtbarkeit von Asexualität in den gynäkologischen Behandlungsrichtlinien bedeutet, dass die Teilnehmer*innen und ihre Ärzt*innen individuelle Abwägungen treffen müssen, inwiefern z. B. bei ihnen das Risiko einer HPV-Infektion vorliegt, unter welchen Umständen gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen notwendig sind und inwiefern ihr Alter das Risiko für gynäkologische Erkrankungen erhöht. Die Teilnehmer*innen müssen also, mit anderen Worten, selbst *Health Literacy* aufbringen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten, da das Gesundheitssystem nicht auf sie eingestellt ist. Die Psycholog*innen Norbert Lenartz, Renate Soellner und Georg Rudinger (2016, S. 276) betonen die Bedeutung der gesellschaftlichen und institutionellen Entstehungsbedingungen von *Health Literacy*: »In diesem Sinne ist die Gesundheitskompetenz immer auch in ihrer Beziehung zu den jeweiligen Anforderungen und Bedingungen der Umwelt zu betrachten« (Lenartz et al. 2016, S. 276; vgl. Ernstmann et al. 2019, S. 275). In einem Gesundheitssystem, das asexuelle bzw. sexuell nicht aktive Patient*innen nicht vorsieht, haben die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussion keine andere Wahl als *Health Literacy* zu entwickeln und sich mit der Notwendigkeit von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen zu beschäftigen, um eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Auch Rami berichtet von einer Situation, in der sich die Unsichtbarkeit von Asexualität auf die Behandlungsqualität niederschlägt:

> Rami: [W]eil ich musste ähm für meine?, Antidepressiva auch zum Psychologen gehn – da hab ich auch ein Zwei-Stunden-Gespräch gehabt?, wo ich ihn überreden musste mir Antidepressiva zu verschreiben weil das einzige das (.) dagegen gesprochen hat – war dass ich kein Sex hab und Antidepressiva ja die Libido noch mehr runtersetzen kann [mhm] (Gruppe D Z:490-94).

Ramis Psychologe scheint es als problematisch einzuordnen, wenn eine Person keine oder wenig Libido hat, selbst wenn dies für die betreffende Person keinen Leidensdruck verursacht. Die normativen Annahmen, alle Menschen seien allosexuell und sexuell aktiv, führt dazu, dass Rami wichtige Medikamente vorenthalten werden. Eine glückliche Existenz als asexuelle Person scheint für den Therapeuten nicht

9 Jagoda berichtet außerdem, dass dies ihre erste von insgesamt zwei gynäkologischen Untersuchungen überhaupt gewesen sei (Gruppe D Z:324).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vorstellbar. Der Psychologe bevormundet Rami also und stellt seine eigenen Prämissen und Prioritäten für ein gutes und gesundes Leben in den Vordergrund, statt auf Ramis spezifische Lebenssituation einzugehen. Rami muss sich hier also für sich und ihre Gesundheit stark machen, um eine angemessene Behandlung zu bekommen:

> Rami: Ich musste ihm verklickern – es macht mir nichts aus – @es macht mir nichts aus@ – es is mir viel wichtiger die Antidepressiva zu kriegn […] (Gruppe D Z:500-501).

Weil Rami aus dem Rahmen normativer sexueller Anziehung herausfällt – und weil diese Medikamente diesen Zustand nicht normieren, sondern ggf. sogar in den Augen des Psychologen verschlechtern, werden ihr Medikamente vorenthalten.

Unintelligibilität

Ich stelle die These auf, dass Asexualität in der Medizin nicht nur unsichtbar und unbekannt ist – sondern auch unintelligibel. Die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen berichten nicht nur, dass Ärzt*innen sexuelle Aktivität als wünschenswert und gut darstellen, sondern auch, dass sie einen freiwilligen Verzicht auf sexuelle Aktivität nicht verstehen wollen – und können. Den Teilnehmer*innen immer wird wieder unterstellt, an der Abwesenheit sexueller Anziehung zu leiden:

> Franzi: Auch bei den psychologischen Sachn is eigentlich – du hast ja bei den Krankheiten oft die Definition mit dabei wenns kein Leidensdruck is – dann is es keine Krankheit [mhm] – […] es scheint doch eine Grundlage zu sein – warum muss man es dann ständig wieder ausdiskutiern (Gruppe D Z:2139-2143).

Eine Existenz als asexuelle bzw. sexuell nicht aktive Person ist in der Definition sexueller Gesundheit, wie Franzi ausführt, nicht vorgesehen und für die Behandlungsrichtlinien unintelligibel. Denn obwohl psychologische Probleme in der Regel nur dann diagnostiziert werden, wenn ein Leidensdruck vorherrscht, muss Franzi immer wieder in Gesprächen mit Ärzt*innen betonen, dass sie keine Medikalisierung ihrer Asexualität wünscht.

Ärzt*innen reagieren außerdem auf ein asexuelles ↗Coming Out der Teilnehmer*innen mit Mitgefühl oder Sorge:

> Charlie: Äh ich hatte mal ne schöne Fragerunde?, bei einer Ärztin diie mir n Medikament aufgeschrieben hat die – das für Babys schädlich wäre?, (.) ähm dann mit ›wie verhütn Sie?,‹›gar nich‹–›WIESO NICH?,‹ [@] –›weil ich kein Sex habe‹–›ohh wieso denn nich?,‹ *mitleidig* [@@@] (Gruppe D Z:288-291).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Charlies Ärztin scheint in dieser dialogischen Reinszenierung zunächst besorgt und schockiert davon zu sein, dass Charlie nicht sexuell aktiv ist und drückt ihm dann ihr Mitgefühl aus, weil für sie sexuelle Inaktivität nicht als selbstbestimmte und erfüllende Wahl gelten kann. Nicht nur ist Asexualität damit für die Behandlungsrichtlinien unintelligibel, sondern auch für individuelle Ärzt*innen. Dies zeigt sich auch an Bastians Erlebnis:

> Bastian: Ja son ähnliches Gespräch ähm hatte ich bei ner Gynäkologin @auch mal@ ähm dass – eben auch die Frage so wie ich denn verhüte un ich so ›ja nich‹ – und dann ähm äh meinte sie ›jaa okee wieso nich?,‹ – ich so ›jaa ich hab halt ähm kein Sex‹ uund ähm dann ähm war sie ganz besorgt und dachte s hätte religiöse?, Gründe […] bei der Untersuchung hatte sie dann halt Angst […] dass das [↗Hymen, AS] reißt und ob ich da Probleme mit meiner religiösen Familie kriegen würde oder so […] voll absurd halt auch einfach dass das so der einzige Gedanke war wie sie sich vorstellen könnte dass eine Person mit 26 kein Sex hat (Gruppe D Z:293-304).

Wie Bastian ausführt, scheint es für seine Ärztin nur eine mögliche Erklärung für sexuelle Abstinenz zu geben, nämlich ein religiös motiviertes Zölibat, das sie außerdem mit patriarchaler Kontrolle innerhalb der Familie in Verbindung bringt.

Die Unintelligibilität von Asexualität wird nicht nur im Verhalten von medizinischem Personal deutlich, sondern auch an Dokumenten, wie Anamnesebögen:

> Bastian: Das war halt damals auch so dass ich halt weiß nich bei diesem Fragebogen?, zum Thema Depression – da is ja unter anderem auch die Frage von ›hat sich deine Libido verändert‹ oder irgendwie sowas [@] und das hat ich dann halt leer gelassen – bin mit dem Fragebogen zu ihr [der Therapeutin, AS] hin in der zweiten Sitzung und hab so gesagt ›ääh tschuldigung kann ich nich beantworten – ich bin halt irgendwie asexuell – und ähm äh ja trifft halt nicht so ganz auf mich zu (Gruppe Z:575-580).

Der Depressionsfragebogen ist Anamnese-Instrument, in dem sich die die strukturelle Unintelligibilität von Asexualität widerspiegelt. Sie ist grundsätzlich in diesem Dokument unsichtbar – und wie Bastian beschreibt – unmarkiert und unmarkierbar.[10] Heteronormativität materialisiert sich hier also in Form von Anamnesebögen.

10 Die Teilnehmer*innen machen allerdings auch darauf aufmerksam, dass sie wahrheitsgemäß angeben könnten, dass sich an ihrer Libido bzw. der Abwesenheit einer Libido nichts geändert hat (Gruppe D Z:586-600). Damit verbleibt ihre Asexualität allerdings wieder im Unsichtbaren, da Ärzt*innen unhinterfragt von der Allosexualität ihrer Patient*innen ausgehen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

8.3.3 Othering

In den selten Fällen, in denen eine asexuelle Selbstidentifikation gehört und anerkannt wird, wird sie häufig geothert, berichten die Teilnehmer*innen. Dazu gehört, dass sie auf eine ihnen unangenehme Art und Weise über ihre Asexualität, Beziehungen und ihr Sexualverhalten ausgefragt werden (Gruppe D Z:477-486):

> Maxi: Also ich hab in Kliniken die Erfahrung gemacht […] zuerst kommt natürlich immer n Vorgespräch dann die Frage – also von der Therapeutin ähm – ja wie siehts denn mit sexuellen Kontakten aus?, und ich […] antworte dann – ja ich bin asexuell – und damit will ich eigentlich damit dass es dann erledigt ist so […] das Ergebnis war dann davon dass das auch in meinem Abschlussbericht steht was ich halt nich angemessen finde […] also ich will ihr [einer neuen Therapeutin, AS] das von mir aus erzähln und nich dass das in so einem blöden Bericht steht – der da sagt – die is asexuell – oda so – sagt ma ja auch nich – die Person is heterosexuell (Gruppe D Z:695-716).

Maxis Asexualität wird hier nicht einfach als eine sexuelle Orientierung aufgenommen, sondern durch die Erwähnung im Abschlussbericht des Klinikaufenthalts geothert, d. h. als etwas Besonderes, Auffälliges und Abweichendes markiert. Während die Asexualität damit als sexuelle Orientierung sichtbar wird, gibt es einen qualitativen Unterschied in der Behandlung von Asexualität – so würde, wie Maxi analysiert, Heterosexualität in einem solchen Bericht keine explizite Erwähnung finden. Auch Krankenakten und Behandlungsberichte können so als eine Textur von Heteronormativität verstanden werden.

Othering zeigt sich auf der Mikroebene deutlich in impliziten, subtilen, alltäglichen, nicht unbedingt bewussten Beleidigungen oder Herabwürdigungen (vgl. Campbell Orphanidys et al. 2022, S. 54). Leonie berichtet bspw., dass sie oft nicht ernstgenommen wird, wenn sie sich als asexuell outet:

> Leonie: [A]lso es gibt immer mega die dümmsten Sprüche und also ich sage es wirklich nicht zu vielen aber wenn es dann mal zum Thema kommt – kommt es fast schon zu Diskussionen irgendwie und man muss sich erklären und rechtfertigen dass man jetzt asexuell ist und es glaubt dir niemand (Gruppe CH Z:445-449).

Die schweizerische Gruppe macht außerdem darauf aufmerksam, dass sie als asexuelle Personen oft ignoriert und belächelt werden (Gruppe CH Z:546-548). Diese Erfahrungen sind in der Medizin so weitreichend, dass die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen bereits antizipieren, entsprechend behandelt zu werden:

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> Nina: Ja selbst wenn kein blöder @Spruch@ kommt dann denkt man manchma – hat die Person mich verstandn?, weil die sehn dann soo [mhm] verwirrt aus ähm [ja] dass ma gar nich weiß was man dann angestellt hat [@] (Gruppe D Z:408-410).

Nina erwartet hier grundsätzlich zwei mögliche Reaktionen auf ein asexuelles Coming Out bei Ärzt*innen: Entweder sie erlebt einen »blöde[…][n] @Spruch@« (ebd.) oder die Ärzt*innen reagieren aufgrund der Unsichtbarkeit und Unintelligibilität von Asexualität mit Verwirrung und Unverständnis.

8.3.4 Problematisierung und Medikalisierung

Eine häufige Form der Marginalisierung, die die Teilnehmenden erleben, ist, dass ihre Identität von medizinischem Fachpersonal problematisiert, d. h. nicht akzeptiert und hingenommen wird. Stattdessen wird sie zum Gegenstand von Erklärungsversuchen, Diagnosen und Therapien gemacht:

> Maxi: Ich hab das Gefühl s war eher ihr Anliegen [das der Therapeutin, AS] dass sie das zu meinem Thema machn wollte dass ich ähm deswegen (.) Hilfe brauche dass sich das @ändert@ oder so (Gruppe D Z:705-706).

Maxi sieht ihre eigene Asexualität nicht als Problem an, bei dem sie Unterstützung benötigt. Maxis Therapeutin dagegen problematisiert die Asexualität und macht sie zu Maxis »Thema« (ebd.). Die Teilnehmer*innen müssen außerdem immer wieder abwägen, ob sie sich outen wollen, um eine passende und angemessene medizinische Behandlung zu bekommen oder ob sie sich nicht outen, um sich vor Marginalisierung zu schützen.

> Bastian: [I]ch waar ähm – vor nen paar Monaten bei nem Erstgespräch bei einer Therapeutin ähm da gings ähm eigentlich um ganz andere Themen aba es war mir halt wichtig von Anfang an ähm – offen zu sagen dass ich ähm nicht-binär bin – und mich auch als queer ähm identifiziere – uund ähm – und – dann kamen dann erstmal super viele unangenehme Fragen?, die ich dann aber alle ganz geduldig beantwortet hab weil ich halt sehr sehr dringend nen Therapieplatz gewollt hab (Gruppe D Z:549-555).

Unabhängig von der Intention der Therapeutin erlebt Bastian die Fragen als unangenehm und problematisierend – und damit als marginalisierend.

Medikalisierung

Ich möchte die These aufstellen, dass Medikalisierung eine spezifische Art der Problematisierung ist. D. h., dass es bei Medikalisierung um medizinische Erklärungs-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

versuche, Diagnosen und Therapien für ein als pathologisch verstandenes Problem geht. In Kapitel 3.5 habe ich Medikalisierung in Anlehnung an Conrad (2007, S. 4) als Prozess definiert, in dem nicht-medizinische Phänomene zu medizinischen umdefiniert und damit in den Zuständigkeitsbereich der Medizin verschoben werden. In Anlehnung an Foucault (2011 [1963]) konzipiere ich Medikalisierung als gesellschaftliches Normierungsinstrument (vgl. Fütty 2019, S. 69). Asexualität ist unter dem Begriff der *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD) medikalisiert und somit als Störung definiert, die es zu behandeln gilt (Spahn 2020a, 2021). Im ICD-11 findet sich bspw. die Diagnose HA00, die »durch das Fehlen oder die deutliche Verringerung des Verlangens oder der Motivation zu sexuellen Aktivitäten gekennzeichnet« ist (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte o. J., o. S.).

Suche nach medizinischen Erklärungen

Die Teilnehmer*innen erleben die Medikalisierung ihrer Asexualität in- und außerhalb der Medizin insbesondere als die Suche nach medizinischen Erklärungen für sexuelle Orientierung. Gabrielle zählt einige Reaktionen von medizinischem Personal zu einem asexuellen Coming Out auf:

> Gabrielle: ›Du wirst keinen Sex haben weil du ne Depression hast‹ [mhm] – ›und du hast – willst keine Beziehung eingehn weil du des eine Mal da mit demjenigen soo schlechte Erfahrungen gemacht hast‹ (Gruppe D Z:1039-1041).

Als mögliche Auslöser einer Asexualität gelten hier also psychische Erkrankungen wie eine Depression oder ein Trauma (vgl. auch Gruppe D Z:1772-1779). Gerade die Unterstellung eines vergangenen Traumas ist bei den Teilnehmer*innen prävalent:

> Leonie: [D]ie andere Frage die ich auch echt übel finde ist ja – ist dir mal in deiner Kindheit etwas passiert?, also das ist ja wie immer wird es noch auf diese Schiene geschoben hey du muussst wohl missbraucht worden sein dass du jetzt diese (…) Abneigung gegen [mhm mhm] sexuelle Aktivitäten hast und dich davon abgrenzt und bei mir kann ich in meinem Fall sagen nein bei mir ist nie Missbrauch vorgefallen – überhaupt nicht – gar nicht – ganz und gar nicht [hm] und ähm darum ist es immer manchmal fast schon ein bisschen beleidigend [ja ja] zum – wie einen Grund zu suchen dass du jetzt asexuell bist – es muss irgendetwas graviierendes passiert sein oder so weil es kann nicht sein dass du asexuell bist **einatmen** (Gruppe CH Z:454-463)

Leonies betonte Reaktion auf die Frage nach Missbrauch (»nein bei mir ist nie Missbrauch vorgefallen – überhaupt nicht – gar nicht – ganz und gar nicht«) (ebd.) deutet darauf hin, dass sie häufig mit Traumata fremddiagnostiziert und ihre Identität darüber medikalisiert wird, d. h. in den psychologischen Zuständigkeitsbereich

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-SA

verschoben wird.[11] So erwartet bspw. Leonies Vater außerdem, wie Leonie weiter berichtet (Gruppe CH Z:956-962), dass ihre Asexualität nur ein ↗Symptom ist, dass durch die Behandlung ihrer »Magersucht« (Gruppe CH Z:552) therapiert werden kann. Asexualität wird damit auf zwei unterschiedliche Arten psychopathologisiert – einmal als Resultat einer Missbrauchserfahrung und einmal als Symptom einer anderen zugrundeliegenden Störung. Manche Ärzt*innen vermuten bei den Teilnehmer*innen außerdem eine Hormonstörung:

> Bastian: Oh mein Hausarzt hat mich maal gefragt ob ich nich mal meine Hormone untersuchen lassn will ahm das is schon viele Jahre her – so halt im Sinne von – ›aahm ja mmh d- alsoo wenn da kein Interesse besteht – jaa dann – dann lassen Sie lieber mal Ihre Hormone untersuchen – nich dass da irgendwas nich stimmt‹ – alsoo eher so in die Richtung ahm ja (7) (Gruppe D Z:1796-1800).

Sowohl medizinische Lai*innen wie Leonies Vater (Gruppe CH Z:956-962; vgl. auch Gruppe D Z:1232-1253) als auch Mediziner*innen stellen eine Reihe von medikalisierenden Theorien auf, die die Asexualität der Teilnehmer*innen erklären sollen. Diese Theorien ermöglichen einen medizinischen und therapeutischen Zugriff auf die Teilnehmer*innen, die von ihrer Asexualität geheilt werden können und sollen. Damit wird Asexualität außerdem im Rahmen der Medikalisierung individualisiert, d. h. zu einem Problem des Individuums gemacht und dem politischen Diskurs entzogen (Crawford 1980; Conrad 2007; Laufenberg 2016).

Selbstmedikalisierung

Aber nicht nur werden den Teilnehmer*innen medikalisierende Erklärungen für ihre Asexualität von außen angetragen, auch sie selbst waren in der Vergangenheit an einer medikalisierenden Erklärung ihrer Asexualität interessiert bzw. auf der Suche nach medizinischer Hilfe für ihre Asexualität. Auf meine Frage, ob die Teilnehmer*innen bereits einmal darüber nachgedacht haben, medizinische Hilfe in Bezug auf ihre Asexualität in Anspruch nehmen zu wollen, antwortet Kay:

---

11 Gleichzeitig gibt es in der Schweizerischen Gruppe einen Teilnehmer, dessen asexuelle Identität unauflöslich mit dem Erleben einer traumatischen Erfahrung verwoben ist: Stev: [W]eil ich halt eben ein Erlebnis gehabt habe wo ich eben in der Dusche misshandelt worden bin von Mitschülern und so und habe auch mit den – mit dem halt immer noch zu kämpfen habe und auch deswegen auch ein wenig meine gewisse ähm sex pulse- repulsed äh ähm Position ähm gehabt habe äh und dass ich halt einfach ziemlich ziemlich äh ja auch wie – wie angewidert bin wenn ich – wenn ich äh (.) küssende – küssende Pärchen sehe (Gruppe CH Z:178-183). Stevs Erleben dieser Misshandlung führt dazu, dass er bis heute ↗sex repulsed ist. Es gibt also durchaus asexuelle Personen, die traumatisiert sind – aber das gilt nicht für alle Teilnehmer*innen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> Kay: Also höchstens wenn – zu dem Zeitpunkt wo ich noch nicht wusste dass ich asexuell bin sondern halt dachte dass es irgendwelche (.) gesundheitlichen Gründe sind (Gruppe D Z:1242-1244; vgl. auch Z:1246-1249).

Für einige der Teilnehmer*innen gab es in ihrer Selbstfindung eine Phase der ↗Selbstmedikalisierung, in der sie nach einer medizinischen Antwort für ihre Asexualität suchten. Die selbstmedikalisierenden Theorien, welche die Teilnehmer*innen in der Vergangenheit aufgestellt haben, sind sehr unterschiedlich. Ola bspw. vermutete bei sich ein neurologisches Problem (Gruppe D Z:1292-1293) und Leonie fragte sich, ob sie »sexuell beeinträchtigt« (Gruppe CH Z:932-937) sei. Franzi erzählt, dass bei einer Untersuchung ihrer Hormone »irgendwas nich in Ordnung« (Gruppe D Z:1320-1321) war – ihr ↗Endokrinologe vermutete aber, dass es sich um einen Laborfehler handelte und ordnete eine zweite Untersuchung an:

> Franzi: [U]nd ich dachte damals es is – die Ursache für alles – und hab das auch ganz lange noch hinterfragt ob – obs dann vielleicht doch irgendwas gab was das Ganze noch erklärt (1) – aba der zweite Test war in Ordnung [@] (Gruppe D Z:1325-1328).

Auch die Teilnehmer*innen selbst stellten also eine Reihe medikalisierender Alltagstheorien auf, um ihre Asexualität zu erklären. Hieran zeigt sich, dass die (Selbst-)Medikalisierung der Abwesenheit sexueller Anziehung eine Strategie ist, ein gesellschaftlich unsichtbares und teilweise unintelligibles Konzept auf eine Art und Weise zu fassen, die sie verständlich macht. So beschreibt Franzi bspw.:

> Franzi: [A]lso ab nem gewissen Punkt mit 30 dacht ich es is nich normal dass man niie ne Beziehung hatte und das auch nich will – und dass da vielleicht irgendwas nich in Ordnung is [mhm] (1) und ich das auch noch nich wusste dass ich °das [asexuell, AS] bin° (1) (Gruppe D Z:1246-1249).

Franzi weicht also von gesellschaftlichen Normen und Skripten zu Sexualität und Beziehungen ab und kann sich dies nur dadurch erklären, dass »irgendwas nich in Ordnung« (ebd.) ist. (Selbst-)Medikalisierung bietet also einen Weg, die Abweichung von Heteronormativität für sich selbst (und andere) zu erklären. Durch einen medizinischen und therapeutischen Zugriff bietet sich dann die Möglichkeit, wieder in heteronormative Normen eingefügt zu werden. Medikalisierung als Strategie, um in einem heteronormativen System intelligibel zu werden, mache ich auch an der erschwerten Selbstfindung von asexuellen Personen fest:

> Leonie: Ähm also für mich ist Asexualität – als ich auf den Begriff gestoßen bin auch eine Erleichterung gewesen weil vorher habe ich immer gedacht okay ver-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> mutlich läuft etwas äh falsch mit mir und meine Hirnstruktur ist etwas – nicht ganz – funktioniert etwas nicht so ganz [@@] (Gruppe CH Z:114-117).

Das Finden des Begriffs Asexualität erlaubt es Leonie, von selbstmedikalisierenden Gedanken Abstand zu nehmen, sich selbst zu akzeptieren und eine stabile Identität aufzubauen.

Angebote von Konversionstherapien

Ich fasse für diese Arbeit medizinische Therapien, die das Ziel haben, Asexualität zu verändern, zu normieren oder zu ›heilen‹ (vgl. Kapitel 3.5) als Konversionstherapien. Wie ich rekonstruiert habe, erleben die Teilnehmer*innen, dass ihre Asexualität in- und außerhalb der Medizin als ein von Ärzt*innen und Therapeut*innen zu lösendes Problem konzipiert wird. Allerdings beschränken sich die Angebote, die Teilnehmer*innen konkret von ihrer Asexualität zu heilen bzw. diese zu therapieren, auf diffuse Aussagen und vage Angebote:

> Bastian: [M]eine erste Therapeutin hatte eben auch ahm in einer Sitzung halt mal spezifisch danach gefragt ob ich da Hilfe möchte aaahm und hat auch so n bisschen angedeutet so im Sinne von jaa s könnte da ja irgendwie n vergangenes äh Trauma vorliegen oder sowas äähm wo ich dann aber auch sehr klar abgeblockt hab und gesagt hab nee äh brauch ich nich und nee is nich der Fall (Gruppe D Z:1772-1777, vgl. auch Gruppe D Z:1768-1770).

Die Teilnehmer*innen haben also keine Erfahrungen mit Konversionstherapien, d. h. sie wurden keiner Therapie (z. B. in Form von Medikamenten oder Psychotherapie) unterzogen, um ihre Asexualität zu heilen. Sie sind sich aber der Gefahr, einer solchen unterzogen zu werden, bewusst und wehren sich daher gegen entsprechende Angebote. Die Medikalisierung von Asexualität trägt zu ihrem Misstrauen in das Gesundheitssystem bei und es zeigt sich auch, dass die Teilnehmer*innen aus Selbstschutz teilweise auf medizinische Hilfe verzichten müssen:

> Gabrielle: […] aba ich hab mir da auch gesagt – wenn da so n Spruch kommt von wegen – ach gucken wir erstmal obs des wirklich is – oda ha des kriegn wir auch noch weg – da war dann für mich kla – das wär für mich n Ausschlusskriterium – jemand deer – der meint ähm – meine sexuelle Identität wegtherapieren zu könn – bei dem mach ich @keine Therapie@ auch wenns noch so dringend is […] (Gruppe D Z:1285-1290).

Die (Selbst-)Medikalisierung von Asexualität kann also zunächst einen Ausweg aus heteronormativer Marginalisierung sein. Die eigene Abweichung lässt sich dadurch als Resultat eines medizinischen oder psychologischen Problems framen, Diskrimi-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-NC

nierung entgehen und über die Unterwerfung unter Therapieangebote einen Umgang mit gesellschaftlichen Normen finden. Allerdings verweigern sich die Teilnehmer*innen nach einer positiven Selbstfindung einer solchen medizinischen Erklärung und dem medizinischen Zugriff auf sich selbst, da sie diese(n) als schädlich für sich selbst einschätzen – schädlicher noch als die Nicht-Behandlung anderer medizinischer und psychologischer Probleme.

8.3.5 Disziplinierung und Normierung

In den Erzählungen der Teilnehmer*innen finden sich neben den Angeboten von medikalisierenden Erklärungen und damit verbundenen Therapien drei normierende und disziplinierende Herrschaftstechniken, die darauf abzielen, sie in heteronormative Normen einzufügen.

Sexualisierung

Die *erste* dieser Disziplinierungen ist Sexualisierung. Als Bastian versucht, medizinische Hilfe, spezifisch eine Brustreduktion oder ↗Mastektomie wegen chronischer Rückenschmerzen, bei verschiedenen Ärzt*innen zu bekommen, erlebt es Sexualisierung:

> Bastian: [A]lso es war halt ein [↗]Orthopäde – da hab ich mich so furchtbar gefühlt – ich stand halt in Unterwäsche in seiner Praxis – ähm – hab halt nach dieser Operation gefraagt?, ähm und nachdem er halt selber von sich aus die Größe meiner Brüste angesprochen hat – wo ich dann so dachte oke – da is mein Weg rein – jetz versuch ichs endlich mal wieder [@] ähm – woraufhin er mich dann so äh – charmant angelächelt hat und dann so meinte ›jaa also manche Männer‹ Unterton Klammer auf ich Klammer zu – ›stehn da ja auch drauf‹ [oohh] und ich stand halt halb nackt in seinem Büro und ich hab mich so widerlich gefühlt – und ich bin danach nie wieder @zu ihm gegangen@ – uund es ist halt echt so krass frustrierend weil des halt ne – also irgendwie – des sind Männer mit super viel Macht die mir einerseits dann sagen ›du bist ne Frau – deine Meinung zählt nich‹ zweitens sagen ähm ›du bist äh äähh du hast kein Recht über deinen eigenen Körper – weil es gibt ja Männer denen das gefällt [mhm] das is scheiss egal ob es dich belastet (Gruppe D Z:837-849).

In Kapitel 2.5.7 habe ich Sexualisierung in Anlehnung an die Philosophin Martha Nussbaum (2000, S. 213–239) als eine Form von Machtausübung definiert, bei der Personen zu sexuellen Objekten degradiert bzw. einem sexualisierten Blick auf sie ausgesetzt werden, obwohl sie eigentlich nicht in einem sexuellen Kontext stehen. Genau dies erlebt Bastian in der zitierten Passage. Ein Ärzt*innenbesuch bei einem Orthopäden steht nicht in einem sexuellen Kontext. Bastians Arzt übt allerdings ei-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen sexualisierten Blick auf es aus und macht Bastian zu einem sexuellen Objekt – insbesondere auch durch die Ansprache von Bastian als Frau (s. u.). Auch Ola erlebt Sexualisierung in einer medizinischen Situation:

> Ola: Ja ich hatte auch ne Gynäkologin einmal – da war ich aber nur ein Mal [mhm] die dann auch meinte äh – wenn ich ne Beziehung haben wollte müsste ich dann auch Sex haben [wooaaah] und des – des hat mir dann auch @gereicht@ [mhm] (Gruppe D Z:318-321).

Olas Gynäkologin verbalisiert hier soziale Normen über Sexualität und romantische Beziehungen, setzt diese durch und baut Druck auf Ola auf. Eine romantische Beziehung ohne sexuelle Aktivität scheint für sie nicht nur nicht vorstellbar, sondern es wird die Anforderung zu sexueller Aktivität (ob gewünscht oder nicht) explizit gemacht. Ola muss sich aus Sicht der Ärztin also einem sexualisierten Blick auf sich selbst zugänglich machen, um in einer glücklichen, romantischen Beziehung zu sein (wobei die Ärztin den Wunsch danach ungefragt voraussetzt). Wie Bastian ausführt, hat dieses Erlebnis die Konsequenz, dass es Angst hat, in Begegnungen mit Ärzt*innen nicht professionell behandelt zu werden:

> Bastian: [I]ch fühle mich enorm unwohl seit dieser einee ähm Arzt halt so n übel sexualisierten Kommentar über mein Körper und Brüste gemacht hat – ähm dass ich jetz halt imma denke okee wenn ich mich da ausziehe is das noch n professionelles Setting oda werd ich da irgendwie angegafft und muss mich extrem unwohl fühln weil diese Person mich irgendwie sexualisiert anguckt […] (Gruppe D Z:1918-1922).

Sexualisierung bedeutet hier also, als sexuelles Objekt zum einen für die Ärzt*innen und zum anderen für andere Menschen (wie in Olas Beispiel) gesehen zu werden und so in Normen eingefügt zu werden.

Ansprache als normerfüllende Patient*innen

Als *zweite* Form von Disziplinierung und Normierung fasse ich die Ansprache der Teilnehmer*innen als allosexuelle, alloromantische, heterosexuelle, cis- und endogeschlechtliche Patient*innen. In Emmas Erfahrung diszipliniert eine Heilpraktikerin Emma durch Aussagen, Aufforderungen und Unterstellungen in heteronormative Geschlechter- und Sexualitätsbilder:

> Emma: […] Ich hatte die Erfahrung – ähm (1) meine Eltern ham mich leider Gottes ahh (.) so als meine Angststörungen – Depressionen mit 16 17 anfingen nicht in die Therapie gesteckt […] sondern ich bin zur Heilpraktikerin gegangen – unter anderem auch weil ich extreme Unterleibsschmerzen hatte – und der Rat der

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> Heilpraktikerin wäre doch – ich sollte mir mehr mit meinem weiblichen Körper identifizieren [mhm] [@] ich sollte doch am besten anfangen Bauchtanz zu machen [@] und mich mit meiner eigenen Sexualität in – in – zusammenfinden [@] (Gruppe D Z:618-625).

In der Interpretation der Heilpraktikerin stammen Emmas Beschwerden also von einer fehlenden Identifikation mit normativer Geschlechtlichkeit und Sexualität, die durch Bauchtanz wiederhergestellt werden könne. Sie rät Emma zu hypersexuellem Verhalten (Gruppe D Z:634), um die Beschwerden zu lindern. Damit wird Emmas nicht-normative Sexualität, bzw. spezifisch Asexualität, nicht nur medikalisiert. Es wird dabei auch der Versuch unternommen, diese durch angeblich geschlechtstypische und -angemessene Aktivitäten zu disziplinieren und in normative Bahnen zu lenken – womit dann auch die Beschwerden verschwinden sollen. Ola macht eine ähnliche Erfahrung in einer psychiatrischen Klinik. Dort thematisiert sie, »dass ich mich nich als Frau fühle« (Gruppe D Z:512) – und wird trotz dessen »extra oft« als »junge Frau« angesprochen (Gruppe D Z:758-759) und es wird ihr nahegelegt, dass sie sich als Frau annehmen soll (Gruppe D Z:517). Auch andere Teilnehmer*innen erleben, dass sie nicht nur als heterosexuelle endo- und cisgeschlechtliche PatientInnen gesehen werden, sondern auch als solche sexualisiert und in diese Rolle diszipliniert werden (Gruppe D Z:837-853).

Normierung abweichender Hormonwerte

Verschiedene Teilnehmer*innen berichten von ihren Sexualhormonwerten, die außerhalb von medizinischen Normen liegen und aufgrund derer sie Medikalisierung erfahren haben, um die Hormonwerte in ein akzeptables Muster einordnen zu können:

> Ola: Also Hormone hat ich auch vor Jaahren mal fest – also da wurde auch festgestellt – Testosteronüberschuss sehr stark und dann sollte ich (.) ähm (.) Gestagen Östrogen Kombi nehmen […] (Gruppe D Z:1343-1345).

Die *dritte* Form medizinischer Normierung und Disziplinierung ist damit also eine Intervention in die normabweichenden Hormonwerte der Teilnehmer*innen. Während, wie ich im Abschnitt zu fehlenden Behandlungsrichtlinien ausgeführt habe, den Teilnehmer*innen Medikamente vorenthalten werden, wenn diese die Abwesenheit sexueller Anziehung potentiell noch verstärken, werden ihnen hier Medikamente aufgedrängt, wenn diese dazu dienen können, die Abweichungen von heteronormativen Normen zu korrigieren und zu normieren.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

8.4 Folgen der heteronormativen Behandlungspraxis

Bevor ich meine Analyse zu Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis verdichte und zusammenfasse, möchte ich auf die Auswirkungen der erlebten Marginalisierung für die Befragten eingehen. Diese stehen exemplarisch für die Auswirkungen von Heteronormativität für queere Patient*innen, ihren Gesundheitszustand, ihre Gesundheitsversorgung und ihr Gesundheitsverhalten.

8.4.1 Emotionale Folgen

Die erlebte Heteronormativität schlägt sich auf die emotionale Reaktion auf Kontakte mit dem Gesundheitssystem nieder. Die Teilnehmer*innen beschreiben Termine bei Ärzt*innen als anstrengend, zeitraubend und belastend (Gruppe CH Z:1050-1081; Gruppe D Z:450-452). Die Teilnehmer*innen berichten, dass sie vor Ärzt*innen-Terminen oft nervös und unsicher sind bzw. dass Interaktionen mit Ärzt*innen sie wütend und aggressiv machen (Gruppe CH Z:560-563; 1040–1045). Kontakte mit dem Gesundheitssystem lösen bei den Teilnehmer*innen Stress aus (Gruppe D Z:1068). Wie Nina berichtet, hat sie selbst noch keine schlechten Erfahrungen in der Medizin gemacht, aber alleine die Angst davor hat für sie emotionale Konsequenzen:

> Nina: Ich mein selbst wenn ich sowas noch nie erfahrn habe – also solche Kommentare nie bekommn hab – zum Glück ähm – is es für mich trotzdem imma n Angang wenn ich zum Gynäkologen muss – und vor allem wenn ich den wechseln muss (Gruppe D Z:377-380).

Wie bereits ausgeführt, bezieht sich der Begriff *Glück* auf einen nicht-kontrollierbaren Zufall, dank dem Nina bisher keine Mikroaggressionen in der Medizin erlebt hat. In ihrer Äußerung zeigt sich also, dass sie grundsätzlich erwartet, in der Medizin Marginalisierung zu erleben und es einem Zufall zuschreibt, dass dies bisher nicht geschehen ist. Eine weitere Konsequenz aus den Erfahrungen der Teilnehmer*innen im Gesundheitssystem ist die Angst davor, dass ihnen die Validität ihrer Identität abgesprochen wird bzw. dass ihre Asexualität problematisiert wird:

> Gabrielle: [W]ir gehn zum Arzt weil wir wissn wolln was mit uns nicht stimmt und wir wollen Hilfe deswegen und wenn (.) du zu dem – oda wenn der Arzt zu dem Schluss kommt dass das was mit dir nicht stimmt ein Teil von deiner Identität ist – das ist eins der fiesesten Gefühle überhaupt [mhm] uund die Angst dass das passiert und das so fies dann einen – ein Selbstwertgefühl geht is doch – ein ziemlich große Hemmung sich Hilfe zu holen die man eigentlich wirklich braucht – und ich find das senkt halt auch schon echt die Lebensqualität – was schade is weil man

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-NC

> ja eigentlich hofft durch seine Selbstfindung und seine Identität @mehr Lebensqualität zu kriegen@ – alsoo ja so – so toll is das nich (Gruppe D Z:1876-1884).

Die Teilnehmer*innen nehmen die Gefahr medizinischer Problematisierungen ihrer Identität sehr ernst und befürchten, dass ihnen eine medizinische Behandlung eher schaden als helfen könnte, z. B. indem sie beginnen, an ihrer Identität zu zweifeln (Gruppe D Z:737-739). Hierbei wird das Konzept des *Sanctuary Harm* plastisch:

> Nina: Du fragst dich ob es nicht noch schlimma wird quasi [ja] weil (…) etwas das was dich stresst die Tatsache ist dass du nicht so angenommen wirst wie du bist [mhm] und dann gehst du genau zum Therapeuten um das zu behandeln [ja] und es wird –
>
> └Gabrielle: Sogar ein Mensch dessen Job es eigentlich ist [genau] dich zu verstehen und dir zu helfen ähm dass du dich besser fühlst [das saugt imma weiter runter] ja – und wenn nich ma der Therapeut dich akzeptiert – wie willst du dann – hat ma leicht das Gefühl – wie kann ich mich denn selber akzeptiern?, wenn sogar der sagt ich hab (.) Probleme mit mir (Gruppe D Z:1021-1030).

Hier wird ein Kontrast erkennbar: Die Teilnehmer*innen erwarten ein therapeutisches Setting als einen Raum, in dem sie auf Verständnis und Empathie treffen und in dem sie vor gesellschaftlicher Marginalisierung sicher sind. Stattdessen müssen sie befürchten, genau in diesem Raum in ihrer Identität verunsichert zu werden. Sie heben dabei auch hervor, dass eine Problematisierung durch eine*n Therapeut*in große Auswirkungen auf ihr Selbstbild und ihre Selbstakzeptanz haben kann. Hieran wird deutlich, dass die Teilnehmer*innen das Gesundheitssystem nicht als sicheren Raum wahrnehmen (können).

8.4.2 Handlungsstrategien

Coming-Out-Strategien

In Bezug auf das Coming Out bei Ärzt*innen verfolgen die Teilnehmer*innen verschiedene Strategien, um ihre eigene Sicherheit zu wahren. Die Teilnehmer*innen berichten, dass sie ein Coming Out bei Ärzt*innen und Therapeut*innen systematisch planen und vorbereiten (Gruppe D Z:379-388). Emma berichtet bspw., wie sie sich vorsichtig an ein Coming Out herantastet:

> Emma: [A]lsoo äh – ich hab im Julii?, äh Therapeutinnen getestet und hab tatsächlich immer in den Probestunden schonmal das Thema angesprochen – einfach mal um zu testen so – sind die – sind die da positiv drauuf?, sind die da eher so ›mh das könnte n Problem werdn? (Gruppe D Z:464-467).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Die Teilnehmer*innen betonen außerdem, dass vor einem Coming Out Vertrauen zum Gegenüber vonnöten ist. Es zeigt sich außerdem auch hier die Unsichtbarkeit von Asexualität – die Teilnehmer*innen rechnen damit, den Begriff grundsätzlich auch erklären zu müssen (Gruppe D Z:240-244). Gabrielle berichtet von ihren Überlegungen vor dem Erstgespräch mit einer Therapeutin:

> Gabrielle: [U]nd ich hab halt davor auch schon Gedanken gemacht – möcht ich mich der Person gegenüber outen oda nicht?, weil eigentlich sehe ich meine Asexualität als keinen Teil von dem Problemen die ich hab?, aber andersrum hab ich auch keine Lust da jetzt dauernd soo irgendwie drumrum tanzen zu müssen (Gruppe D Z:652-656).

Gabrielle schildert hier also, dass sie zwei Möglichkeiten hat: entweder sie outet sich und setzt sich damit der Gefahr einer Problematisierung ihrer Identität aus – oder sie muss ein Thema, das für ihre Identität wichtig ist, aussparen. Die sexuelle Orientierung eines Menschen ist ein wichtiger Teil ihres Lebens – mit einem*einer Therapeut*in nicht über Dating, Sexualität, romantische Beziehungen, Marginalisierungserfahrungen, Coming Out, die queere bzw. asexuelle Community und vieles mehr sprechen zu können, bedeutet, nicht als vollständige Persönlichkeit in der Therapie anwesend sein zu können und auch nicht spezifische und relevante Fragen ihres Lebens besprechen zu können.

Manche Teilnehmer*innen vermeiden auch Asexualität als spezifischen Begriff, sondern geben z. B. an, dass sie nicht sexuell aktiv sind (Gruppe D Z:500-507), alternativ outen sie sich grundsätzlich nicht bei Ärzt*innen (Gruppe D Z:541-542; Z:859-861), um einer Medikalisierung oder Problematisierung ihrer Identität zu entgehen. Teilweise geht dies damit einher, dass sie ihre Ärzt*innen anlügen und vorgeben, sexuell aktiv zu sein (Gruppe D Z:281-286). Damit bleiben sie aber in ihrer Asexualität bzw. Queerness unsichtbar.

Handlungsstrategien im Warte- und Behandlungszimmer

Wie ich analysiert habe, ist Asexualität in der medizinischen Behandlungspraxis größtenteils unsichtbar und unintelligibel. Die Teilnehmer*innen berichten von verschiedenen Strategien, um mit dieser Unsichtbarkeit umzugehen:

> Maxi: Das steht auch im Depressionsfragebogen – is die letzte Frage irgendwie [genau] –›haben Sie weniger Interesse‹ und ich mach dann imma n extra Kreuzchen für vier ich hatte noch nie Interesse und wünsche mir – hab auch kein Veränderungswunsch oda so [@] [jaa genau] als meine Option oder so [@] (Gruppe D Z:596-600).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Asexualität ist auf dem Depressionsfragebogen also unsichtbar, so dass Maxi sich erst durch das Hinzufügen einer eigenen Antwortmöglichkeit sichtbar machen kann. Ähnliche Unsichtbarkeit berichten die Teilnehmer*innen in Bezug auf gynäkologische Anamnesebögen, in denen die sexuelle Historie und sexuelle Aktivitäten abgefragt werden (Gruppe D Z:1131-1134). Maxi findet damit aber einen produktiven Umgang, nämlich den Bogen für sich selbst passend zu machen. Eine Strategie, um eine angemessene und gute Behandlung zu erhalten, ist für die Teilnehmer*innen, eine Kurzfassung ihrer Sexualanamnese vorzubereiten und den Ärzt*innen ungefragt vorzutragen:

> Nina: [D]ann überleg ich mir schon vorher – wie ich was anspreche – und bei mir is halt noch das komplizierte dass ich äh – in einer Beziehung bin mit einer nicht asexuellen Person und wir auch äh Sex haben aber ich kein Penetrationssex haben möchte […] dann gibts halt manchmal Situationen wo man dann zum Fraunarzt muss – und dann muss man dem erstmal erklären ›ja folgendes is @Sache@‹ [@] –›ähm so und so ma – das mach ich – das nicht‹ ähm ne um dann halt wenigstens vielleicht die passende @Diagnose@ bekommen zu können – und dann ja – es is n bisschen kompliziert – und imma n bisschen sehr peinlich finde ich irgendwie für mich (Gruppe D Z:380-388).

Wie Nina hier ausführt, ist diese vorbereitete Sexualanamnese wichtig, um eine korrekte Diagnose und Behandlung zu bekommen. Nina muss hier also selbst Verantwortung für ihre gesundheitliche Versorgung übernehmen und *Health Literacy* aufbringen – sie kann sich nicht darauf verlassen, dass Ärzt*innen im Anamnesegespräch Fragen stellen, die zu ihrem Leben und ihrer sexuellen Aktivität passen.

Umgang mit Marginalisierung

Erleben die Teilnehmer*innen Marginalisierung bei Ärzt*innen, gibt es für sie drei Möglichkeiten – diese werden in der Forschung zur Gesundheitsversorgung und zum Gesundheitshandeln queerer Personen insgesamt häufig beobachtet (vgl. Kapitel 4.3). Die Teilnehmer*innen können *erstens* die Marginalisierung aushalten, um medizinische Versorgung zu bekommen. Bastian erzählt bspw., dass es einen Termin bei einem*einer Schmerztherapeut*in suchte. In seiner Stadt gab es aber nur insgesamt drei, von denen es bei zweien noch nicht einmal einen Platz auf der Warteliste bekommen konnte. Bei der dritten Therapeutin machte es Marginalisierungserfahrungen:

> Bastian: [D]ass ich teilweise wirklich das Gefühl hatte okee ich muss jetz diese Person nehm – auch wenn ich daa diskriminiert werde […] auch wenn ich mich nich wohlgefühlt hab – ähm einfach weil ich keine andere Wahl gesehn hab zu dem Zeitpunkt (Gruppe D Z:1903-1914; vgl. auch Gruppe D Z: 1016–1019; 1886–1901).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Durch diese Strategie erhalten die Teilnehmer*innen zwar gesundheitliche Versorgung, fühlen sich dabei aber unwohl und unsicher – womit die Versorgung zwar stattfindet, aber nicht als gute oder angemessene Versorgung bezeichnet werden kann. Als *zweite* Strategie können sie häufig ihre Ärzt*innen wechseln:

> Bastian: [A]llein in den letzten zwei Jahrn hatt ich ähm (.) vier verschiedene Orthopädn?, äh weil ich halt echt – also – meine – meine Geduld is da inzwischen soo minimal dass wenn halt irgendein Bullshit kommt äh dass ich dann halt auch nich den Nerv hab die Leute jetz irgendwie noch groß aufzuklääern sondern halt einfach dann @den Orthopädn wechsl@ (Gruppe D Z:1832-1836).

Häufige Ärzt*innenwechsel gehen allerdings nachweislich mit schlechteren gesundheitlichen Outcomes einher (Pereira Gray et al. 2018). Es zeigt sich also auch hier: Den Teilnehmer*innen steht diese Option des Umgangs mit dem Gesundheitssystem offen – sie kann allerdings ebenfalls die gesundheitliche Versorgung verschlechtern und bedeutet, keine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung zu Ärzt*innen aufbauen zu können. Ohne das Erleben von Marginalisierung (oder die Antizipierung von Marginalisierung) wäre dies nicht nötig.

Als *dritte* Strategie können sie kaum oder keinen Kontakt zum Gesundheitssystem haben, weil sie befürchten, dass es ihnen mehr schaden als helfen würde (vgl. Gruppe D Z:411-418; 445–451; 741–749; 1049–1057; 1059–1073; 1807–1812; 1814–1826; vgl. auch Augst und Spahn 2023):

> Nina: Ich finde es passt ganz gut auf meine Desillusion mit dem gesamten medizinischen [@@] […] deswegen würd ich nie auf die Idee kommn irgendwiie mir beim Mediziner Hilfe zu suchn oda so – ich weiß nich – ich bin da total skeptisch un hab da auch ähm – also wär ja wirklich meine letztee Notlösung (Gruppe D Z:1712-1716).

Die Teilnehmer*innen resignieren also vor der emotionalen Anstrengung, die Marginalisierung bedeuten würde, obwohl sie medizinische und therapeutische Hilfe dringend benötigen:

> Bastian: [A]lso bei mir hats auch definitiv ähm – also einerseits dafür gesorgt dass ich halt sehr oft gewechselt hab – andererseits jetz dass ich enorme Hemmungen hab neue Termine auszumachen äähm und das teilweise Wochen und Monate lang vor mir herschiebe auch wenns sehr akut is (.) äähm oda halt auch – ich hab teilweise Rezepte für Krankengymnastik verfalln lassn die ich eigentlich gebraucht hätte weiil ich halt emotional nich in der Lage war mich damit auseinanderzusetzen jetz jedes Mal misgendert zu werden (Gruppe D Z:1836-1842).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Diese Strategie wählen, so meine These, asexuelle Personen vor allem dann, wenn sie sich in ihrer Identität unsicher fühlen und Scham empfinden, d. h. insbesondere vor und während eines Coming Out Prozesses:

> Franzi: Aus diesem Grund war ich ganz lange nich beim Fraunarzt – weil ich ähm das noch nicht wusste – und mir das irgendwie peinlich war [mhm] – weil ich das Gefühl hatte – is irgendwas nich richtig mit mir […] aba es is jetz für mich nich mehr – ich fühl mich nich mehr soo (.) seltsam und – und denke mir ah – deswegen ist des – und dann geh ich zum Fraunarzt irgendwie jetz deutlich entspannter als früher (1) (Gruppe D Z:1049-1057; vgl. Gruppe D Z:1032-1037; 1059–1073).

Self-Care und Community-Care

Bastian berichtet von der hohen emotionalen Anspannung, die ein Arzttermin bedeutet:

> Bastian: [I]ch hab mir inzwischen angewöhnt wenn ich n Arzttermin hab dann leg ich mir den morgens hin und versuche mir den Rest des Tages freizuhalten weil ich weiß dass ich den brauche zum erhol – zum ne?, mich also davon emotional erholn äähm und jedes Mal bereite ich schon mich darauf vor dass ich dann hinterher wahrscheinlich wieder ein twitter rant @ähh@ haben muss einfach um mich mal wieder aufzuregen von was ist diesmal alles schiefgelaufen und es ist – ich hab einfach auch dies – das Gefühl ich (.) hab gar nich die Möglichkeit dass diesen Leuten direkt zu vermitteln?, (.) weil mir dazu einfach die Kraft fehlt – alsoo den Leuten zu sagen ›hey das und das und das hat mich irgendwiie – oda stört mich hier in dieser Behandlung ähhm‹ (.) hab ich nich den Nerv dazu äähm und deswegen – ja brauch ich halt andere Outlets dafüür und °kotz mich dann halt imma bei (.) Leuten oda im Internet aus° (Gruppe D Z:1848-1859).

Bastian muss also verschiedene Strategien der Selbstfürsorge bzw. *Self-Care* anwenden, um mit den marginalisierenden Erlebnissen in der Medizin umgehen zu können. In den Gruppendiskussionen geschehen aber auch Community-Care-Maßnahmen, um der schlechten gesundheitlichen Versorgung zu begegnen. So bestärken sich die Teilnehmer*innen gegenseitig, tauschen Tipps aus und empfehlen sich gegenseitig Ärzt*innen (vgl. Gruppe D Z:2054-2061). Maxi berichtet von Hilfspersonen, die für sie Telefongespräche mit Arztpraxen führen (Gruppe D Z:1208-1209) und Nina beschreibt die Internetcommunity als »meine Art der Therapie« (Gruppe D Z:1278). Außerdem sind manche der Teilnehmer*innen Aktivist*innen und entwickeln bspw. Informationsmaterialien für Ärzt*innen zu Asexualität (Gruppe D Z:680-681).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

8.4.3 Folgen für Gesundheitszustand, -versorgung und -handeln queerer Patient*innen

Gesundheitszustand

Auch wenn in den Gruppendiskussionen der Gesundheitszustand der Teilnehmer*innen nicht systematisch erhoben wurde, ist auffällig, dass viele Teilnehmer*innen von psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, berichten, sowie von der Einnahme von Antidepressiva und von Therapie- und Psychiatrie-Erfahrungen (Gruppe CH Z:69-80; 192–193; 600–607; 806–811; Gruppe D 462–541; 617–625; 638–649; 694–717; 963–974). Einige der Teilnehmer*innen sind außerdem chronisch krank (Gruppe D 280–281; 357–368; 806–814; 816).

Gesundheitsversorgung

Mit der Analyse des Gesundheitszustands der Teilnehmer*innen zeigt sich, dass sie eigentlich einen hohen Bedarf an psychologischer Versorgung und allgemeiner Gesundheitsversorgung haben. Sofern dieser allerdings nicht von affirmativen Behandler*innen gedeckt wird, vermeiden viele der Teilnehmer*innen, wie ausgeführt, den Kontakt zum Gesundheitssystem. Manche Teilnehmer*innen scheinen allerdings regelmäßigen Kontakt zu festen Ärzt*innen zu haben (Gruppe CH Z:76-80; 806–811; Gruppe D Z:459-462; 789–800; 1204–1219; 1563–1570).

Die Teilnehmer*innen sind sich bewusst, dass die Vermeidung des Kontakts zum Gesundheitssystem schwerwiegende Konsequenzen für die eigene Gesundheit haben kann:

> Ola: Un was die Konsequenz dann – keine Therapeuten is halt auch nich gut […] das hab ich ja – jahrelang auch gemacht un @das hat mir auch nich gut getan@ (Gruppe D Z:1955-1956).

Ramis Erzählung illustriert, wieso eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen für eine gute Gesundheitsversorgung wichtig ist:

> Rami: Ich hab tatsächlich das Problem dass ich die Pille benutz wegen meiner Migräne um da Hormonschwankungen [ja] n bisschen auszugleichen uund meine Gynäkologin glaubt mir bis heute nicht dass ich asexuell bin und @kein Sex hab@ alsoo [uff] ich komm jedes Mal hin und jedes Mal werd ich neu ausgefragt und mittlerweile hab ich einfach aufgegeben (.) und sag nuur ja ja Verhütung **Schnalzt mit der Zunge**/ Daumen nach oben/klasse ja [@@] (1) (Gruppe D Z:281-286).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Nicht nur wird an diesem Zitat deutlich, dass es zwischen Rami und ihrer Gynäkologin keine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung gibt, die für eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung notwendig wäre, sondern Rami beschreibt auch, dass sie ihre Ärztin über ihr Sexualverhalten nicht die Wahrheit erzählt. Studien belegen, dass gute Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen sowohl direkt (d. h. weil z. B. korrekte Informationen ausgetauscht werden) als auch indirekt (z. B. über eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung) den gesundheitlichen Zustand von Patient*innen positiv beeinflussen kann (Street et al. 2009; Chang et al. 2013; Riedl und Schüßler 2017). Um eine gute Behandlung zu bekommen, nehmen manche der Teilnehmer*innen große Umstände auf sich, wie Gabrielle, die wöchentlich zwei Stunden mit dem Zug fährt, um bei ihrer Therapeutin trotz Umzug in Behandlung bleiben zu können (Gruppe D Z:1985-1995). Bastian hat einen Platz bei einer Therapeutin bekommen, diese kann ihm aber nur eine Therapiestunde pro Monat anbieten, was ihm eigentlich zu wenig ist (Gruppe D Z:2063-2070).

8.4.4 Positiver Umgang mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der Behandlungspraxis

In den Gruppendiskussionen finden sich auch Erzählungen von Behandlungssituationen, in denen die Teilnehmer*innen sich wohl und angenommen fühlen. Als positiven Umgang führen die Teilnehmer*innen an, wenn medizinisches Personal ihre Identität nicht infragestellt (Gruppe D Z:578-584), sie ernstnimmt (Gruppe D Z:791) und das eigene Nicht-Wissen reflektiert (Gruppe D Z:797-804). Die Teilnehmer*innen bewerten eine Reaktion auf ihr Coming Out als positiv, wenn Ärzt*innen ihre Identität hinnehmen (Gruppe D Z:1204-1219) und ggf. bereit sind, sich weiter darüber zu informieren (Gruppe D Z:348-351; 1658–1659). Gabrielle schildert ein positives Erlebnis mit einer Therapeutin, als sie wegen einer Depression Hilfe sucht:

> Gabrielle: [U]nd da hab ich einfach gedacht – so nee – geh ich – ich geb da gleich direkt Bescheid und guck wie sie des aufnimmt – und da war des – hab ich s ihr erklärt und sie war so ›aah okee‹ da hat sie schon mal – hat sie schonmal was gehört – müsst sich aba weiter informiern?, was ich denk so – das ist so die bestmögliche Antwort die man glaub ich von nem – ähm von nem Mediziner – hoffen kann – mit – ich hab was davon gehört – ich nehm es ernst – ich sehe dass ich mich nicht genug auskenne – ich – ich informiere mich – und seitdem hat ich eigentlich auch niee irgendwelche Probleme damit (Gruppe D Z:656-663).

Als bestmögliche Reaktion auf ein Coming Out wird hier von Gabrielle hervorgehoben, dass die Therapeutin bereits ein oberflächliches Wissen über Asexualität besitzt, anerkennt, dass dieses Wissen noch nicht ausreicht, um eine asexuelle Patientin zu behandeln und bereit dazu ist, sich weiter zu informieren. Gabrielles The-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

rapeutin bietet im weiteren Verlauf an, in ihrer Praxis Flyer über Asexualität auszulegen, damit sich andere Patient*innen, die sich z. B. gerade in einem Coming Out Prozess befinden, informieren können. Das bewertet Gabrielle als sehr positiv (ebd.). So kann im Verständnis der Teilnehmer*innen medizinisches Personal zu Multiplikator*innen werden, das anderen asexuellen Personen bei einer positiven, nicht-medikalisierten Selbstfindung helfen kann.

Auch Emma berichtet vom positiven Umgang ihrer Therapeutin:

> Emma: Geeenauu hab tatsächlich jetz auch ne Therapeutin die damit ganz positiv?, ähh umgeht und die auch Verständnis dafür hat und die auch sagt ›das is völlich okee und das hat nichts damit zu tun dass du depressiv bist sondern das is einfach ein Identitätsteil von dir und das is halt soo‹ (Gruppe D Z:473-476).

Der Umgang dieser Therapeutin ist auch deswegen explizit als positiv gelabelt, weil diese die Asexualität nicht medikalisiert, also keinen Zusammenhang zwischen Asexualität und Emmas Depression zieht, sondern die Asexualität als einen normalen »Identitätsteil« ansieht (ebd.). Außerdem bewerten die Teilnehmer*innen Interaktionen mit Ärzt*innen als positiv, wenn diese ihr Coming Out als asexuell oder die Angabe, dass sie nicht sexuell aktiv sind, hinnehmen und akzeptieren (Gruppe D Z:1778-1779; 2114–2125) – wie Charlie beispielhaft von seinem Gynäkologen erzählt:

> Charlie: [D]as erste Mal halt einfach nur ne normale Fragerunde wie üblich angefangen ähm die – wo – wo er mich aber positiv überrascht hat – ähm weil er einfach – ja es fing an mit ähm – ›benutzen Sie Kondome um zu verhüten?,‹ – ›nein‹, ›benutzen Sie die Pille?,‹ ›nein‹ ›Sind Sie Jungfrau?,‹ ›ja‹ – ›oke‹ [@] – die nächsten fünf Fragen hat er gestrichen [@] (Gruppe D Z:1141-1145).

Der Arzt reagiert hier nur mit einem ›ok‹ auf Charlies sexuelle Historie und verzichtet auf weitere Anamnesefragen zu Sexualität, was Charlie »positiv überrascht« (ebd.).

8.5 Fazit

Welche Formen nimmt Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis an?

(Queere) Patient*innen erleben heteronormative Marginalisierung in der medizinischen Behandlungspraxis auf verschiedene Arten und Weisen. An den Erzählungen der Teilnehmer*innen zeigen sich die Verschränkungen der verschiedenen Dimensionen (Sexismus und Misogynie; Heterosexismus und Homofeindlichkeit; Mononormativität und Bifeindlichkeit; Allonormativität, Amatonormativität und Afeind-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lichkeit; Cisnormativität und Transfeindlichkeit; Endonormativität und Interfeindlichkeit; Mononormativität) von Heteronormativität, die ich in Kap. 2.4 aufgestellt habe. Die Teilnehmer*innen erleben nicht nur Afeindlichkeit, sondern auch Sexismus und Transfeindlichkeit. Diese Dimensionen verweben sich zu Heteronormativität und sind mit weiteren Marginalisierungsformen wie ↗Adultismus und ↗Ableismus verschränkt.

Strukturelle Heteronormativität wird in meinem Material insbesondere an den normativen Annahmen erkennbar, die Ärzt*innen bezüglich des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der sexuellen Aktivität und der romantischen Beziehungen ihrer Patient*innen treffen. Gerade in der Analyse von Allonormativität in der medizinischen Behandlungspraxis bzw. den Erfahrungen asexueller Patient*innen spiegeln sich die Erwartungen hinsichtlich sexueller Aktivität und sexueller Praktiken als Teil heteronormativer Vorannahmen wider. Häufig sind diese Annahmen verschlüsselt (wie in der Anamnesefrage ›Haben Sie einen Freund?‹) und müssen von den Teilnehmer*innen erst entschlüsselt und anschließend ggf. berichtigt werden, um eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erhalten. Alternativ müssen die Teilnehmer*innen die Annahmen hinnehmen und in ihrer Queerness unsichtbar bleiben. In diesem Fall kann es dann ggf. zu einer unpassenden oder falschen medizinischen Versorgung kommen. Die Verschlüsselung macht *zum einen* deutlich, wie selbstverständlich die heteronormativen Annahmen der Ärzt*innen (noch) sind und *zum anderen*, wie sehr Heteronormativität eine Kombination aus verschiedenen normativen Annahmen, z. B. zu sexueller Orientierung, ↗Geschlechtsmodalität, Geschlechterbinarität etc. ist. Eine Konsequenz der normativen Vorannahmen von Ärzt*innen ist, dass queere Geschlechter, Sexualitäten und Beziehungen geothert werden; sie erscheinen also nicht als selbstverständlicher Teil der ärztlichen Vorstellungswelt.

Spezifisch an den Erlebnissen asexueller Patient*innen ist, dass Asexualität als sexuelle Orientierung kaum bekannt bzw. unsichtbar ist, was ich an zwei Aspekten festgemacht habe: die kontinuierliche Definitions- und Aufklärungsarbeit, die die Teilnehmer*innen in medizinischen Settings leisten müssen sowie die fehlenden Behandlungsrichtlinien für asexuelle bzw. sexuell inaktive Patient*innen. In Bezug auf Asexualität lässt sich außerdem die These aufstellen, dass es sich nicht nur um eine Unsichtbarkeit handelt, sondern dass Asexualität in der Medizin unintelligibel ist. Heteronormativität zeigt sich damit insofern, als dass es Ärzt*innen nicht möglich erscheint, Asexualität zu verstehen und in der Behandlung mitzudenken. In den Erzählungen der Teilnehmer*innen kennen Ärzt*innen Asexualität nicht, können und wollen sexuelle Abstinenz nicht verstehen (sondern haben z. B. Mitleid mit den Patient*innen) und reagieren mit Unverständnis auf ein asexuelles Coming Out. Die Ärzt*innen scheinen sich eine glückliche Existenz ohne sexuelle Aktivität nicht vorstellen zu können. Stattdessen vermuten sie z. B. ein sexuelles Trauma oder eine Hormonstörung und bauen Druck auf die Teilnehmer*innen auf, sexuell aktiv zu

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

werden oder ihre Asexualität erklären und behandeln zu lassen. Weil also Ärzt*innen Asexualität nicht als legitime sexuelle Orientierung anerkennen (können), problematisieren und medikalisieren sie Asexualität, d. h. sie machen sie zum Gegenstand von (medizinischen) Erklärungsversuchen, Diagnosen und Therapien. Da diese Problematisierung und Medikalisierung von Asexualität nicht nur in der Medizin, sondern gesamtgesellschaftlich stattfindet, medikalisieren sich die Teilnehmer*innen (zumeist in unsicheren Phasen, wie dem Coming Out) teilweise auch selbst. Sie vermuten also medizinische Ursachen oder suchen nach Heilungsmöglichkeiten für ihre sexuelle Orientierung.

In den Erfahrungen der Teilnehmer*innen zeigt sich insbesondere epistemische Gewalt als eine Herrschaftstechnik heteronormativer Marginalisierung. Qua des Verhältnisses zwischen Ärzt*innen und Patient*innen sind letztere grundsätzlich in der Behandlungsbeziehung epistemisch benachteiligt. Spezifisch an den Erfahrungen der Teilnehmer*innen in ihrer Positionierung als junge, weibliche bzw. trans, queere Patient*innen ist, dass ihnen nicht geglaubt wird – bspw. bezüglich ihrer sexuellen Orientierung oder Aktivität. Neben dieser *Testimonial Injustice* erleben sie außerdem die zweite Form epistemischer Gewalt nach Fricker (2010): *Hermeneutical Injustice.* Ärzt*innen verfügen über kein Wissen zu Asexualität – und keine Ressourcen, um sich dieses Wissen anzueignen, da es nicht Teil des Denkstils ihres Denkkollektivs (Fleck 1980 [1935]) ist.

Wie ich herausgearbeitet habe, gibt es insbesondere drei verschieden Strategien, die in der medizinischen Behandlungspraxis zum Tragen kommen, um queere Patient*innen (wieder) in heteronormative Normen einzufügen: Die Ansprache als cisgeschlechtliche und heterosexuelle Subjekte, Sexualisierung und die Normierung abweichender Hormonwerte, d. h. die Beseitigung physischer Zeichen von queerer Abweichung.

Welche Erfahrungen machen queere Patient*innen in der Medizin?

Ich habe in diesem Kapitel die Situation asexueller Patient*innen in der medizinischen Behandlungspraxis exemplarisch für queere Patient*innen analysiert. Während einige Aspekte davon spezifisch für die Situation asexueller Patient*innen ist (bspw. wird der Aufklärungsaufwand zu Asexualität vermutlich größer als zu Homo- oder Bisexualität sein), sind viele Ergebnisse auch für queere Patient*innen insgesamt gültig. So sind alle queeren Patient*innen im Verhältnis zu ihren Ärzt*innen nicht nur als Patient*innen untergeordnet, sondern auch als queere Patient*innen marginalisiert.

Grundsätzlich sind die Teilnehmer*innen als queere Patient*innen der Medizin gegenüber skeptisch eingestellt – dies wird an der ausführlichen Kritik an Ärzt*innen und dem Gesundheitssystem deutlich. Die Teilnehmer*innen kritisieren u. a., dass Ärzt*innen ihnen nicht zuhören, sie nicht ernstnehmen und ihre sexuelle Ori-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

entierung problematisieren. Außerdem scheinen sie nur selten eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung zu ihren Ärzt*innen zu haben – d. h. sie befürchten, dass eine medizinische Behandlung mehr schaden als helfen könnte. Die Teilnehmer*innen sehen sich daher im Konflikt mit dem Gesundheitssystem. Dies spiegelt durch die Verwendung von Kriegs- und Konfliktmetaphern wider. Sie fühlen sich den erlebten Herrschaftstechniken machtlos ausgesetzt und im Verhältnis zu Ärzt*innen schwach und vulnerabel. Die Teilnehmer*innen sind sich in ihrer asexuellen bzw. queeren Identität sicher, beschreiben aber ihre Angst davor, dass ihnen diese Identität abgesprochen wird. Dies illustriert, welche Macht sie Mediziner*innen zuschreiben und wie wirkmächtig Handlungen von Mediziner*innen für das Leben ihrer Patient*innen sind.

Die Teilnehmer*innen outen sich meistens nur geplant und anlassbezogen bei Ärzt*innen – und auch nur unter bestimmten Voraussetzungen, wie der Wahrung der eigenen Sicherheit oder eines bestehenden Vertrauensverhältnisses zum medizinischen Personal. Eine unumstößliche Voraussetzung scheint außerdem ein positiver Selbstbezug zu sein, d. h. die eigene Asexualität muss bewusst und akzeptiert sein, bevor Teilnehmer*innen sich outen. Für sie gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder sie outen sich und müssen dann ggf. aufklärende Gespräche führen oder sich der Gefahr von Vorurteilen oder Disziplinierungen aussetzen – oder aber sie müssen einen wichtigen Teil ihrer Identität und ihres Alltags aussparen, was Konsequenzen für die Qualität ihrer Gesundheitsversorgung haben kann. Wenn die Teilnehmer*innen gute Erfahrungen im Gesundheitssystem machen, beschreiben sie dies als ›Glück‹, d. h. als zufällig positive Erfahrung. Grundsätzlich scheinen sie aber nicht damit zu rechnen, dass Kontakte mit dem Gesundheitssystem gut verlaufen können. Dies ist auf andere queere Patient*innen übertragbar.

Asexuelle Patient*innen erleben eine Medikalisierung ihrer Identität. Die Ärzt*innen der Teilnehmer*innen problematisieren die Asexualität, d. h. sie verstehen sie als Abweichung, die medizinische Expertise in der Erklärung und Therapie erfordert. Damit schreibt sich die Medizin als Kontrollinstanz über abweichende Sexualität und Geschlechtlichkeit weiter fest. Die Asexualität der Teilnehmer*innen wird insbesondere von alternativmedizinischen Behandler*innen als mangelnde Identifikation mit dem zugewiesenen Geschlecht verstanden, weswegen die Teilnehmer*innen zu hypersexuellem Verhalten ermutigt werden. Aber auch in der wissenschaftlichen Medizin werden die Teilnehmer*innen von ihren Ärzt*innen sexualisiert, d. h. als sexuelle Wesen angesprochen. Die Teilnehmer*innen befürchten, Konversionstherapien unterzogen zu werden und wehren sich auch schon bei Andeutungen von Ärzt*innen dagegen. Viele der Teilnehmer*innen hatten während ihres inneren Coming Outs oder bevor sie den Begriff und das Konzept von Asexualität kannten, eine Phase der Selbstmedikalisierung, in der sie nach Antworten, d. h. Diagnosen für die Abwesenheit sexueller Anziehung suchten. Sie hatten in dieser Phase Angst, nicht normal oder gesund zu sein und vermuteten z. B.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

neurologische Probleme oder eine ›sexuelle Behinderung‹. Wie an den Erfahrungen der Teilnehmer*innen deutlich wird, trifft die Medikalisierung von Asexualität nicht nur asexuelle Patient*innen, sondern auch die, die nicht sexuell aktiv sind oder (sexualisierte) Traumatisierung erfahren haben.

Welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das Gesundheitshandeln von asexuellen Patient*innen?

Marginalisierungserfahrungen bzw. die Angst vor solchen Erfahrungen verhindern Vertrauen in die Medizin und beschränken Kontakte mit dem Gesundheitssystem bei manchen Teilnehmer*innen fast vollständig. Für die Teilnehmer*innen lösen Kontakte mit dem Gesundheitssystem Stress aus. Sie beschreiben, dass sie vor Arztterminen nervös, unsicher und belastet sind, da sie Angst vor Marginalisierung haben. Manche Teilnehmer*innen reagieren auf den medizinischen Umgang mit ihnen und die empfundene Machtlosigkeit auch mit Wut und Aggression. Daher müssen sie zusätzlichen Aufwand betreiben, um diese Emotionen abzufangen, z. B. durch *Self Care*-Rituale. Problematisierungen ihrer Identität erleben sie als übergriffig und gewaltvoll. Ein schützender Faktor ist hier eine stabile asexuelle Identität.

Die Teilnehmer*innen eignen sich verschiedene Strategien an, die den Kontakt zum Gesundheitssystem erleichtern sollen, wie eine vorbereitete (Sexual-)Anamnese. Viele Teilnehmer*innen nehmen auch Umstände wie lange Anfahrtswege oder eine geringe Termindichte auf sich, um eine gute Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Teilweise geben die Teilnehmer*innen aber auch auf, Ärzt*innen über ihre Identität aufzuklären und verstecken ihre Asexualität. Das bedeutet: Die eigene Gesundheit muss von den Teilnehmer*innen zusätzlich zu allen anderen Lebensaufgaben gemanagt werden. Gesundheitserhaltung ist damit eine Art ↗*Mental Load*, den Menschen, die heteronormativen Normen entsprechen, nicht schultern müssen.

Erleben die Teilnehmer*innen Marginalisierung, haben sie drei Möglichkeiten, damit umzugehen. Entweder sie halten die Marginalisierung aus, um medizinische Versorgung zu erhalten, oder sie wechseln häufig ihre Ärzt*innen – wobei dies einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben kann. Als dritte Option wird der Kontakt zum Gesundheitssystem aktiv vermieden, d. h. sie resignieren vor der emotionalen Anstrengung, die das Selbstmanagement bedeutet, obwohl sie medizinische Hilfe bräuchten. Auch dies hat eindeutig Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand der Teilnehmer*innen. Der Status von Asexualität in der Medizin erfordert also *Health Literacy* und ↗*Self Advocacy* von asexuellen Patient*innen, um eine angemessene gesundheitliche Versorgung zu erhalten.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

9. Fazit

In dieser Arbeit habe ich Heteronormativität in der Medizin untersucht – konkret, inwiefern Heteronormativität sich in der Medizin zeigt, welche Inhalte und Formen sie annimmt, mit welchen Techniken sie regiert, womit Heteronormativität begründet, legitimiert und reproduziert wird und schließlich inwiefern sie strukturiert, reguliert, privilegiert und marginalisiert. Kurzum: ich habe herausgestellt, wie Heteronormativität in der Medizin operiert und wie sie erhalten wird. In Kapitel 2.7 habe ich dargestellt, dass sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt am Beginn der 2020er-Jahre einerseits gesellschaftliche – insbesondere juristische – Anerkennung erfährt, gleichzeitig aber auch die Thematisierung sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt durch Abwertung und Bedrohung erschwert wird. Daher habe ich zusätzlich gefragt, wie die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgeht. Dabei habe ich die Analyse dieser Arbeit auf eine Beschäftigung mit der wissenschaftlichen Medizin in Deutschland und der Schweiz beschränkt und den Fokus auf Ärzt*innen als Akteur*innen gelegt (vgl. Kapitel 3.1). Mein Erkenntnisinteresse speiste sich insbesondere aus dem in Kapitel 3.6 ausgeführten (im Vergleich zur ↗endo- und ↗cisgeschlechtlichen, sowie ↗heterosexuelle, allosexuellen und -romantischen Bevölkerung) schlechten Gesundheitszustand und der schlechten gesundheitlichen Versorgung queerer Personen. Ein Ziel der Analyse war es also auch, festzustellen, ob und inwiefern eine Erklärung dieses schlechten Gesundheitszustands in struktureller Heteronormativität zu finden ist. Grundlegend hierfür ist die Einsicht, dass die Medizin ein besonderer Raum ist, der eigentlich für Schutz, Heilung und Hilfe steht – und dass Marginalisierung in der Medizin damit als *Sanctuary Harm* (Boudreau et al. 2022, S. 74) beschrieben werden kann.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

9.1 Zentrale Ergebnisse

9.1.1 Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin?

Ich habe herausgearbeitet, dass Heteronormativität grundlegend in das Gesundheitssystem und in die Medizin als wissenschaftliche Disziplin eingeschrieben ist – und zwar auf allen *Ebenen:* von der systematisch-strukturellen Ebene bis hin zu kleinen und subtilen Interaktionen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Ich habe außerdem dargestellt, dass Heteronormativität in verschiedenen *Dimensionen* auftritt, die den ›Inhalt‹ von Heteronormativität bilden, d. h. die inhaltlichen Vorurteile, Annahmen, Stereotypisierungen und Narrative über sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen. Zuletzt habe ich sichtbar gemacht, dass Heteronormativität mit verschiedenen *Herrschaftstechniken* regiert, d. h. verschiedene Formen annimmt, wie bspw. Medikalisierung oder epistemische Gewalt, um sich zu durchzusetzen, zu legitimieren und erhalten zu bleiben. Dabei nimmt Heteronormativität verschiedene *Texturen* an, die Herrschaftstechniken materialisieren also Heteronormativität auf unterschiedliche Arten und Weisen, z. B. in medizinischen Dokumenten oder in der Einrichtung von Wartezimmern. Ich habe gezeigt, dass Heteronormativität in der Medizin besonders queere Menschen betrifft, letztendlich aber auf alle Menschen wirkt, was auch dazu beiträgt, Heteronormativität als Struktur aufrecht zu erhalten. Das Wissen um strukturelle Heteronormativität ist, wie ich ebenfalls ausgeführt habe, in der Medizin unsichtbar, da sich die Medizin grundsätzlich als neutral und objektiv versteht (vgl. meine Ausführungen zur Forscher*innen-Rolle in Kapitel 6.2), womit die Reflexion der eigenen Machtposition und der Eingebundenheit in gesellschaftliche Machtverhältnisse verunmöglicht wird.

9.1.2 Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität in der Medizin? Wie materialisiert sich Heteronormativität in der Medizin?

Heteronormativität in der Medizin findet sich auf allen *Ebenen*: von grundlegenden (Vor-)Annahmen, die über die Körper, das Geschlecht, die ↗sexuelle Orientierung und Aktivität sowie die romantischen Beziehungen von Patient*innen in der ↗Anamnese getroffen werden, über die systematische Unsichtbarkeit und Unintelligibilität, z. B. von Asexualität und Nicht-Binarität in der Ausbildung von Mediziner*innen, bis hin zu kleinsten Interaktionen, Blicken, Bemerkungen und Gesten von Ärzt*innen, bei denen queere Patient*innen bspw. sexualisiert und damit marginalisiert werden. Die verschiedenen Ebenen von Heteronormativität sind außerdem voneinander abhängig, wie Küpper und Zick schreiben: »Vielmehr sind es Entscheidungen von Individuen, getragen von einer jeweiligen Haltung, die Regelungen, Gesetze und Strukturen schaffen, und umgekehrt prägen diese die Indivi-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

duen« (Küpper und Zick 2015, S. 7). Auf allen Ebenen ist heteronormative Marginalisierung ein Spektrum zwischen expliziten, bewussten, ausgesprochenen Anrufungen am einen und subtilen, impliziten, alltäglichen, unbewussten Normen am anderen Ende (vgl. Kapitel 4.3).

Heteronormativität tritt in verschiedenen *Texturen* auf, in Form von verbalen Äußerungen, in Form von abschätzigen Gesten und Blicken, in Form von Zuschreibungen und Annahmen, in Form von Gefühlen (wie Mitleid und Sorge), in Form von Dokumenten (wie Anamnesebögen, Behandlungsrichtlinien oder Ärzt*innenbriefe) oder in Form von Einrichtungen von Warte- und Behandlungszimmern (bspw. die Auswahl von Informationsmaterialien, die die Lebensrealität queerer Personen abbilden) (vgl. Dean et al. 2016). Die Texturen von Heteronormativität sind dabei eng mit den Herrschaftstechniken verbunden; sie sind häufig Effekte der heteronormativer Herrschaftstechniken oder stützen diese.

9.1.3 Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin und wie hängen diese zusammen?

In Kapitel 2.4 habe ich verschiedene Dimensionen von Heteronormativität konzipiert, die jeweils in zwei Varianten vorliegen: einmal als eher subtilere, normative Annahme (wie z. B. Mononormativität, bei der angenommen wird, dass alle Menschen ↗monosexuell sind, also nur Menschen eines Geschlechts anziehend finden können) und einmal als explizitere Abwertung (wie z. B. Bifeindlichkeit, also das Vorurteil, bisexuelle Menschen seien ↗promiskuitiv, unehrlich und infektiös oder die Weigerung, Bisexualität überhaupt als sexuelle Orientierung anzuerkennen). Die beiden Begriffe, normative Annahme und explizite Abwertung, sind also jeweils zwei Seiten derselben Medaille. Diese Dimensionen bilden gewissermaßen den ›Inhalt‹ von Heteronormativität, d. h. die genauen Annahmen und Anforderungen an alle Menschen in einer heteronormativen Gesellschaft. Ohne ein Verständnis dieser normativen Annahmen ist Heteronormativität nicht fass- oder analysierbar. Diese Dimensionen sind untrennbar miteinander verwoben und verweisen aufeinander, weil Heteronormativität explizit Körper, Geschlecht, Reproduktionsfähigkeit, sexuelle Orientierung, sexuelle Aktivität und romantische Beziehungen als voneinander abhängig konzipiert (s. u.). Das bedeutet: In einer heteronormativen Gesellschaft wird angenommen, dass es ausschließlich zwei, hierarchisch zueinander positionierte Geschlechter gibt, die sich aus eindeutig vergeschlechtlichten Körpern ablesen lassen und mit bestimmten, intrinsischen und essentiellen Charakteristiken verknüpft sind (vgl. Degele 2005). Diese Geschlechtlichkeiten gehen mit spezifischen sexuellen Identitäten einher. Dabei wird nicht nur angenommen, dass alle Menschen heterosexuell sind, sondern auch, dass sie grundsätzlich sexuelle und romantische Anziehung gegenüber anderen spüren (können) und dass Liebesbeziehungen ↗monogam organisiert und wichtiger als andere zwischenmenschlichen

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Beziehungen sind. Diese Annahmen gelten für alle Menschen, *until proven otherwise*. Diese Verwebung von Geschlecht, sexueller Aktivität sowie sexueller und romantischer Orientierung zeigte sich in meiner Analyse plastisch an der ärztlichen Frage in der ↗gynäkologischen Sexualanamnese ›Haben Sie einen Freund?‹. Dies macht deutlich, dass die verschiedenen Dimensionen von Heteronormativität nicht einzeln, bzw. getrennt voneinander analysiert werden können.

9.1.4 Welche Formen nimmt Heteronormativität in der Medizin an? Wie regiert Heteronormativität? Wie wird Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten?

In Anschluss an Iris Marion Youngs Vorschlag der fünf »faces of oppression« (Young 1990, S. 39) habe ich in Kapitel 2.5 vorgeschlagen, verschiedene Herrschaftstechniken von Heteronormativität zu analysieren, wobei ich die inhaltliche Bestimmung auf meinen Untersuchungsgegenstand – die Medizin – zugeschnitten habe. Dabei, so habe ich ausgeführt, fungiert Ideologie als Herrschaftstechnik im doppelten Sinne als (Sicherheits-)Netz, das alle anderen Herrschaftstechniken überzieht. *Zum einen* hält sie alle Herrschaftstechniken zusammen und verbindet sie. *Zum anderen* sichert Ideologie als Herrschaftstechnik Heteronormativität in seiner Gesamtheit ab und legitimiert diese. Heteronormativität zeigt sich in meiner Analyse als machtvolle Ideologie, die sich durch die gesamte medizinische Arbeit zieht und die Weltsicht, Normen, Handlungen, Äußerungen und Annahmen des Denkkollektivs Medizin strukturiert. Heteronormativität wird gleichzeitig nicht als Ideologie erkannt, sondern bleibt unhinterfragt und unbewusst, was ihre Wirkmächtigkeit verstärkt. Folgende weitere Herrschaftstechniken habe ich vorgeschlagen und in Bezug auf die Medizin analysiert:

- *Epistemische Gewalt*, d. h. die Aberkennung von Wissen oder das Fehlen von epistemischen Ressourcen (vgl. Fricker 2010). Darunter fällt z. B. das Fehlen von Behandlungsrichtlinien für sexuell inaktive Patient*innen in der Gynäkologie. Als eine spezifische Form von epistemischer Gewalt habe ich *Definitionsmacht* gefasst, d. h. das Setzen und Bestimmen von Begriffen oder Definitionen aus einer Machtposition heraus über die Erlebnisse anderer. Definitionsmacht findet sich bspw. im wiederholten Ignorieren von Selbstbezeichnungen queerer Personen (vgl. Kapitel 7.5).
- *Othering* (vgl. Reuter 2002), d. h. die Unterscheidung in eigen und fremd bzw. anders. Darunter fällt u. a. die Setzung von Homosexualität als Teil einer exotischen Palette erotischer Spielarten (wie ↗BDSM) oder dämonisierter Sexualitäten (wie ↗Pädophilie) (vgl. Kapitel 7.6). In meiner Analyse habe ich außerdem herausgearbeitet, dass *Essentialisierung*, d. h. die Reduzierung einer Person(engruppe) auf ein (oder mehrere) bestimmte, angeblich natürliche oder ursprüng-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

liche Merkmale, die das Wesen dieser Person(engruppe) vermeintlich grundlegend definieren (vgl. Mega 2018). Eine wichtige Voraussetzung von Othering ist, dass über die Zuschreibung essentieller Merkmale Ungleichheitsverhältnisse abgesichert und reproduziert werden. Zu Essentialisierung zählt z. B. die Zuschreibung, dass alle Frauen einen Kinderwunsch haben – und das daraus folgende Othering von Frauen ohne Kinderwunsch (vgl. Kapitel 6.5.2).

- *Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung*, d. h. die Auslassung oder den aktiven Ausschluss von Wissen über und Repräsentation einer bestimmten Gruppe. Dazu gehört auch, dass es in medizinischen Lehrmaterialien keine Informationen zum ↗STI-Risiko bei Sex zwischen Menschen mit Vulven gibt (vgl. Kapitel 7.3). Als eine Folge von Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung habe ich in Kapitel 8.3.2 *Unintelligibilität* gefasst, d. h., dass Asexualität in der Medizin nicht nur unsichtbar ist, sondern dass es Ärzt*innen gar nicht erst möglich erscheint, Asexualität zu verstehen und in der Behandlung mitzudenken.
- *Problematisierung*, d. h. das Verständnis eines Phänomens als ein Problem, das erklärungsbedürftig ist und für das Lösungen oder Ursachen gesucht werden können bzw. müssen (Foucault 1996, S. 178). Eine spezifische Form, die Problematisierung annehmen kann, ist *Medikalisierung*, d. h., dass als atypische bzw. normabweichend markierte Körper, Beziehungen, Sexualitäten, Geschlechter etc. als pathologisch verstanden und medizinischer Kontrolle unterworfen werden (müssen). Dazu gehört bspw. die Benennung des Phänomens in medizinischer Terminologie und die Suche nach biologischen Ursachen und medizinischen Lösungen. Medikalisierung, so habe ich in Kapitel 8.3.4 herausgearbeitet, ist sowohl für Mediziner*innen als auch für queere Personen eine Strategie, ein gesellschaftlich unsichtbares und ggf. unintelligibles Phänomen (wie z. B. Asexualität) zu benennen und zu verstehen. Weil also Ärzt*innen Asexualität nicht als legitime sexuelle Orientierung anerkennen bzw. anerkennen können, problematisieren und medikalisieren sie Asexualität, d. h. sie machen sie zum Gegenstand von (medizinischen) Erklärungsversuchen, Diagnosen und Therapien.
- *Normierung* und *Disziplinierung*, d. h. (teils subtile) Maßnahmen, mit denen normabweichende Personen wieder in Normen eingefügt werden können. Ich habe zwei Formen von Normierung und Disziplinierung in meiner Analyse herausgearbeitet: *Erstens* habe ich *Repronormierung* als Normierung bzw. Disziplinierung gefasst, d. h. das Einfügen von Menschen in normativ definierte Reproduktionserwartungen. Dies spiegelt sich u. a. in den Reproduktionserwartungen an Frauen ohne Uterus wider (vgl. Kapitel 6.5). *Zweitens* habe ich *Sexualisierung*, d. h. die Herabwürdigung von Menschen zu sexuellen Objekten bzw. das Zugänglichmachen eines sexualisierten Blicks auf Menschen in einem nicht-sexuellen Kontext (vgl. Nussbaum 2000) als Normierung bzw. Disziplinierung gefasst. Dies zeigt sich in der Empfehlung hypersexuellen Verhaltens

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

als Therapie für die Abweichung von Geschlechter- und Sexualitätsnormen (vgl. Kapitel 8.3.5).

Zusammengefasst regiert Heteronormativität in der Medizin also durch das Ignorieren und Othering marginalisierter Personen, die Aberkennung ihres Wissen, die Abwesenheit von (affirmativem) medizinischem Wissen über marginalisierte Gruppen, die Zuschreibung essentieller Wesensmerkmale, Unsichtbarmachung, Problematisierung und Normierung queerer Menschen sowie die Ausübung medizinischer Kontrolle. Während Heteronormativität in der Medizin alle Menschen trifft – unabhängig davon, ob sie Normen zu Geschlecht, Sexualität und romantischer Orientierung entsprechen –, treffen diese Herrschaftstechniken spezifisch queere Personen. Damit lässt sich die Medizin in Anschluss an Foucault als Normierungswissenschaft fassen (Foucault 1978d, S. 35), die (queere) Abweichungen in Körper und Psyche findet, unterscheidet, hierarchisiert, katalogisiert, überwacht, stigmatisiert, diszipliniert und bestraft (Foucault 2011 [1963], 1994 [1975], 1978d; vgl. Sohn 1999; Cauwer 2017; Hehlmann et al. 2018). Dadurch, dass Menschen immer wieder heteronormativ diszipliniert werden, wird Heteronormativität reaffirmiert und legitimiert. Sie bleibt bestehen und bildet die Voraussetzung für die weitergehende Normierung von Menschen in das vorgegebene Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiensystem. Wichtigste Voraussetzung für die medizinische Möglichkeit, überhaupt heteronormativ zu herrschen, sind das gesellschaftliche Prestige des Ärzt*innen-Berufes (vgl. Freidson 1970), die gesellschaftliche Autorität von Ärzt*innen und das (inhärente) Machtverhältnis zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen. Heteronormativität wird u. a. dadurch in der Medizin aufrechterhalten, dass sie dort nicht explizit in den Blick kommt und kein Wissen über Heteronormativität vermittelt wird. Dadurch kann sie auch nicht reflektiert oder dekonstruiert werden, sondern bleibt unhinterfragt.

In dieser Arbeit habe ich angelehnt an Andrea Maihofer den Begriff der Existenzweise als »historisch bestimmte Art und Weise zu *existieren*« (Maihofer 1997, S. 85 [HiO]) benutzt bzw. von queeren Existenzweisen gesprochen, um eine historisch spezifische, in bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse eingebundene Art, queer zu sein, zu beschreiben (vgl. Schirmer 2013). In Kapitel 2.5.9 habe ich argumentiert, dass heteronormative Macht mit Foucault (1978a) gedacht nicht (nur) repressiv wirkt, sondern (auch) produktiv. Damit meint Foucault, dass über Herrschaftstechniken wie z. B. Problematisierung sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen erst hervorgebracht werden. Queere Menschen existieren in einer Gesellschaft, die durch die Medizin und ihre Wissensbestände geprägt ist. An queeren Menschen als Abgrenzungsfolie wird normative Geschlechtlichkeit und Sexualität definiert (Foucault 2014 [1976], S. 47).

Die Möglichkeiten, als queere Person in dieser Gesellschaft zu existieren, sind also maßgeblich durch die Medizin geprägt – das gilt auch für die 2020er Jahre.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bspw. ist Intergeschlechtlichkeit grundlegend medikalisiert: Die Terminologie ist medizinisch geprägt und inter* Personen werden von der Medizin in endonormative Erwartungen zu Körpern, Geschlecht, sexueller Orientierung und Reproduktion normiert. Auch trans Personen sind nach wie vor auf die Medizin angewiesen, um medizinisch und rechtlich ↗transitionieren zu dürfen und zu können.

9.1.5 Wie geht die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um?

Die Vielfalt sexueller Orientierungen ist zumindest an manchen Stellen sichtbar – an einigen Stellen finden sich (wenn auch meist problematisierende) Darstellungen von Homo- und Bisexualität. Wie ich unter dem Begriff *Rhetorische Akzeptanz* (vgl. Wetterer 2003) gefasst habe, wird insbesondere Homosexualität vordergründig akzeptiert; gleichzeitig finden sich weiterhin Berührungsängste, affektive Aufladungen und die Gleichsetzung von Homosexualität mit Perversion, ↗Fetisch und unmoralischem Verhalten. Heterosexualität bleibt so unhinterfragt als Norm bestehen (vgl. Degele 2005). Das Konzept romantischer Orientierung bzw. romantischer Vielfalt ist dagegen fast vollständig unsichtbar. Geschlechtliche Vielfalt ist in der Medizin zwar sichtbar, allerdings fast ausschließlich auf eine medikalisierende und problematisierende Weise. Die Geschlechterbinarität ist in der Medizin omnipräsent: Geschlecht wird cis- und endonormativ definiert; Organe, Körperflüssigkeiten und -funktionen werden permanent vergeschlechtlicht; Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden betont und trans- und intergeschlechtliche Menschen werden ↗pathologisiert.

Die verschiedenen heteronormativen Herrschaftstechniken führen dazu, dass in der Medizin mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt auf drei verschiedene Weisen umgegangen wird: *Erstens* sind einige spezifische sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen (wie bspw. Asexualität oder Nicht-Binarität) in der Medizin unsichtbar und unintelligibel. Über sie existiert kein Wissen. *Zweitens* sind andere spezifische sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen hypervisibel, sie sind also z. B. in der medizinischen Lehre merklich präsent (wie z. B. MSM oder Intergeschlechtlichkeit). Sie werden häufig *geothert*, d. h. bspw. exotisiert. In beiden Fällen, Unsichtbarkeit und Hypervisibilität, reagiert die Medizin mit Normierung und Disziplinierung auf Abweichungen von der Norm, d. h. vor allem mit Medikalisierung. In der Medizin fehlen *drittens* komplexe, d. h. multidimensionale Darstellungen von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt. Stattdessen werden queere Personen häufig auf eine Art zu existieren festgeschrieben – wie z. B. die Festschreibung von trans Personen auf Leiden und ↗Dysphorie.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

9.1.6 Welches Wissen existiert in der Medizin über Heteronormativität und über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt?

In meiner Analyse von Heteronormativität in der Wissensproduktion bzw. Forschung, der Wissensweitergabe bzw. Lehre und Wissensanwendung bzw. Behandlungspraxis der Medizin ist Wissen eine zentrale Kategorie. Ich habe für die Analyse die Medizin mit Ludwik Fleck (1980 [1935]) als ein Denkkollektiv gefasst, das einen bestimmten Denkstil ausbildet. In diesem medizinischen Denkstil ist Geschlecht binär, endo- und cisnormativ definiert und geschlechtliche Vielfalt pathologisiert. Während Wissen über die Existenz unterschiedlicher sexueller Orientierungen zur Verfügung zu stehen scheint, ist dieses unterkomplex und häufig problematisierend und stereotypisierend. So bilden bspw. die Fluidität sexueller Orientierung und die Vielfalt von Selbstbezeichnungen eine Leerstelle im medizinischen Wissen. Wissen über die Vielfalt romantischer Orientierungen und einvernehmlicher Nicht-Monogamie scheint in der Medizin nicht zu existieren. Ganz besonders in der medizinischen Lehre zeigt sich, dass explizite Inhalte zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, zur Lebenssituation queerer Personen, zur gesamtgesellschaftlichen Marginalisierung von queeren Personen und zur queeren Community (z. B. als Raum, in dem queere Menschen Unterstützung und Akzeptanz erfahren können) fehlen. Das gelehrte Wissen ist zudem häufig (z. B. in Bezug auf STI-Risiken) nicht auf alle queeren Personen anwendbar. Queere Patient*innen erscheinen so in der medizinischen Lehre (außerhalb medikalisierender Inhalte) als irrelevant (vgl. Robertson 2017) bzw. bleiben für Medizinstudierende unintelligibel und damit unbehandelbar (Murphy 2016).

Die Wissensbestände über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt, die bspw. in der Geschlechterforschung oder in queeren Aktivismen existieren, scheinen keine Brücke zu dem Wissen schlagen zu können, das in der Medizin produziert, gelehrt oder angewandt wird. Es existiert also kaum ein Wissenstransfer über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in die Medizin hinein. Gleichzeitig wird Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt bzw. Wissen von queeren Menschen über sich selbst kaum anerkannt bzw. offen abgewertet (siehe Kapitel 7.8). Queerer Aktivismus, der affirmatives Wissen über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt schaffen will, wird an einer Stelle sogar als Bedrohung für gute wissenschaftliche und evidenzbasierte Arbeit dargestellt (Bosinski et al. 2021b, 389). Es lässt sich also epistemische Gewalt (Fricker 2010) in der Medizin in Bezug auf sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt nachweisen. Eine Ausnahme bilden hier vereinzelte Präsentationen, die ich in Kapitel 7 analysiert habe. In diesen wird u. a. auf gesellschaftliche Marginalisierung nicht-binärer Personen und deren Folgen aufmerksam gemacht. Ich vermute aber, dass sich dies auf das Engagement einzelner Lehrender und nicht auf eine

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vollständige Transformation der medizinischen Wissensbestände bzw. Haltungen in Bezug auf Transgeschlechtlichkeit zurückführen lässt.

Obwohl Ärzt*innen gesellschaftlich und innerhalb der Medizin als neutrale und objektive Expert*innen für u. a. Trans- und Intergeschlechtlichkeit gelten, zeigt sich, dass medizinisches Wissen nicht neutral oder objektiv ist. Mit Foucault (1978b; vgl. Schroer und Wilde 2016) gesprochen stellt es stattdessen eine *Normalisierungstechnologie* dar, die den Unterschied zwischen Normalität und Abweichung kennzeichnet und einer Disziplinierung zugänglich macht. So habe ich bspw.darauf aufmerksam gemacht, dass Lehrbüchern eine wichtige Funktion bei der Strukturierung, Repräsentation, Steuerung und Differenzierung von Lerninhalten zukommt (Fuchs und Henne 2019, S. 841). Sie bilden Wissen nicht einfach neutral ab, sondern produzieren einen Kanon anerkannten Wissens, je nachdem, welche Inhalte sie wie aufgreifen (Bittner 2011, S. 13; Höhne und Heerdegen 2018, S. 241).

9.1.7 Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der Medizin?

Wie ich dargestellt habe (vgl. Kapitel 2.7), ist Heteronormativität kein starres Normengefüge, sondern verändert sich stetig, wobei sich einige Aspekte modernisieren und ändern und andere persistieren (Maihofer 2014; Nay 2017; Woltersdorff 2019). Während auf der einen Seite einige heteronormative Normen rigide bestehen bleiben (z. B. die anhaltende Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit), flexibilisieren sich gleichzeitig andere Teile von Heteronormativität (Engel 2002, S. 72–76). Dies habe ich u. a. mit dem Konzept *Rhetorischer Akzeptanz* (vgl. Wetterer 2003) analysiert. Mit diesem Begriff beschreibe ich, dass sich zwar auf der sprachlichen Ebene eine akzeptierende Haltung gegenüber Homosexualität findet, sie aber trotzdem als erklärungsbedürftig und anders konzipiert wird. Als Konsequenz wird verunmöglicht, über frühere und anhaltende Marginalisierung in und durch die Medizin zu sprechen. So wird eine postheteronormative Welt in der Medizin simuliert, die so allerdings nicht existiert. Außerdem wird so medizinische Macht erhalten.

9.1.8 Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das gesundheitliche Handeln queerer Menschen aus?

Ich habe in Kapitel 3.6 dargestellt, dass der physische und psychische Gesundheitszustand von queeren Menschen und ihre Gesundheitsversorgung suboptimal sind. Ich habe außerdem darauf hingewiesen, dass queere Menschen spezifische gesundheitliche Anliegen haben, die die Medizin häufig nicht abdeckt. Bei der regulären Gesundheitsversorgung erleben queere Menschen Marginalisierung (vgl. Kapitel 8).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Kontakte mit dem Gesundheitssystem bedeuten für sie häufig eine emotionale Belastung (vgl. Kapitel 8). Marginalisierungserfahrungen bzw. die Angst vor solchen Erfahrungen verhindern Vertrauen in die Medizin und beschränken oder verhindern Kontakte mit dem Gesundheitssystem. Dieses wird also gerade nicht als Ort der Heilung und des Schutzes erlebt, sondern als Raum, in dem potenziell marginalisierende Erfahrungen gemacht werden, während sich queere Patient*innen in einer äußerst vulnerablen Rolle und Position befinden. Wie ich in Kapitel 8 gezeigt habe, empfinden sich queere Patient*innen als schwächere Konfliktpartei gegenüber dem Gesundheitssystem, die sich schützen und wehren muss. Dabei wurde deutlich, dass dies teilweise durch Heteronormativität in der Medizin erklärt werden kann.

So habe ich herausgearbeitet, dass Medizinstudierenden kaum Wissen über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vermittelt wird und sie nicht dazu befähigt werden, queere Patient*innen affirmativ und spezifisch auf ihre Lebenssituation abgestimmt zu behandeln. Ohne spezifisches Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt wird es allerdings für Medizinstudierende kaum möglich sein, ihr Alltagswissen über Geschlecht, Sexualität und romantische Beziehungen zu reflektieren, zu dekonstruieren und zu erweitern, sowie das eigene klinische Handeln zu reflektieren und nicht-heteronormative Behandlungspraxen zu etablieren.

9.1.9 Umgangs- und Handlungsstrategien queerer Menschen

Da ihre Gesundheitsversorgung nicht auf sie abgestimmt ist, müssen queere Personen selbst Strategien entwickeln, um angemessen behandelt zu werden. Als eine zentrale Anforderung habe ich *Health Literacy* hervorgehoben. Das bedeutet: Queere Personen müssen einschätzen können, welche Informationen sie ihren Ärzt*innen wie vermitteln müssen. Weiterhin müssen sie ggf. selbst Recherche betreiben und die Relevanz von Gesundheitsinformationen einzuschätzen lernen. Diesen Aufwand habe ich unter dem Begriff ↗*Mental Load* zusammengefasst. Darunter fallen bspw. auch die ausführlichen Überlegungen, die queere Patient*innen vor einem ↗Coming Out bei Ärzt*innen anstellen (müssen). Dies bedeutet auch, dass queere Menschen im Kontakt mit dem Gesundheitssystem für sich selbst eintreten müssen, d. h. ↗*Self Advocacy* betreiben müssen, um eine angemessene Behandlung erhalten zu können. Außerdem müssen queere Personen emotionale Arbeit in Form von *Self Care* leisten, um Stress, Anspannung, Angst, Wut und andere Gefühle zu verarbeiten, die für sie aus Kontakten mit dem Gesundheitssystem entstehen. Andere Möglichkeiten des Umgangs mit dem heteronormativen Gesundheitssystem sind der Rückgriff auf *Community Care* (vgl. Kapitel 8; Sharman 2016; Seeck 2021), wie z. B. die gegenseitige Empfehlung queerfreundlicher Ärzt*innen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

9.2 Rückbezug zum Forschungsstand

9.2.1 Identifizierte Forschungslücken

In der Einleitung habe ich vier Lücken im aktuellen Forschungsstand zu Heteronormativität in der Medizin identifiziert, zu deren Schließung ich mit dieser Arbeit beitragen wollte. Deshalb habe ich *erstens* den Fokus auf Heteronormativität im deutschen und schweizerischen Gesundheitssystem gelegt und damit die spezifische Situation queerer Patient*innen in Deutschland und der Schweiz analysiert. *Zweitens* habe ich drei Teilbereiche der Medizin – Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis – in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen in den Blick genommen. Ich habe bspw. herausgearbeitet, dass sowohl der Produktion neuen Wissens als auch der Vermittlung von etabliertem Wissen und der Anwendung gelernten Wissens heteronormative Annahmen zugrunde liegen, die sich auf die Körper, Geschlechter, Sexualitäten und Beziehungen von Patient*innen beziehen. *Drittens* habe ich gezeigt, dass die verschiedenen Dimensionen von Heteronormativität (s. o.) nicht ohneeinander versteh- oder analysierbar sind und daher in einer umfassenden Analyse von Heteronormativität die ganze Komplexität sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt mitgedacht werden muss. *Viertens* konnte meine Analyse nahelegen, dass der schlechtere Gesundheitszustand und die schlechtere Gesundheitsversorgung queerer Personen auch durch Heteronormativität im Gesundheitssystem zu erklären ist (s. u.).

Das Ziel dieser Arbeit war, Heteronormativität in der Medizin zu analysieren. Damit trage ich zur Schließung der Lücke bei, die Kritiker*innen aus Gender- und Queer Studies in der Analyse von Heteronormativität identifiziert haben: Das Konzept sei kaum analytisch ausgearbeitet (Klapeer 2015, S. 26; Nay 2017, S. 283), bzw. es sei unklar, wie Heteronormativität als Machtform operiert, mit welchen Techniken sie regiert und wie sie sich selbst reproduziert (Bargetz und Ludwig 2017, S. 119–120). Ich habe kleinteilig ausgeführt, welche Inhalte (Dimensionen), Formen (Herrschaftstechniken) und Materialisierungen (Texturen) Heteronormativität in der Medizin annimmt, auf welchen Ebenen sie sich findet, womit sie begründet, legitimiert und reproduziert wird und wie Heteronormativität strukturiert, reguliert, privilegiert und marginalisiert – kurz: wie Heteronormativität in der Medizin operiert und wie sie erhalten wird. Damit habe ich in dieser Arbeit einen systematischen Versuch vorgelegt, Heteronormativität anhand verschiedener Dimensionen, Herrschaftstechniken, Texturen und Ebenen analysierbar zu machen. Ich habe beide sich gegenseitig konstituierenden Seiten von Macht in den Blick genommen: sowohl die alltägliche Wirkmächtigkeit, die ihre Macht nicht aus dem Zwang, sondern der Zustimmung der Individuen zieht (vgl. Ludwig 2011, S. 50–52), als auch gesellschaftliche und institutionelle Zwänge und Gewalt, die sich aus konkreten Normen herleiten.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

9.2.2 Heteronormativität als theoretisches und analytisches Konzept – Vorschlag einer Erweiterung

In Kapitel 2.2 habe ich ausgeführt, wie Judith Butler (2016 [1991]) Heteronormativität bzw. die heterosexuelle Matrix konzipiert, nämlich als konstitutive Verwebung von Geschlecht (im Sinne von *sex* und im Sinne von *gender*) und sexueller Orientierung (*desire*). Diese Verbindung zeigte sich häufig in meinem Material, wie z. B. im Konzept der sexuellen Identität in der Medizin, das ich in Kapitel 7 ausgeführt habe. Hierbei gelten bspw. sexualisierte Berührungen an vergeschlechtlichen Körperteilen als geschlechtsaffirmierend. Sexualverhalten, das sich aus dem eigenen Geschlecht speist, wird als geschlechtsspezifisch gefasst und muss damit kongruent sein. Wiederholt wurde in meiner Analyse aber auch deutlich, dass Heteronormativität über Butlers Konzeption hinaus auch weitere Kategorien miteinander verknüpft:

Erstens wird in einem heteronormativen System vorausgesetzt, dass mit einem bestimmten Geschlecht und einer bestimmten sexuellen Orientierung auch bestimmte sexuelle Praktiken bzw. bestimmte Formen sexueller Aktivität verbunden werden, weswegen ich wiederholt auf Rachel Epsteins (2018, S. 1047) Erweiterung von Butlers Triade verwiesen habe: »sex = gender = sexual orientation = sexual practices«. In einem heteronormativen System wird Geschlecht also nicht nur mit einer Art zu begehren (sexueller Orientierung bzw. *desire*) konstitutiv verwoben, sondern auch mit der Art, sexuell aktiv zu sein. So wird angenommen, dass sexuelle Aktivität zwischen Männern und Frauen Penis-in-Vagina-Sex bedeutet[1], während andere Sexualpraktiken entweder unsichtbar sind oder als Teil einer exotischen Palette erotischer Spielarten Penis-in-Vagina-Sex zwar ergänzen, aber nicht ersetzen können. Daher richtet sich auch die medizinische Beschäftigung mit ↗Safer Sex, also dem Schutz vor STIs und ungewollten Schwangerschaften, an Penis-in-Vagina-Sex aus.

Zweitens beinhaltet Heteronormativität auch die grundsätzliche Erwartung, dass erwachsene Menschen sexuell aktiv sind oder sein wollen. *Desire* bedeutet also nicht nur, auf eine bestimmte Art (d. h. heterosexuell) zu begehren und bestimmte sexuelle Praktiken durchzuführen (d. h. Penis-in-Vagina-Sex), sondern grundsätzlich Interesse an sexueller Interaktion zu haben (d. h. allosexuell zu sein). In eine intelligibel vergeschlechtlichte Existenzweise ist sexuelles Begehren per se bereits eingeschrieben und asexuelle oder nicht sexuell aktive Personen sind in einem heteronormativen System grundlegend verdächtig.

1 Dagegen, so würde ich argumentieren, wird Sexualität zwischen Männern bzw. zwischen Menschen mit Penis grundsätzlich als Analsex imaginiert, während Sexualität zwischen Frauen bzw. Sex zwischen Menschen mit Vulven unintelligibel bleibt.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Drittens wird, wie ich unter dem Begriff Repronormierung herausgearbeitet habe, außerdem grundsätzlich erwartet, dass alle Menschen einen Kinderwunsch haben. Ein Teil heteronormativer Disziplinierung besteht dementsprechend darin, Menschen in diese spezifische Form und Vorstellung von Familie(ngründung) zu normieren. Hieran zeigt sich, dass von Heteronormativität auch endogeschlechtliche, cisgeschlechtliche, allosexuelle und heterosexuelle Personen normiert werden. Mit der Erwartung von Reproduktion per se ist außerdem die Erwartung verbunden, dass Menschen sich gemäß ihrem Geschlecht fortpflanzen, z. B. darin, dass Frauen ein Schwangerschaftswunsch unterstellt wird oder dass trans Männern unterstellt wird, sie würden, wenn es möglich wäre, Kinder zeugen (und nicht etwa selbst schwanger werden) wollen.

Viertens wird in einem heteronormativen System eine spezifische Form einer romantischen Beziehung vorausgesetzt. *Desire* reguliert damit nicht nur die Art zu begehren, die sexuellen Praktiken und die grundlegende Anwesenheit sexueller Anziehung, sondern auch den Rahmen, in dem eine Person begehren soll. Wie in meiner Analyse erkennbar ist, wird grundlegend vorausgesetzt, dass Sexualität innerhalb einer stabilen und monogamen Beziehung zwischen zwei Menschen stattfindet. Polyamorie und Aromantik bilden bei der Konzeption von Sexualität und Beziehung das konstitutive Außen.

In meiner Analyse habe ich wiederholt herausgestellt, dass Heteronormativität die konstitutive Verwebung von Geschlecht und Sexualität auf verschiedenen Ebenen bedeutet: Unter dem Überbegriff Geschlecht werden dann u. a. vergeschlechtlichte Körperteile, -funktionen und -flüssigkeiten, Reproduktionsfähigkeit, Geschlechtsidentität, -rolle und -ausdruck, Geschlechterstereotypen und -essentialisierungen zusammengefasst, wobei Geschlecht binär und hierarchisch konzipiert wird. Geschlecht wird außerdem mit Sexualität (d. h. sexuelle Orientierung, sexuelle Aktivität, Anwesenheit sexueller Anziehung sowie romantische Beziehungsorganisation und -form) konstitutiv verwoben. Es ist also zu kurzgefasst, Heteronormativität z. B. nur als die Regulierung von sexueller Orientierung und Geschlecht(-sidentität) zu deuten – in einer Analyse von Heteronormativität müssen all diese Dimensionen von Geschlecht und Sexualität als gesellschaftliche Konstrukte und in ihrer konstitutiven Verwebungen mitgedacht werden.

Abschließend verstehe ich Heteronormativität also im Anschluss an Judith Butler (2016 [1991]), Nina Degele (2005), Andrea Maihofer (2015) und Rachel Epstein (2018) als ideologisch abgesichertes, soziales System. In ihm werden verschiedene normative Annahmen zu Geschlecht, Sexualität und romantischen Beziehungen untrennbar und konstitutiv miteinander verwoben und Menschen, die von diesen Normen abweichen, werden marginalisiert. Heteronormativität ist ein binäres, hierarchisch organisiertes Geschlechtersystem, in dem Geschlecht biologistisch und essentialistisch verstanden wird. Diesem System ist die Annahme inhärent, dass das körperliche Geschlecht mit der Geschlechtsidentität, dem Geschlechts-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ausdruck und der Geschlechterrolle eines Menschen übereinstimmt – und dass in dieses Geschlecht auch eine spezifische sexuelle Identität eingeschrieben ist. Allen Menschen wird zugeschrieben, reproduktionsfähig zu sein und einen Reproduktionswunsch zu haben. Außerdem wird angenommen, dass alle erwachsenen Menschen in einer monogam organisierten romantischen Beziehung leben oder leben wollen. Heteronormativität drückt sich aber darüber aus, dass alle Menschen als heterosexuell und allosexuell imaginiert werden, womit die Erwartung bestimmter sexueller Praktiken verknüpft wird. Heteronormativität zeigt sich auf allen gesellschaftlichen Ebenen, materialisiert sich bspw. in Vorurteilen oder Dokumenten und setzt sich mit Techniken wie epistemischer Gewalt oder Othering queerer Menschen durch.

9.3 Beitrag zur theoretischen Diskussion

9.3.1 Matrix zur Analyse von Heteronormativität

Anschließend an meine Weiterentwicklung des Butlerschen (2016 [1991]) Konzepts von Heteronormativität schlage ich nun eine Analysematrix vor, um Heteronormativität als theoretisches und analytisches Konzept auch auf andere Untersuchungsgegenstände als die Medizin anwendbar zu machen. Ich konzipiere dafür vier zentrale Aspekte: Dimensionen, Ebenen, Texturen und Herrschaftstechniken von Heteronormativität. Insbesondere bei den vorgeschlagenen Herrschaftstechniken gilt es natürlich, diese auf den jeweiligen Forschungsgegenstand anzupassen und zu erweitern. Das von mir vorgeschlagene Analyseraster geht auf mindestens zwei Aspekte nicht ein: Akteur*innen und ihre Handlungsmacht sowie Auswirkungen von Heteronormativität auf verschiedene Akteur*innen. Diese Aspekte habe ich in meiner Analyse nicht vertieft; sie müssten durch weiterführende Forschung zu Heteronormativität gefüllt und systematisiert werden.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Tabelle 3: Matrix zur Analyse von Heteronormativität

Aspekt	Funktion	Exemplarische Formen	Analysefragen
Dimensionen	Analyse der Inhalte von Heteronormativität, d. h. welche normativen Anforderungen an Menschen gestellt werden und welche Abwertungsformen gegenüber queeren Personen existieren.	Geschlechterbinarität, Geschlechterverhältnis, Heterosexismus, Homofeindlichkeit, Cisnormativität, Transfeindlichkeit	Welche Inhalte hat Heteronormativität? Welche heteronormativen Narrative, Stereotype und Auslassungen finden sich? Welche Aspekte menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität verwebt Heteronormativität konstitutiv miteinander?
Ebenen	Analyse verschiedener Ebenen von Heteronormativität, d. h. zu untersuchen, inwiefern Heteronormativität strukturell in die Gesellschaft bzw. in spezifische Institutionen eingewoben ist bzw. inwiefern Heteronormativität in der Interaktion zwischen Individuen relevant wird.	Mikroebene Mesoebene Makroebene	Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität? Welche unterschiedlichen Wirkungen hat Heteronormativität auf diesen (verschiedenen) Ebenen? Wie wirken diese Ebenen zusammen?
Herrschaftstechniken	Analyse der Wirkungsweisen von Heteronormativität, d. h. zu untersuchen, welche Formen Heteronormativität auf welcher Ebene und mit welcher Textur annimmt, mit welchen Mitteln Heteronormativität legitimiert und aufrechterhalten wird, wie Heteronormativität spezifische Gruppen von Menschen privilegiert und marginalisiert.	Ideologie Epistemische Gewalt Othering Unsichtbarmachung Problematisierung Normierung	Welche Formen nimmt Heteronormativität an? Wie wird Heteronormativität legitimiert? Wie privilegiert und marginalisiert Heteronormativität spezifische Gruppen von Menschen? Wie wird Heteronormativität aufrechterhalten?
Texturen	Analyse der Materialisierungen von Heteronormativität, d. h. darzustellen, welche immateriellen oder materiellen Formen Heteronormativität annimmt.	Äußerungen Dokumente Inneneinrichtung	Wie materialisiert sich Heteronormativität konkret? Wie schreibt sich Heteronormativität in Strukturen ein?

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://elibrary.buchhandel.com/de/agb - Open Access - (cc) BY

9.3.2 Heteronormativität in der Medizin als Erklärungsmodell für die schlechte Gesundheitsversorgung und den schlechten Gesundheitszustand queerer Menschen

Marie Murphy schreibt in ihrer Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Lehre:

> »We do not yet have a theoretical framework for understanding the relationship between the intelligibility of patients to doctors and health care outcomes, but we might reasonably imagine that the extent to which doctors understand patients as fellow humans, embodying recognizable ways of being, shapes their capacity to deliver care that patients experience as sensitive, compassionate, and effective« (Murphy 2016, S. 259).

In einem gemeinsamen Artikel haben Ann Kristin Augst und ich (2023), u. a. auf Basis erster Analyseergebnisse der Gruppendiskussionen aus meiner Arbeit, einen Vorschlag für ein entsprechendes Erklärungsmodell entwickelt, das ich hier präsentiere. In unserem Artikel stellen wir drei zusammenhängende Erklärungsansätze für die schlechte Gesundheitsversorgung und den schlechten Gesundheitszustand queerer Menschen vor, die alle in Heteronormativität wurzeln: *erstens* Minoritätenstress, *zweitens* Ausbildungsdefizite und fehlendes Fachwissen unter Ärzt*innen zu angemessener und affirmativer Gesundheitsversorgung queerer Menschen, sowie *drittens* (antizipierte) Marginalisierungserfahrungen und daraus folgende Vermeidung von Kontakten mit dem Gesundheitssystem. Diese sind sicherlich nicht die einzigen Erklärungsansätze; uns erscheinen sie aber für unsere Fragestellung als die zentralen drei, da sie Marginalisierung in- und außerhalb der Medizin bedenken, die Spezifizität der Patient*innen-Position einbeziehen und Wissen als eine zentrale Kategorie setzen. Es ist zwar unmöglich, zwischen Heteronormativität und dem Gesundheitszustand sowie der Gesundheitsversorgung queerer Personen kausale Verknüpfungen empirisch nachzuweisen, es handelt sich aber um plausible Korrelationen und Folgen.

Erstens: Das Minoritätenstressmodell nach Ilan Meyer (2003) gilt heute als das bedeutendste theoretische Erklärungsmodell für den psychischen Gesundheitszustand queerer Menschen (Ott et al. 2017). Meyer nennt die Verbindung aus externer Heteronormativität (d. h. gesellschaftlicher Stigmatisierung und (erwarteter) Erfahrungen von Gewalt und Marginalisierung) und internalisierter Heteronormativität (z. B. in Form internalisierter Homofeindlichkeit) *Minoritätenstress*. Das Minoritätenstressmodell fokussiert also den sozial verursachten, chronischen Stress, den Angehörige von Minderheiten zusätzlich zu alltäglichem Stress erleben (Meyer 2007; Garcia Nuñez und Schneeberger 2018, S. 174; Göth 2021). Daraus folge, so Meyer, bei Angehörigen einer Minderheit eine erhöhte Wachsamkeit, Angst, Miss-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

trauen und Entfremdung. Der mit diesem chronischen Stress einhergehende Energieaufwand kann sich negativ auf das Immunsystem,[2] das neuro-endokrinologische System und das Herz-Kreislaufsystem (Hatzenbuehler et al. 2014; Barkan 2021, S. 101–106; Komlenac 2021, S. 59) auswirken, zu gesundheitsschädlichen Coping-Mechanismen wie Rauchen oder Alkoholkonsum führen (Scout 2019, S. 148–149) und damit die schlechtere gesundheitliche Lage queerer Menschen (mit-)erklären (Wolf 2004, 126–129; Meyer 2007). Das heißt, das Erleben von Heteronormativität in- und außerhalb der Medizin führt zu Stress, der wiederum Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit queerer Menschen hat.

Zweitens: Wie ich in dieser Arbeit gezeigt habe, gibt es merkliche Ausbildungsdefizite in Bezug auf die angemessene, sensible und affirmative Gesundheitsversorgung queerer Menschen und in der Folge fehlt Ärzt*innen entsprechendes Fachwissen, z. B. auch zu spezifischen Gesundheitsanliegen und -risiken queerer Personen. Fehlendes Fachwissen ist auch darauf zurückzuführen, dass Ärzt*innen annehmen, die sexuelle bzw. romantische Orientierung oder das Geschlecht eines*einer Patient*in hätte keinen Einfluss auf die gesundheitliche Lage einer Person (Europäische Union 2017b, S. 39). Heteronormativität zeigt sich hier u. a. darin, dass die gesundheitlichen Anliegen queerer Personen als irrelevant markiert (Robertson 2017) bzw. unsichtbar sind (Fricker 2010) und dass zur Versorgung queerer Personen häufig keine Behandlungsrichtlinien existieren. Damit ist die Versorgung queerer Patient*innen nicht Teil des relevanten, ›wahren‹ und ›wichtigen‹ Wissens innerhalb des Denkkollektivs Medizin (Fleck 1980 [1935]; Berger und Luckmann 2007 [1980]). Fehlendes Fachwissen über die Behandlung queerer Patient*innen kann zu Behandlungsfehlern und -defiziten führen, die wiederrum Auswirkungen auf die Gesundheit queerer Menschen haben.

Drittens: Queere Personen erleben in der medizinischen Versorgung heteronormative Marginalisierung bzw. antizipieren diese. Deswegen begegnen sie Ärzt*innen oft mit Vorsicht und Misstrauen und beobachten ihre Umgebung, das Setting und das Verhalten des medizinischen Personals, um ihre eigene Sicherheit abschätzen zu können (Wolf 2004; Dennert und Wolf 2009; Pohlkamp 2014, S. 295). Wie ich in dieser Arbeit deutlich gemacht habe, befürchten bspw. asexuelle Patient*innen eine Medikalisierung ihrer Identität. Sie haben also Angst, dass Ärzt*innen eher die Gründe für ihre sexuelle Orientierung herauszufinden oder diese ›heilen‹ wollen statt tatsächlich das Problem zu behandeln, dass den*die Patient*in zu ihnen geführt hat (Foster und Scherrer 2014, S. 426). Heteronormativität zeigt sich hier darin, dass queere Patient*innen die Medizin nicht als einen sicheren Ort wahrnehmen, in dem sie Schutz und Heilung erleben können. Diese Erfahrungen bzw. Ängste können u. a. dazu führen, dass queere Patient*innen sich nicht bei ihren Ärzt*in-

2 Indem die Immunantwort gesenkt wird, werden Infektionen und Krebserkrankungen wahrscheinlicher.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen outen und so auch keine angemessene Behandlung erhalten oder dass sie Kontakte mit dem Gesundheitssystem vermeiden. Dies gilt sowohl für Vorsorgeuntersuchungen als auch für akute Beschwerden und gesundheitliche Notfälle (Bauer et al. 2014; Zeeman et al. 2019, S. 974).[3] All dies kann schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen haben.

9.4 Reflexion des Forschungsprozesses

Ich habe in dieser Arbeit das Ziel verfolgt, Heteronormativität in der Medizin zu analysieren. Damit sollte u. a. untersucht werden, ob bzw. inwiefern ein Zusammenhang zwischen Heteronormativität und der schlechteren gesundheitlichen Versorgung sowie dem schlechteren gesundheitlichen Zustand queerer Menschen besteht. Dieser Arbeit lag damit die normative Haltung zugrunde, dass queere Personen Zugang zu guter und spezifischer, sowie marginalisierungssensibler und -freier Gesundheitsversorgung haben sollten und es verdienen, das Gesundheitssystem als einen sicheren Raum wahrzunehmen. Ich habe dazu kleinteilig analysiert, inwiefern Heteronormativität in der Medizin systematischen Charakter hat, wie subtil Heteronormativität sich in medizinische Strukturen und Praxen eingeschrieben hat und wie Ärzt*innen in eine heteronormative medizinische Praxis sozialisiert werden. Das Anliegen meiner Arbeit war dabei aber nicht, die konkrete Gesundheitsversorgung queerer Menschen zu verbessern, sondern hinter den medizinischen Kulissen mögliche Erklärungsansätze zu analysieren. Insofern war mein Forschungsvorhaben trotz der zugrundeliegenden Haltung ein analytisches. Wie ich in Kapitel 2 ausgeführt habe, ist mit der Analyse von Heteronormativität von Beginn an ein politisches Moment verbunden, denn es geht grundsätzlich um die »Destabilisierung, Kritik und Intervention in dieses Normalisierungsregime« (Klapeer 2015, S. 30). Meine Hoffnung ist dennoch, dass meine Analyse der Heteronormativität im Gesundheitssystem die gesundheitliche Versorgung queerer Menschen verbessern kann und damit auch dem gesundheitlichen Zustand queerer Menschen zugutekommt.

Ich habe meine Forschungsfragen anhand von Hypothesen entwickelt und damit genuin offen gehalten – schließlich ging es mir nicht darum, zu fragen, ob Heteronormativität in der Medizin existiert oder ob queere Menschen Marginalisierung erleben. Mich hat einerseits überrascht, wie deutlich sich heteronormative Herrschaftstechniken in Teilen meiner Samples aufgedrängt haben, wie offen sexuelle,

3 Das fehlende Aufsucheverhalten kann auch als eine Form stressbedingten selbstverletzenden Verhaltens gedeutet werden und damit als Folge von Minoritätenstress (Europäische Union 2017a, 21–24).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

romantische und geschlechtliche Vielfalt problematisiert wurde und wie unsichtbar queere Menschen waren. Andererseits wurde ich insbesondere durch die sensible und affirmative Darstellung von Asexualität oder Transgeschlechtlichkeit in den analysierten Präsentationsfolien in Kapitel 7 überrascht.

Als methodischen Überbau habe ich die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) benutzt, um vielfältige Daten mit dem Vereinen von drei Analyseverfahren auszuwerten: klinische Studien und akademische Artikel als Diskursfragmente, medizinische Lehrbücher, E-Learning-Module und Präsentationsfolien als Dokumente sowie Transkripte von Gruppendiskussionen. Diese Datenvielfalt bedeutet, dass ich den Gegenstand meiner Arbeit – Heteronormativität in der Medizin – aus verschiedenen Perspektiven beleuchten (Flick 2011) und die verschiedenen Dimensionen, Ebenen, Texturen und Herrschaftstechniken besser herausarbeiten konnte. Allerdings war in einem einzigen Dissertationsprojekt kaum eine umfassende Analyse von Heteronormativität in der Medizin durchzuführen, weswegen ich jeweils exemplarisch gearbeitet habe. Eine Durchführung und Analyse von Gruppendiskussionen mit Teilnehmer*innen diverserer Identitäten, ethnographische Analysen medizinischer Lehre, Diskursstrang- und Dokumentenanalysen weiterer medizinischer Forschungsfelder hätten möglicherweise andere Ergebnisse zur Folge gehabt. Auch habe ich in meiner Analyse den Fokus auf Ärzt*innen, ihr Handeln, Denken und ihre Ausbildung gelegt. Eine Analyse anderer Akteur*innen im Gesundheitssystem (z. B. Pflege, Verwaltung, Krankenkassen etc.) wäre notwendig, um meine Ergebnisse zu erweitern und zu verallgemeinern. Ebenso wäre eine Analyse der spezifischen Herrschaftstechniken, die auf endogeschlechtliche, cisgeschlechtliche, heterosexuelle, allosexuelle, ↗alloromantische und monoamoröse Personen wirken und diese heteronormativ disziplinieren, eine spannende Erweiterung meiner Ergebnisse. Das schränkt die Bedeutung meiner Ergebnisse allerdings nicht ein – es hinterfragt lediglich, in welchem Umfang sie Heteronormativität in der Medizin darstellen können.

9.5 Wie kann eine queer-affirmative Gesundheitsversorgung aussehen?

Ich habe meine Einleitung mit dem folgenden Zitat der queeren Gesundheitsaktivistin Zena Sharman eröffnet:

> »What if we [queer people, AS] could always trust in getting health care that felt good, accessible, and even pleasurable, wherever and whenever we needed it? What if it felt safe enough to bring our whole selves into the process? What if health care felt healing and helped us flourish? What if it all health care providers and healers genuinely honored and valued queer and trans people, worked collab-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

> oratively with us, and trusted in our expert knowledge of our own bodies?« (Sharman 2021a, S. 12).

Der Fokus meiner Analyse lag nicht auf der Frage, wie ein queersensibles, vielfaltsaffirmatives, marginalisierungsfreies, ja vielleicht sogar postheteronormatives Gesundheitssystem aussehen kann – ich habe stattdessen herausgearbeitet, was einem solchen Gesundheitssystem aktuell im Weg steht und wie tief Heteronormativität in die Medizin und in die Ärzt*innen-Profession eingeschrieben ist. Doch was muss geschehen, damit queere Menschen gesundheitliche Versorgung erleben, in der ihre Identität nicht infrage gestellt wird, in der sie ernstgenommen und affirmiert werden, ihr Wissen über ihre Körper, Geschlechter und Identitäten anerkannt wird und in der Ärzt*innen über Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt verfügen (vgl. Kapitel 8)?

Der Arzt und Geschlechterforscher Erik Ekhert (2016) entwirft eine entsprechende Vision in seinem Artikel ›A Case for the Demedicalization of Queer Bodies‹:

> »It entails much more than inverting antiquated sentence structures to suit the new politically correct order of the day. It requires researchers to deconstruct their motives for putting heterosexuality on the mantle. It recognizes that being ›born different‹ is distinct from being born an ›other‹ and thus puts the onus of explaining the reasons for the perpetuation of healthcare disparities separating straight and queer communities on our healthcare system rather than on queer patients. And it changes the conversation about queer people from one that debates their immorality vs. pitiable natural victimhood to one about an underserved population whose disparities are structurally produced by our society's transphobic and heteronormative social, legal and medical institutions. In short, it turns the microscope inwards. Rather than asking ›What makes them different?‹ it requires the members of the medical community to ask ›What should we be doing differently to better care for them?‹« (Ekhert 2016, S. 243).

Für eine verbesserte Gesundheitsversorgung queerer Menschen ist also ein Gesundheitssystem notwendig, dass die Vielfalt und Komplexität von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt anerkennt und ernstnimmt, das Normabweichungen nicht medikalisiert oder versucht zu disziplinieren und das seine Verantwortung in der vergangenen und aktuellen Marginalisierung queerer Menschen anerkennt, aufarbeitet und abbaut.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Literaturverzeichnis

Abel, Thomas; Sommerhalder, Kathrin; Bruhin, Eva (2018): Health Literacy/ Gesundheitskompetenz. Hg. v. BzgA. Online verfügbar unter https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.a): AMBOSS. Online verfügbar unter https://www.amboss.com/de/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.b): Androgenresistenz. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/9k0NJT?q=androgenresistenz#Zb3c4fcebfe5dfd1ee451043cc940fc32, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.c): Bias, Stereotype und Diskriminierung in der Medizin. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/jE0_v3?q=bias%2C+stereotype+und+diskriminierung+in+der+medizin#Zefcdff057a499d78914350d631b15287, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.d): Candidose. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/rf0fn2?q=candidose#Za5534528dd3035bd5046b3a4f320d18c, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.e): Diagnostik in der Gynäkologie. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/SN0y0g?q=diagnostik%20in%20der%20gyn%C3%A4kologie#Z917f6ee1deefa468ce6aac7137dbfee4, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.f): Entzündungen des weiblichen Gentialtrakts. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/xk0EJT?q=entz%C3%BCndungen+des+weiblichen+genitaltrakts#Z2583a9269977244c7891040ee50ccd02, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.g): Geschlechtsentwicklung. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Q00ubS?q=Geschlechtsentwicklung#Z1287c13471a561b4daaecf5369671244, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.h): Geschlechtsinkongruenz. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/DM01Ig?q=geschlechtsinkongruenz#Z85e5bab490b1d02da795f7d4df609ae4, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

AMBOSS (o. J.i): HIV-Infektion. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/mf0V52?q=hiv#Ze7d02f019433d2bd6e8c9164f9e84604, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.j): Nicht-hormonelle Kontrazeption. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Ck0qJT?q=nicht-hormonelle+kontrazeption#Za2280111beb4f1490def53900a63afc1, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.k): Qualitätssicherung und Unabhängigkeit. Online verfügbar unter https://www.amboss.com/de/qualitaetssicherung, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.l): Sexualhormone. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/z00reS?q=sexualhormone#Zeb267233b083408d35f9ec27c5475b29, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.m): Sexualität und Sexualmedizin. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/d600PS?q=sexualit%C3%A4t+und+sexualmedizin#Z02311a051d3b1ff29846e6c7703d5f82, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.n): Sterilität, Infertilität und Impotenz. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/RMolog?q=sterilit%C3%A4t%2C+infertilit%C3%A4t+und+impotenz#Z8b10613f33d6c6d4a8addb8d9b4fc9a4, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.o): Suizidalität. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/8P0OgT?q=suizidalit%C3%A4t#Z4a4507a1af44d40146be648b75c3bbb6, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Annandale, Ellen; Hammarström, Anne (2010): Constructing the ›gender-specific body‹: A critical discourse analysis of publications in the field of gender-specific medicine. In: Health 15 (6), S. 571–587. DOI: https://doi.org/10.1177/1363459310364157.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017): Diskriminierung in Deutschland. Dritter gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/Dritter_Bericht_an_den_BT.html, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Antwerpes, Frank (o. J.): 3D-Ultraschall. DocCheck Community GmbH. Online verfügbar unter https://flexikon.doccheck.com/de/3D-Ultraschall, zuletzt aktualisiert am 08.04.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Anz, Thomas (1989): Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur. Stuttgart: Metzler (Metzler-Studienausgabe).

Api, Murat; Boza, Ayşen; Ceyhan, Mehmet (2017): Could the female-to-male transgender population be donor candidates for uterus transplantation? In: Turkish journal of obstetrics and gynecology 14 (4), S. 233–237. DOI: https://doi.org/10.4274/tjod.55453.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Archibald, Mandy M.; Ambagtsheer, Rachel C.; Casey, Mavourneen G.; Lawless, Michael (2019): Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. In: International Journal of Qualitative Methods 18. DOI: https://doi.org/10.1177/1609406919874596.

Arian, Sara E.; Flyckt, Rebecca L.; Farrell, Ruth M.; Falcone, Tommaso; Tzakis, Andreas G. (2017): Characterizing women with interest in uterine transplant clinical trials in the United States. Who seeks information on this experimental treatment? In: American journal of obstetrics and gynecology 216 (2), S. 190–191. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.1028.

Augst, Ann Kristin; Spahn, Annika (2023): »Doctors don't listen to us or the things we need.« Experiences of heteronormative healthcare and its aftermath for LGBATIQ patients in Germany. In: Florian Steger, Mojca Ramšak, Pawel Łuków und Amir Muzur (Hg.): Equal Access to Healthcare in Socially Diverse Societies. Baden-Baden: Nomos, S. 109–132.

AWMF (o. J.): Leitlinien. Hg. v. AWMF. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/leitlinien.html, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Babik, Jennifer M.; Luther, Vera P. (2020): Creating and Presenting an Effective Lecture. In: The Journal of continuing education in the health professions 40 (1), S. 36–41. DOI: https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000281.

Babitsch, Birgit (2004): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.

Baird, Vanessa (Hg.) (2007): The no-nonsense guide to sexual diversity. Oxford: New Internationalist.

Banwari, G.; Mistry, K.; Soni, A.; Parikh, N.; Gandhi, H. (2015): Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. In: Journal of postgraduate medicine 61 (2), S. 95–100. DOI: https://doi.org/10.4103/0022-3859.153103.

Bargetz, Brigitte; Ludwig, Gundula (2017): Affektive (Ver-)Führungen. Machttheoretische Überlegungen zu Heteronormativität. In: Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft. 26 (01), S. 118–130.

Barkan, Steven E. (2021): Health, illness, and society. An introduction to medical sociology. Second edition. Lanham: Rowman & Littlefield.

Barker, Meg (2014): Polyamory. In: Thomas Teo (Hg.): Encyclopedia of critical psychology. New York: Springer Reference, S. 1426–1428.

Bauer, Gero (2018): Die (De-)Naturalisierung von Homophobie. In: Gero Bauer, Regina Ammicht Quinn und Ingrid Hotz-Davies (Hg.): Die Naturalisierung des Geschlechts. Zur Beharrlichkeit der Zweigeschlechtlichkeit. Bielefeld: transcript, S. 35–152.

Bauer, Greta R.; Hammond, Rebecca; Travers, Robb; Kaay, Matthias; Hohenadel, Karin M.; Boyce, Michelle (2009): »I don't think this is theoretical; this is our

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lives«: how erasure impacts health care for transgender people. In: The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC 20 (5), S. 348–361. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004.

Bauer, Greta R.; Scheim, Ayden I.; Deutsch, Madeline B.; Massarella, Carys (2014): Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. In: Annals of emergency medicine 63 (6), 713–20.e1. DOI: https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027.

Baumgart, Annika; Kroschel, Katharina (2022): [Un]sichtbar gemacht. Perspektiven auf Aromantik und Asexualität. Münster: edition assemblage.

Beck, Stefan; Niewöhner, Jörg; Sørensen, Estrid (Hg.) (2012): Science and technology studies. Eine sozialanthropologische Einführung. Bielefeld: transcript.

Becker, Howard S.; Geer, Blanche; Hughes, Everett C.; Strauss, Anselm L. (2007 [1961]): Boys in white. Student culture in medical school. 10. Auflage. New Brunswick: Transaction Publishing.

Becker-Schmidt, Regina; Knapp, Gudrun-Axeli (2018): Feministische Theorien zur Einführung. 6., unveränderte Auflage. Hamburg: Junius.

Beckmann, M. W.; Lotz, L.; Renner, S. P.; Hildebrandt, T.; Horch, R. E.; Weigand, A. et al. (2017): Uterustransplantation – Perspektiven und Risiken. In: Gynäkologe 50 (6), S. 389–396. DOI: https://doi.org/10.1007/s00129-017-4080-9.

Beier, Klaus M. (2009): 26. Sexualmedizin und Andrologie. In: Eberhard Nieschlag, Hermann M. Behre und Susan Nieschlag (Hg.): Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 553–573.

Beier, Klaus M.; Bosinski, Hartmut A. G.; Loewit, Kurt; Böttcher, Bettina (Hg.) (2021a): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier.

Beier, Klaus M.; Hartmann, Uwe; Loewit, Kurt; Bosinski, Hartmut A. G. (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. München, Jena: Urban & Fischer.

Beier, Klaus M.; Loewit, Kurt (2021): 9. Beratung und Behandlung bei sexuellen Funktionsstörungen. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 341–370.

Beier, Klaus M.; Loewit, Kurt; Bosinski, Hartmut A. G. (2021b): 1. Fachbeschreibung. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 1–44.

Beier, Klaus M.; Loewit, Kurt; Bosinski, Hartmut A. G. (2021c): 2. Anthropologische Grundlagen. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 45–126.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Beier, Klaus M.; Loewit, Kurt; Friedrich, Cornelia (2021d): 7. Sexuelle Funktionen der Frau und ihre Störungen. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 226–272.

Berberich, Hermann J. (2012): 2. Andrologie in der Praxis. In: Wolfgang Harth, Elmar Brähler und Hans-Christian Schuppe (Hg.): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 353–364.

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (2007 [1980]): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. 21. Auflage. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.

Bernard, Andreas (2014): Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Samenspender, Leihmütter, künstliche Befruchtung. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.

BfArM (o. J.): ICD-10-WHO Version 2019. Online verfügbar unter https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/index.htm zuletzt aktualisiert am 28.02.2022, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Biba, Erin (2018): Something Borrowed. The first baby was born in secret. In: Popular Science, S. 36–43.

Bittner, Melanie (2011): Geschlechterkonstruktionen und die Darstellung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans* und Inter* (LSBTI) in Schulbüchern. Frankfurt: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Lesben und Schwule in der GEW). Online verfügbar unter https://www.gew.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=25113&token=da9eb1b770b9761031934497b6a9d0c5af5665c7&sdownload=&n=Schulbuchanalyse_web.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Bjorkman, Mari; Malterud, Kirsti (2009): Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. In: Scandinavian journal of primary health care 27 (4), S. 238–243. DOI: https://doi.org/10.3109/02813430903226548.

Bläsi, Christoph (2021): Bhaskar's Theory of Publishing and Its Contribution to Theorizing (Evolving New Forms of) Educational Media. In: Péter Bagoly-Simó und Zuzana Sikorová (Hg.): Textbooks and Educational Media: Perspectives from Subject Education. Proceedings of the 13th IARTEM Conference 2015, Berlin. Cham: Springer International Publishing; Imprint Springer, S. 59–66.

Bleisch, Barbara; Büchler, Andrea (2020): Kinder wollen. Über Autonomie und Verantwortung. München: Carl Hanser Verlag.

Bock, Klaus Dietrich (1993): Wissenschaftliche und alternative Medizin. Paradigmen – Praxis – Perspektiven. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bohnsack, Ralf (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 9. Auflage. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bohnsack, Ralf; Przyborski, Aglaja; Schäffer, Burkhard (2006b): Einleitung. In: Ralf Bohnsack, Aglaja Przyborski und Burkhard Schäffer (Hg.): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Opladen: Barbara Budrich, S. 7–22.

Bohnsack, Ralf; Przyborski, Aglaja; Schäffer, Burkhard (Hg.) (2006a): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Opladen: Barbara Budrich.

Bolte, Gabriele (2016): Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen. In: Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, S. 103–124.

Born, Jacqueline (2014): Free Gender. In: Udo Rauchfleisch (Hg.): Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie. 4. völlig überarbeitete Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 179–194.

Bosch, Aida (2019): Freude, Glück, Wohlbefinden. In: Hermann Kappelhoff, Jan-Hendrik Bakels, Hauke Lehmann und Christina Schmitt (Hg.): Emotionen. Ein interdisziplinäres Handbuch. Berlin: J.B. Metzler Verlag, S. 144–149.

Bosinski, Hartmut A. G.; Beier, Klaus M.; Korte, Alexander; Siegel, Stefan (2021a): 10. Sexualmedizinische Aspekte bei Störungen der somatosexuellen Differenzierung. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 371–394.

Bosinski, Hartmut A. G.; Beier, Klaus M.; Korte, Alexander; Siegel, Stefan (2021b): 11. Geschlechtsdysphorie bei Erwachsenen. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 395–428.

Boston Women's Health Book Collective (2011): Our bodies, ourselves. Completely revised and updated. New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi: Simon & Schuster.

Boudreau, Danielle; Mukerjee, Ronica; Wesp, Linda; Letcher; Lazarus, Nance (2022): Trauma-Informed Care. In: Ronica Mukerjee, Linda Wesp und Randi Singer (Hg.): Clinician's Guide to LGBTQIA+ Care. Cultural Safety and Social Justice in Primary, Sexual, and Reproductive Healthcare. New York: Springer Publishing Company, S. 69–81.

Bourdieu, Pierre (2020 [1998]): Die männliche Herrschaft. 5. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Boyer Christiansen, René (2021): Learning Resources and Massive Open Online Courses–What's Going On? In: Péter Bagoly-Simó und Zuzana Sikorová (Hg.): Textbooks and Educational Media: Perspectives from Subject Education. Proceedings of the 13th IARTEM Conference 2015, Berlin. Cham: Springer International Publishing; Imprint Springer, S. 418–423.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Brake, Elizabeth (2012): Minimizing Marriage. Marriage, Morality, and the Law. Oxford: Oxford University Press USA.

Brandt, Gerrit; Prüll, Livia; Paslakis, Georgios (2022): Gesundheitliche Themen von LSBTIQ+Personen in der ärztlichen Ausbildung in Deutschland. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. DOI: https://doi.org/10.1055/a-1758-0366.

Brännström, Mats (2013): Uterus transplantation. In: Fertility and sterility 99 (2), S. 348–349. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.10.020.

Brännström, Mats; Bokström, Hans; Dahm-Kähler, Pernilla; Diaz-Garcia, Cesar; Ekberg, Jana; Enskog, Anders et al. (2016): One uterus bridging three generations. First live birth after mother-to-daughter uterus transplantation. In: Fertility and sterility 106 (2), S. 261–266. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.04.001.

Brännström, Mats; Johannesson, Liza; Bokström, Hans; Kvarnström, Niclas; Mölne, Johan; Dahm-Kähler, Pernilla et al. (2015): Livebirth after uterus transplantation. In: The Lancet 385 (9968), S. 607–616. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61728-1.

Briken, Peer; Dekker, Arne; Reininger, Klaus Michael (2019): Gutachten im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH) zur Fragestellung von so genannten Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung. In: Magnus-Hirschfeld-Stiftung (Hg.): Abschlussbericht. Wissenschaftliche Bestandsaufnahme der tatsächlichen und rechtlichen Aspekte von Handlungsoptionen unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen zum geplanten ›Verbot sogenannter ›Konversionstherapien‹ in Deutschland zum Schutz homosexueller Männer, Frauen und Jugendlicher und junger Erwachsener vor Pathologisierung und Diskriminierung, S. 7–39.

Brosnan, Caragh (2009): Pierre Bourdieu and the Theory of Medical Education. Thinking ›Relationally‹ about Medical Students and Medical Curricula. In: Caragh Brosnan und Bryan S. Turner (Hg.): Handbook of the sociology of medical education. London: Routledge, S. 51–68.

Brünig, Lisa; Knudsen, Lars (2021): Ein E-Learning Modul zum Thema »geschlechtliche Diversität« – Prof. Dr. Lars Knudsen im Interview mit Lisa Brünig. In: Medizin und Geschlecht. Newsletter des Kompetenzzentrums für Geschlechtersensible Medizin. (02), S. 10–12.

Brunner, Claudia (2020): Epistemische Gewalt. Wissen und Herrschaft in der kolonialen Moderne. Bielefeld: transcript.

Brunnett, Regina (2020): Belange von inter* Menschen – Bedarfe in der medizinischen Regelversorgung. In: Marcel Hackbart (Hg.): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Göttingen: Edition Waldschlösschen, S. 135–144.

Bublitz, Hannelore (2003): Diskurs. Bielefeld: transcript.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bublitz, Hannelore (2013): Judith Butler zur Einführung. 4., ergänzte Auflage. Hamburg: Junius.

Bublitz, Hannelore (2019): Diskurstheorie: zur kulturellen Konstruktion der Kategorie Geschlecht. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hg.): Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 369–377.

Büchler, Andrea; Schlumpf, Eva (2017): Transplantiertes Mutterglück. Rechtliche und ethische Herausforderungen der Uterustransplantation. In: Jusletter. Online verfügbar unter https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2017/890/transplantiertes-mut_af9b89a6d9.html, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o. J.): HA00 Dysfunktion verminderten sexuellen Verlangens. Online verfügbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=66977F7A1DE7E346ED3B69A03B44B6F0.intranet672, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Bundesverband Trans (BVT) (o. J.): Schon gewusst? Informationen zur neuen Leitlinie. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Registernr. 138/001.

Burrow, Sylvia; Goldberg, Lisa; Searle, Jennifer; Aston, Megan (2018): Vulnerability, Harm, and Compromised Ethics Revealed by the Experiences of Queer Birthing Women in Rural Healthcare. In: Journal of bioethical inquiry 15 (4), S. 511–524. DOI: https://doi.org/10.1007/s11673-018-9882-5.

Buser, Kurt; Schneller, Thomas; Wildgrube, Klaus (2011): Medizinische Psychologie, medizinische Soziologie. Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog. 6., überarbeitete Auflage. München: Elsevier Urban & Fischer.

Buspavanich, Pichit; Lech, Sonia; Lermer, Eva; Fischer, Mirjam; Berger, Maximilian; Vilsmaier, Theresa et al. (2021): Well-being during COVID-19 pandemic: A comparison of individuals with minoritized sexual and gender identities and cisheterosexual individuals. In: PLoS ONE 16 (6), e0252356. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252356.

Butler, Judith (1995): Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Butler, Judith (1996): Imitiation und Aufsässigkeit der Geschlechtsidentität. In: Sabine_ Hark (Hg.): Grenzen lesbischer Identitäten. Aufsätze. Berlin: Querverl., S. 15–37.

Butler, Judith (2001): Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Butler, Judith (2005): Gefährdetes Leben. Politische Essays. Unter Mitarbeit von Karin Wördemann. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Butler, Judith (2009): Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Butler, Judith (2016 [1991]): Das Unbehagen der Geschlechter. 18. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Cahapay, Michael B. (2021): A Systematic Review of Concepts in Understanding Null Curriculum. In: International Journal of Curriculum and Instruction 13 (3), S. 1987–1999.

Campbell Orphanidys, Jaymie; Singer, Randi; Mukerjee, Ronica (2022): Racial and LGBTQIA+ Microaggressions. In: Ronica Mukerjee, Linda Wesp und Randi Singer (Hg.): Clinician's Guide to LGBTQIA+ Care. Cultural Safety and Social Justice in Primary, Sexual, and Reproductive Healthcare. New York: Springer Publishing Company, S. 53–67.

Campo-Engelstein, Lisa; Johnson, Nadia L. (2014): Revisiting ›The fertilization fairytale‹: An Analysis of Gendered Language Used to Describe Fertilization In Science Textbooks From Middle School to Medical School. In: Cultural Studies of Science Education 9 (1), S. 201–220. DOI: https://doi.org/10.1007/s11422-013-9494-7.

Carrotte, Elise R.; Vella, Alyce M.; Bowring, Anna L.; Douglass, Caitlin; Hellard, Margaret E.; Lim, Megan S. C. (2016): ›I am yet to encounter any survey that actually reflects my life‹: A qualitative study of inclusivity in sexual health research. In: BMC medical research methodology 16, S. 1–10. DOI: https://doi.org/10.1186/s12874-016-0193-4.

Cauwer, Stijn De (2017): Biopolitics. In: Joost de Bloois, Stijn De Cauwer und Anneleen Masschelein (Hg.): 50 key terms in contemporary cultural theory. Kalmthout: Pelckmans Pro, S. 57–62.

Cerankowski, Karli June; Milks, Megan (Hg.) (2014): Asexualities. Feminist and queer perspectives. New York, Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group.

Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo O. (2015): Transgender. In: Forum Sexualität und Familienplanung (1), S. 17–21.

Chang, Ching-Sheng; Chen, Su-Yueh; Lan, Yi-Ting (2013): Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. In: BMC Health Serv Res 13 (1), S. 22. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-22.

Chao, Faye; Aoun, Elie G. (2019): Substance Use and Abuse Among LGBT Populations. In: Jason S. Schneider, Vincent M. B. Silenzio, Laura Erickson-Schroth und Hector Vargas (Hg.): The GLMA handbook on LGBT health. 2 Bände. Santa Barbara, California: Praeger (2), S. 57–82.

Chen, Angela (2020): Ace. What asexuality reveals about desire, society, and the meaning of sex. Boston: Beacon Press.

Chu, Erika (2014): Radical Identity Politics. Asexuality and Contemporary Articulations of Identity. In: Karli June Cerankowski und Megan Milks (Hg.): Asexuali-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ties. Feminist and queer perspectives. New York, Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group, S. 79–99.

Coburn, David; Willis, Evan (2003): The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. In: Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick und Susan Scrimshaw (Hg.): Handbook of social studies in health and medicine. London, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, S. 377–393.

Conrad, Peter (2007): Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Conrad, Peter (2013): Vortrag: Medicalization and its Discontents. University of New Mexico, März 2013. Online verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?v=9l8LJjy5B2g, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Conrad, Peter; Angell, Alison (2004): Homosexuality and remedicalization. In: Soc 41 (5), S. 32–39. DOI: https://doi.org/10.1007/BF02688215.

Conrad, S.; Stein, R.; Thüroff, J. W. (2014): 14. Fehlbildungen des Urogenitaltraktes und Kinderurologie. In: Richard Hautmann und Jürgen E. Gschwend (Hg.): Urologie. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 361–435.

Costello, Cary Gabriel (2014): Not a ›medical miracle‹. Intersex Reproduction and the Medical Enforcement of Binary Sex and Gender. In: Margaret F. Gibson (Hg.): Queering Motherhood. Narrative and Theoretical Perspectives. Toronto: Demeter Press, S. 63–79.

Cottingham, Marci D.; Fisher, Jill A. (2015): Consenting to Heteronormativity: Sexual Assumptions in Biomedical Research. In: AG AboutGender. Internaional journal of gender studies. 4 (7), S. 1–18.

Crawford, Robert (1980): Healthism and the medicalization of everyday life. In: International Journal of Health Services 10 (3), S. 365–388.

Criado-Perez, Caroline (2020): Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert. München: btb.

Curran, Chloe (2015): What is Lesbophobia? Online verfügbar unter https://web.archive.org/web/20151125161429/https://www.afterellen.com/people/463585-lesbophobia, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Daar, Judith; Klipstein, Sigal (2016): Refocusing the ethical choices in womb transplantation. In: Journal of law and the biosciences 3 (2), S. 383–388.

Dahl, Bente; Fylkesnes, Anne Margrethe; Sørlie, Venke; Malterud, Kirsti (2013): Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: a meta-ethnography. In: Midwifery 29 (6), S. 674–681. DOI: https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.008.

Dannecker, Martin (2007): 6. Probleme der männlichen homosexuellen Entwicklung. In: Volkmar Sigusch und Nikolaus Becker (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 55–65.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Darici, Dogus; Schneider, Agnes Yüeh-Dan; Missler, Markus; Pfleiderer, Bettina (2022): Are stereotypes in decline? The portrayal of female anatomy in e-learning. In: Anatomical sciences education. DOI: https://doi.org/10.1002/ase.2211.

Dean, Megan A.; Victor, Elizabeth; Guidry-Grimes, Laura (2016): Inhospitable Healthcare Spaces: Why Diversity Training on LGBTQIA Issues Is Not Enough. In: Journal of bioethical inquiry 13 (4), S. 557–570. DOI: https://doi.org/10.1007/s11673-016-9738-9.

Decker, Julia Sondra (2014): The invisible orientation. An introduction to asexuality. New York: Skyhorse Publishing.

Degele, Nina (2005): Heteronormativität entselbstverständlichen. Zum verunsichernden Potential von Queer Studies. In: Freiburger Frauenstudien (17), S. 15–39.

Degele, Nina (2008): Gender/Queer Studies. Eine Einführung. Paderborn: Fink.

Degele, Nina; Bethmann, Stephanie; Heckemeyer, Karolin (2012): Warum wir Geschlecht berücksichtigen, um Gesellschaft zu verstehen. Ein Plädoyer für eine heteronormativitätskritische Analyseperspektive. Feministisches Institut Hamburg. Online verfügbar unter https://web.archive.org/web/20170923142303/www.feministisches-institut.de/heteronormativitaetskritische-analyseperspektive/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

DeLuzio Chasin, C. J. (2011): Theoretical issues in the study of asexuality. In: Arch Sex Behav 40 (4), S. 713–723. DOI: https://doi.org/10.1007/s10508-011-9757-x.

DeLuzio Chasin, C. J. (2015): Making Sense in and of the Asexual Community: Navigating Relationships and Identities in a Context of Resistance. In: J. Community Appl. Soc. Psychol. 25 (2), S. 167–180. DOI: https://doi.org/10.1002/casp.2203.

Dennert, Gabriele (2005): Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Herbolzheim: Centaurus.

Dennert, Gabriele (2009): Lesbengesundheit. Vom langen Weg lesbischer Frauen zu einer guten Gesundheitsversorgung. In: Lachesis. Fachzeitschrift des Berufsverbandes Heilprakterinnen Lachesis c.V. (38), S. 56–61.

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

Dennert, Gabriele (2016): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. In: Petra Kolip und Klaus Hurrelmann (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe, S. 398–408.

Dennert, Gabriele; Wolf, Gisela (2009): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft. (1), S. 47–58.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Deutsche Aidshilfe (2019): HIV/Aids. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/hiv-aids, zuletzt aktualisiert am 26.06.2020, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Deutsche Aidshilfe (o. J.): Diskriminierung von schwulen und bisexuellen Männern bei der Blutspende. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/diskriminierung-schwulen-bisexuellen-maennern-blutspende, zuletzt aktualisiert am 16.11.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Diaz-Bone, Rainer (2017): Diskursanalyse. In: Lothar Mikos und Claudia Wegener (Hg.): Qualitative Medienforschung. Ein Handbuch. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK Lucius, S. 131–145.

Dionisius, Sarah (2021): Queere Praktiken der Reproduktion. Bielefeld: transcript.

Drescher, Jack (2015): Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. In: International review of psychiatry (Abingdon, England) 27 (5), S. 386–395. DOI: https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1053847.

Drescher, Jack (o. J.): Sexual Conversion Therapies. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/228772317_Sexual_Conversion_Therapies, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Düring, Sonja (2007): Probleme der weiblichen sexuellen Entwicklung. In: Volkmar Sigusch und Nikolaus Becker (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 29–35.

Dusenbery, Maya (2018): Doing Harm. The Truth about How Bad Medicine and Lazy Science Leave Women Dismissed, Misdiagnosed, and Sick. New York: HarperCollins Publishers.

Eady, A.; Dobinson, C.; Ross, L. E. (2011): Bisexual people's experiences with mental health services: a qualitative investigation. In: Community mental health journal 47 (4), S. 378–389. DOI: https://doi.org/10.1007/s10597-010-9329-x.

Easton, Dossie; Hardy, Janet W. (2017): Schlampen mit Moral. Eine praktische Anleitung für Polyamorie, offene Beziehungen und andere Abenteuer. Unter Mitarbeit von Martin Bauer. 2. Auflage. München: mvg Verlag.

Eckert, Christina Annalena (2010): Intervening in Intersexualization: The Clinic and the Colony. Dissertation. Universität Utrecht. Online verfügbar unter https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/43865, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Eckert, Lena (2013): Inter*sexualisierung – Klitorektomie und das Konzept der angeborenen Bisexualität. In: Gender: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft (1), S. 24–38.

Ehrenreich, Barbara; Ehrenreich, John (1971): The American Health Empire. Power, Profits, and Politics. New York: Vintage Books.

Eisner, Shiri (2013): Bi. Notes for a bisexual revolution. Berkeley: Seal Press.

Ekhert, Erik (2016): A Case for the Demedicalization of Queer Bodies. In: Yale Journal of Biology and Medicine 89, S. 239–246.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Emma (2017): You should've asked. Online verfügbar unter https://english.emmaclit.com/2017/05/20/you-shouldve-asked/, zuletzt aktualisiert am 06.01.2019, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Engel, Antke (2002): Wider die Eindeutigkeit. Sexualität und Geschlecht im Fokus queerer Politik der Repräsentation. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

Engelmann, Hannah (2019): Antiqueere Ideologie. Die Suche nach identitärer Sicherheit – und was politische Bildung dagegen ausrichten kann. Münster: Unrast Verlag.

Epstein, Rachel (2018): Space invaders: Queer and trans bodies in fertility clinics. In: Sexualities 21 (7), S. 1039–1058. DOI: https://doi.org/10.1177/1363460717720365.

Equality Network (2021): Lesbian, and Bi+ Women's Experiences of Reproductive Health and Fertility Services in Scotland. Unter Mitarbeit von Rebecca Crowther, Hannah Pearson, Vic Valentine und Ella Fisher. Online verfügbar unter https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2021/08/Repro-report-LB-final-web.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Eriksson, Sven E.S.; Safer, Joshua D. (2016): Evidence-based curricular content improves student knowledge and changes attitudes towards transgender medicine. In: Endocrine Practice (22(7)), S. 837–841.

Ernst, Waltraud; Horwath, Ilona (2014): Introduction. In: Waltraud Ernst und Ilona Horwath (Hg.): Gender in science and technology. Interdisciplinary approaches. Bielefeld, New York: transcript, S. 7–15.

Ernstmann, Nicole; Sautermeister, Jochen; Halbach, Sarah (2019): Gesundheitskompetenz. In: Robin Haring (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 269–277.

Europäische Union (2017a): Health 4 LGBTI. Task 1: State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/document/download/008c9f50-1966-4c9e-94d3-1a8a2619a5e3_en, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Europäische Union (2017b): Health 4 LGBTI. Task 2: Qualitative Research – Focus group studies with LGBTI people and health professionals. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/document/download/b7f92cec-a715-4a1c-ae0d-c322a600037b_en, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Ewert, Felicia (2018): Trans. Frau. Sein. Aspekte geschlechtlicher Marginalisierung. Münster: edition assemblage.

Fairclough, Norman; Wodak, Ruth (2009): Critical Discourse Analysis. In: Teun A. van Dijk (Hg.): Discourse as social interaction. Reprint. London: SAGE, S. 258–284.

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich; Döpfner, Manfred; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Rief, Winfried et al. (Hg.) (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. American Psychiatric Associati-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

on; Hogrefe-Verlag. 2. korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.

Faller, H.; Reusch, A.; Vogel, H. (2016a): 10. Förderung und Erhaltung von Gesundheit: Prävention. In: Hermann Faller und Hermann Lang (Hg.): Medizinische Psychologie und Soziologie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 329–358.

Faller, H.; Richard, M.; Brunnhuber S.; Neuderth, S.; Wischmann, T.; Lang, H.; Verres, R. (2016b): 8. Interventionsformen und besondere medizinische Situationen. In: Hermann Faller und Hermann Lang (Hg.): Medizinische Psychologie und Soziologie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 251–306.

Faller, H.; Schowalter, M. (2016): 4. Theoretische Grundlagen. In: Hermann Faller und Hermann Lang (Hg.): Medizinische Psychologie und Soziologie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 99–199.

Fausto-Sterling, Anne (2003): Sexing the body. Gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books.

Fey, Carl-Christian (2014): Zur Aktualisierung einer ideologiekritischen Forschungsperspektive auf Lehrmittel. In: Petr Knecht, Eva Matthes, Sylvia Schütze und Bente Aamotsbakken (Hg.): Methodologie und Methoden der Schulbuch- und Lehrmittelforschung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 85–98.

Fish, Julie (2006): Heterosexism in health and social care. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.

Fleck, Ludwik (1980 [1935]): Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Fleck, Ludwik (1983): Zur Krise der ›Wirklichkeit‹. In: Lothar Schäfer und Thomas Schnelle (Hg.): Ludwik Fleck. Erfahrung und Tatsache. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 46–58.

Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flinders, David J.; Noddings, Nell; Thornton, Stephen J. (1986): The Null Curriculum: Its Theoretical Basis and Practical Implications. In: Curriculum Inquiry 16 (1), S. 33–42.

Flörcken, Talke (2017): Asexualität – Definitionen und spezifische Bezüge zu Männern/Männlichkeiten. In: Stiftung Männergesundheit (Hg.): Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 229–238.

Flore, Jacinthe (2014): Mismeasures of asexual desires. In: Karli June Cerankowski und Megan Milks (Hg.): Asexualities. Feminist and queer perspectives. New York, Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group, S. 17–34.

Flyckt, Rebecca; Davis, Anne; Farrell, Ruth; Zimberg, Steven; Tzakis, Andreas; Falcone, Tommaso (2018): Uterine Transplantation. Surgical Innovation in the

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access - (cc) BY-NC

Treatment of Uterine Factor Infertility. In: Journal of obstetrics and gynaecology Canada 40 (1), S. 86–93. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.018.

Foster, Aasha B.; Scherrer, Kristin S. (2014): Asexual-identified clients in clinical settings. Implications for culturally competent practice. In: Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity 1 (4), S. 422–430. DOI: https://doi.org/10.1037/sgd0000058.

Foucault, Michel (1978a): Das Abendland und die Wahrheit des Sexes. In: Michel Foucault (Hg.): Dispositive der Macht. Berlin: Merve Verlag, S. 96–103.

Foucault, Michel (1978b): Ein Spiel um die Psychoanalyse. Gespräch mit den Angehörigen des Département de Psychoanalyse der Universität Paris VIII in Vicennes. In: Michel Foucault (Hg.): Dispositive der Macht. Berlin: Merve Verlag, S. 118–175.

Foucault, Michel (1978c): Historisches Wissen der Kämpfe und Macht. Vorlesung vom 7. Januar 1976 am Collège de France. In: Michel Foucault (Hg.): Dispositive der Macht. Berlin: Merve Verlag.

Foucault, Michel (1978d): Wahrheit und Macht: Interview mit Michel Foucault von Alessandro Fontana und Pasquale Pasquino. In: Michel Foucault (Hg.): Dispositive der Macht. Berlin: Merve Verlag, S. 21–54.

Foucault, Michel (1981): Archäologie des Wissens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel (1991): Die Ordnung des Diskurses. Unter Mitarbeit von Walter Seitter. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.

Foucault, Michel (1994 [1975]): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel (1996): Diskurs und Wahrheit. Die Problematisierung der Parrhesia. Berlin: Merve Verlag.

Foucault, Michel (2005 [1981]): Sexualität und Einsamkeit (Vortrag). In: Michel Foucault: Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band IV 1980–1988. Hg. v. Daniel Defert und Francois Ewald. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 207–219.

Foucault, Michel (2005): Zur Genealogie der Ethik: Ein Überblick über die laufende Arbeit. In: Daniel Defert (Hg.): Michel Foucault. Schriften. Band 4. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 747–776.

Foucault, Michel (2011 [1963]): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 9. Auflage. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.

Foucault, Michel (2014 [1976]): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. 20. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, Michel (Hg.) (1998 [1980]): Über Hermaphroditismus. Der Fall Barbin. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Franke, Katherine M. (2001): Yes: An Essay on Feminism, Law, and Desire. In: Columbia Law Review 101 (1), S. 181–208.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Frauengesundheitsportal (2022): Prävention von STI. Online verfügbar unter https://www.frauengesundheitsportal.de/themen/sexuelle-gesundheit/praevention-von-sti/, zuletzt aktualisiert am 2022, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Fredriksen-Goldsen, Karen I.; Simoni, Jane M.; Kim, Hyun-Jun; Lehavot, Keren; Walters, Karina L.; Yang, Joyce et al. (2014): The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. In: The American journal of orthopsychiatry 84 (6), S. 653–663. DOI: https://doi.org/10.1037/ort0000030.

Freeman, Lauren (2015): Confronting diminished epistemic privilege and epistemic injustice in pregnancy by challenging a ›panoptics of the womb‹. In: The Journal of medicine and philosophy 40 (1), S. 44–68. DOI: https://doi.org/10.1093/jmp/jhu046.

Freidson, Eliot (1970): Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd, Mead & Company.

Fricker, Miranda (2010): Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing. Reprinted. Oxford: Oxford Univ. Press.

Frohneberg, D.; Westermann, D. (2014): Embryologie – Entwicklung des Urogenitalsystems. In: Richard Hautmann und Jürgen E. Gschwend (Hg.): Urologie. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 2–11.

Fuchs, Eckhardt; Henne, Kathrin (2019): Klassische Printmedien: Das Schulbuch. In: Olaf Köller, Marcus Hasselhorn, Friedrich W. Hesse, Kai Maaz, Josef Schrader, Heike Solga et al. (Hg.): Das Bildungswesen in Deutschland. Bestand und Potenziale. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 839–863.

Fuchs, Eckhardt; Niehaus, Inga; Stoletzki, Almut (2014): Das Schulbuch in der Forschung. Analysen und Empfehlungen für die Bildungspraxis. Göttingen: V&R unipress (Eckert. Expertise/Georg-Eckert-Institut für Internationale Schulbuchforschung, Band 4).

Fütty, Tamás Jules Joshua (2019): Gender und Biopolitik. Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans*Menschen. Bielefeld: transcript.

Galtung, Johan (1975): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Reinbek: Rowohlt.

Garcia Nuñez, D.; Jäger, M. (2011): Die sexuelle Gretchenfrage: homo- und bisexuelle Menschen im ärztlichen Setting. In: Swiss Medical Forum 11 (12), S. 213–217. DOI: https://doi.org/10.5167/UZH-58384.

Garcia Nuñez, David; Schneeberger, Andres Ricardo (2018): Trauma unter dem Regenbogen: Stigmatisierung von Gender- und sexuellen Minderheiten. In: Melanie Büttner, Heike Anderson-Schmidt, Sarah Violetta Biedermann, Karoline Bischof, Peer Briken, Fritjof von Franqué und Michaela Huber (Hg.): Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 167–195.

Gasser, Thomas (2019): Basiswissen Urologie. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Giddens, Anthony; Fleck, Christian; Egger de Campo, Marianne (2009): Soziologie. 3., überarb., aktualisierte Aufl. Graz, Wien: Nausner & Nausner.

Giffort, Danielle M.; Underman, Kelly (2016): The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. In: Sociology Compass 10 (11), S. 999–1013. DOI: https://doi.org/10.1111/soc4.12432.

Gitelman, Lisa (2014): Paper knowledge. Toward a media history of documents. Durham, London: Duke University Press.

Goerke, Kay; Steller, Joachim; Valet, Axel; Axt-Fliedner, Roland (Hg.) (2021): Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe. 11. Auflage. München: Elsevier.

Goerke, Kay; Valet, Axel (2021): 14. Uterus. In: Kay Goerke, Joachim Steller, Axel Valet und Roland Axt-Fliedner (Hg.): Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe. 11. Auflage. München: Elsevier, S. 493–539.

Goins, Elizabeth S.; Pye, Danee (2013): Check the box that best describes you: Reflexively managing theory and praxis in LGBTQ health communication research. In: Health communication 28 (4), S. 397–407. DOI: https://doi.org/10.1080/10410236.2012.690505.

Gössl, Martin J. (2022): Brennender Regenbogen: Heteronormative Machtkonflikte in modernen Gesellschaften. Hg. v. Blog Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Online verfügbar unter https://www.gender-blog.de/beitrag/brennender-regenbogen-heteronormative-machtkonflikte, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Göth, Margret (2021): Studienübersicht: Definition und Auswirkungen von Misgendern. VLSP. Online verfügbar unter https://www.vlsp.de/sites/default/files/pdf/Studien%C3%BCbersicht-Misgendern-G%C3%B6th%202021-03-21.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Government Equalities Office (2018): National LGBT Survey. Research Report. Manchester.

Graf, Niels (2020): Substanzkonsum unter LSBT*: Zwischen erhöhter Prävalenz und Defizitorientierung. In: Stefan Timmermanns und Maika Böhm (Hg.): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 274–290.

Green, Judith (2019): The Use of Focus Groups in Research Into Health. In: Mike Saks und Judith Allsop (Hg.): Researching health. Qualitative, quantitative and mixed methods. 3rd edition, S. 128–147.

Gregor, Joris A. (2015): Constructing Intersex. Bielefeld: transcript.

Gressgård, Randi (2013): Asexuality. From pathology to identity and beyond. In: Psychology and Sexuality 4 (2), S. 179–192. DOI: https://doi.org/10.1080/19419899.2013.774166.

Griesecke, Birgit (2005): Was machen normale Menschen, wenn sie nicht schlafen? Ludwik Fleck, Izydora Dambska und die ethnographische Herausforderung der frühen Wissenschaftssoziologie. In: Rainer Egloff (Hg.): Tatsache – Denkstil –

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Kontroverse. Auseinandersetzungen mit Ludwik Fleck. Zürich: Collegium Helveticum, S. 13–20.

Griffiths, David Andrew (2018): Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. In: Social studies of science 48 (1), S. 125–148. DOI: https://doi.org/10.1177/0306312718757081.

Grisard, Dominique; Maihofer, Andrea (2016): Sexismus – ein umstrittener Begriff. Plädoyer für eine Neuaneignung. In: Christine Scheidegger (Hg.): Sexistische Botschaften in Sprache, Text, Bild, Werbung und Film. Wettingen: eFeF-Verlag, S. 13–37.

Grunt-Mejer, Katarzyna; Łyś, Agnieszka (2019): They must be sick: consensual nonmonogamy through the eyes of psychotherapists. In: Sexual and Relationship Therapy, S. 1–24. DOI: https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1670787.

Guethlein, Nora; Grahlow, Melina; Lewis, Carolin A.; Bork, Stephan; Habel, Ute; Derntl, Birgit (2021): Healthcare for Trans*gender People in Germany: Gaps, Challenges, and Perspectives. In: Frontiers in neuroscience 15, S. 718335. DOI: https://doi.org/10.3389/fnins.2021.718335.

Gupta, Kristina (2015): Compulsory Sexuality. Evaluating an Emerging Concept. In: Signs. Women: Sex and Sexuality. 41 (1), S. 131–154.

Gustke, Rebecca; Wedl, Juliette; Spahn, Annika (2018): Heteronormativität und Cisnormativität in Bildungsmaterialien. In: Annika Spahn und Juliette Wedl (Hg.): Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule. Göttingen: Edition Waldschlösschen Materialien, S. 86–89.

Gutzwiller, Felix; Paccaud, Fred (2011): 1.1 Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Partnerdisziplinen. In: Felix Gutzwiller und Fred Paccaud (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin – Public Health. 4. Auflage. Bern: Huber, S. 13–22.

Hafferty, Frederic W.; Castellani, Brian (2009): The hidden curriculum. A theory of medical education. In: Caragh Brosnan und Bryan S. Turner (Hg.): Handbook of the sociology of medical education. London: Routledge, S. 15–35.

Halbmayr-Kubicsek, Ursula (2021): LGBTIQ in der pflegerischen Ausbildung. In: Pflege Professionell (37), S. 9–11.

Hamborg, Steffen (2018): Dinge, Gegenstände und Diskurse. Über das Materielle in Foucaults Archäologie des Wissens. In: Angelika Poferl und Michaela Pfadenhauer (Hg.): Wissensrelationen. Beiträge und Debatten zum 2. Sektionskongress der Wissenssoziologie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 229–240.

Hammond-Browning, N. (2019): UK criteria for uterus transplantation. A review. In: BJOG 126 (11), S. 1320–1326. DOI: https://doi.org/10.1111/1471-0528.15844.

Hanson, Barbara (2001): Social Constructions of Femaleness in Writing About Cancer. In: Qualitative Health Research (11(4)), S. 464–476.

Hark, Sabine_ (2016): Heteronormativität revisited. Komplexitäten und Grenzen einer Kategorie. In: Barbara Paul und Lüder Tietz (Hg.): Queer as …-Kritische He-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

teronormativitätsforschung aus interdisziplinärer Perspektive. Bielefeld: transcript, S. 53–72.

Hark, Sabine_ (2021): Gemeinschaft der Ungewählten. Umrisse eines politischen Ethos der Kohabitation: ein Essay. Berlin: Suhrkamp.

Hark, Sabine_; Laufenberg, Mike (2013): Sexualität in der Krise. Heteronormativität im Neoliberalismus. In: Erna Appelt, Brigitte Aulenbacher und Angelika Wetterer (Hg.): Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, S. 227–245.

Hartmann, Jutta (2018): Theoretisch fundiert handeln! Einführung in eine queere genderreflektierte Pädagogik. In: Annika Spahn und Juliette Wedl (Hg.): Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule. Göttingen: Edition Waldschlösschen Materialien, S. 44–51.

Hartmann, Jutta; Klesse, Christian (2007): Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht-. Eine Einführung. In: Jutta Hartmann und Bettina Fritzsche (Hg.): Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9–15.

Hartmann, U. (2011): 2.2 Störungen der psychosexuellen Funktionen. In: Walter Krause, Wolfgang Weidner, Herbert Sperling und Thorsten Diemer (Hg.): Andrologie. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 74–83.

Hatzenbuehler, Mark L.; Slopen, Natalie; McLaughlin, Katie A.; McLaughlin, Kate A. (2014): Stressful life events, sexual orientation, and cardiometabolic risk among young adults in the United States. In: Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association 33 (10), S. 1185–1194. DOI: https://doi.org/10.1037/hea0000126.

Haustein, Madita (2018): Lesbe beim Frauenarzt. Online verfügbar unter https://madita9.wixsite.com/meinewebsite/post/lesbe-beim-frauenarzt, zuletzt aktualisiert am 25.06.2018, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Hegde, C. V. (2017): Uterus Transplant. Does It Have Legs? In: Journal of obstetrics and gynaecology of India 67 (5), S. 309–312. DOI: https://doi.org/10.1007/s13224-017-1037-9.

Hehlmann, Thomas; Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich (2018): Soziologie der Gesundheit. München: UVK Verlag.

Heitzmann, Daniela (2017): Fortpflanzung und Geschlecht. Bielefeld: transcript.

Helman, Cecil G. (1994): Culture, health and illness. An introduction for health professionals. 2. ed., repr. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Herek, Gregory M. (2007): Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. In: Journal of Social Issues 63 (4), S. 905–925. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Herlin, Morten Krogh; Petersen, Michael Bjørn; Brännström, Mats (2020): Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. In: Orphanet J Rare Dis 15 (1), S. 214. DOI: https://doi.org/10.1186/s13023-020-01491-9.

Herrmann, Karsten (2023): Adultismus. Online verfügbar unter https://www.nifbe.de/component/themensammlung?view=item&id=952:adultismus, zuletzt aktualisiert am 03.07.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Hertle, Dagmar (2018): Frauen und Hormone: Hier muss dringend etwas geschehen! | Internationaler Frauentag 2018. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. Online verfügbar unter https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/2018/03/07/frauen-und-hormone-hier-muss-dringend-etwas-geschehen-internationaler-frauentag-2018/, zuletzt aktualisiert am 08.03.2018, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Hilário, Ana Patrícia (2019): (Re) Making gender in the clinical context: a look at how ideologies shape the medical construction of gender dysphoria in Portugal. In: Soc Theory Health 17 (4), S. 463–480. DOI: https://doi.org/10.1057/s41285-019-00102-3.

Hill Nettleton, Patricia (2015): Brave Sperm and Demure Eggs: Fallopian Gender Politics on YouTube. In: Feminist Formations 27 (1), S. 24–45.

Hirsch, Oliver; Löltgen, Karina; Becker, Annette (2016): Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. In: BMC family practice 17 (1), S. 1–9. DOI: https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4.

Hirschauer, Stefan (1999): Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel. 2. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hirschauer, Stefan; Heimerl, Birgit; Hoffmann, Anika; Hofmann, Peter (2014): Soziologie der Schwangerschaft. Explorationen pränataler Sozialität. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Höhne, Marek Sancho; Heerdegen, Dmitri (2018): On Normativity and Absence: Representation of LGBTI* in Textbook Research. In: Eckhardt Fuchs und Annekatrin Bock (Hg.): The Palgrave Handbook of Textbook Studies. New York: Palgrave Macmillan US, S. 239–249.

Honer, Anne (1994): Die Produktion von Geduld und Vertrauen. Zur audiovisuellen Selbstdarstellung des Fortpflanzungsexperten. In: Ronald Hitzler, Anne Honer und Christoph Maeder (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Wiesbaden: Vieweg+Teubner Verlag, S. 44–61.

Hoppe, Katharina (2020): Mehr-als-menschliche Soziologie: Neue Materialismen und Posthumanismus. In: Heike Delitz, Julian Müller und Robert Seyfert (Hg.): Handbuch Theorien der Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–22.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

hornscheidt, lann (2015): feministische w_orte. Ein lern-, denk- und handlungsbuch zu sprache und diskriminierung, gender studies und feministischer linguistik. Frankfurt a.M.: Brandes Apsel Verlag.

Hosseinirad, Hossein; Yadegari, Pouya; Mohanazadeh Falahieh, Fatemeh; Nouraei, Soheila; Paktinat, Shahrokh; Afsharzadeh, Nousha; Sadeghi, Yousef (2021): Disorders of sex development and female reproductive capacity: A literature review. In: Systems Biology in Reproductive Medicine 67 (5), S. 323–336. DOI: https://doi.org/10.1080/19396368.2021.1937376.

Huftless, Esther (2019): (Hetero-)Normativitäten dekonstruieren – die Psychoanalyse queeren. Ringvorlesung Einblicke in die Psychoanalyse. Philipps-Universität. Marburg, 06.02.2019.

Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (Hg.) (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Illich, Ivan (1995): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 4., überarb. und erg. Aufl. München: Beck.

IMPP (o. J.): Aufgaben. Online verfügbar unter https://www.impp.de/%C3%BCber-uns/entwicklung-des-impps/aufgaben.html, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Jacke, Katharina (2016): Widersprüche des Medizinischen. Eine wissenssoziologische Studie zu Konzepten der »Transsexualität«. Gießen: Psychosozial Verlag.

Jacke, Katharina (2019): Medizinische Trans Konzepte im Wandel. In: Max Nicolai Appenroth und María do Mar Castro Varela (Hg.): Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: transcript, S. 55–74.

Jackson, Gabrielle (2019): Why don't doctors trust women? Because they don't know much about us. In: The Guardian, 01.09.2019. Online verfügbar unter https://www.theguardian.com/books/2019/sep/02/why-dont-doctors-trust-women-because-they-dont-know-much-about-us, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Jäger, Siegfried (2001): Diskurs und Wissen. Theoretische und methodische Aspekte einer kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. In: Reiner Keller, Andreas Hirseland, Werner Schneider und Willy Viehöver (Hg.): Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag, S. 81–112.

Jäger, Siegfried (2015): Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung. 7., vollständig überarbeitete Auflage. Münster: Unrast.

Jäger, Siegfried (o. J.): Theoretische und methodische Aspekte einer Kritischen Diskurs- und Dispositivanalyse. Uni Duisburg. Online verfügbar unter https://www.diss-duisburg.de/Internetbibliothek/Artikel/Aspekte_einer_Kritischen_Diskursanalyse.htm, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Jäggi, Tiziana; Jellestad, Lena; Corbisiero, Salvatore; Schaefer, Dirk J.; Jenewein, Josef; Schneeberger, Andres et al. (2018): Gender Minority Stress and Depressive

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. In: BioMed research international. DOI: https://doi.org/10.1155/2018/8639263.

Järvholm, Stina; Enskog, Anders; Hammarling, Catrina; Dahm-Kähler, Pernilla; Brännström, Mats (2020): Uterus transplantation: joys and frustrations of becoming a ›complete‹ woman – a qualitative study regarding self-image in the 5-year period after transplantation. In: Human Reproduction 35 (8), S. 1855–1863.

Järvholm, Stina; Warren, Ann Marie; Jalmbrant, Maria; Kvarnström, Niclas; Testa, Giuliano; Johannesson, Liza (2018): Preoperative psychological evaluation of uterus transplant recipients, partners, and living donors. Suggested framework. In: American journal of transplantation 18 (11), S. 2641–2646. DOI: https://doi.org/10.1111/ajt.15039.

Jeffries, William B. (2022): Lectures. In: Kathryn N. Huggett, Kelly M. Quesnelle und William B. Jeffries (Hg.): An Introduction to Medical Teaching. The Foundations of Curriculum Design, Delivery, and Assessment. 3rd ed. 2022. Cham: Springer International Publishing; Imprint Springer, S. 45–60.

Jellestad, Lena; Jäggi, Tiziana; Corbisiero, Salvatore; Schaefer, Dirk J.; Jenewein, Josef; Schneeberger, Andres et al. (2018): Quality of Life in Transitioned Trans Persons: A Retrospective Cross-Sectional Cohort Study. In: BioMed research international 2018, S. 8684625. DOI: https://doi.org/10.1155/2018/8684625.

Jenkins, Tania M.; Underman, Kelly; Vinson, Alexandra H.; Olsen, Lauren D.; Hirshfield, Laura E. (2021): The Resurgence of Medical Education in Sociology: A Return to Our Roots and an Agenda for the Future. In: Journal of health and social behavior 62 (3), S. 255–270. DOI: https://doi.org/10.1177/00221465211996275.

Johannesson, Liza; Wallis, Kristin; Koon, E. Colin; McKenna, Greg J.; Anthony, Tiffany; Leffingwell, Sara G. et al. (2018): Living uterus donation and transplantation. Experience of interest and screening in a single center in the United States. In: American journal of obstetrics and gynecology 218 (3), 331.e1-331.e7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.594.

Jones, B. P.; Williams, N. J.; Saso, S.; Thum, M-Y; Quiroga, I.; Yazbek, J. et al. (2019): Uterine transplantation in transgender women. In: BJOG 126 (2), S. 152–156. DOI: https://doi.org/10.1111/1471-0528.15438.

Jordan-Young, Rebecca M.; Karkazis, Katrina (2019): Testosterone. An Unauthorized Biography. Cambridge: Harvard University Press.

Jütte, Robert (2005): Anthroposophische Medizin. In: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil und Wolfgang Wegner (Hg.): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin: De Gruyter, S. 67–68.

Kafer, Alison (2013): Feminist, queer, crip. Bloomington: Indiana University Press.

Kalender, Ute (2020): Technopionier*innen, Rohstoffarbeiter*innen oder neue Eugenik*innen? Queere Perspektiven auf Reproduktionstechnologien. hirschfeld lectures. Magnus-Hirschfeld-Stiftung. digital, 22.10.2020.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Kalkstein, Fiona; Dittel, Sera (2015): Zur Ver_rückung von Sichtweisen. Weiblichkeit* und Pathologisierung im Kontext queer-feministischer psychologischer Auseinandersetzungen. In: Cora Schmechel, Fabian Dion, Kevin Dudek und Mäks* Roßmöller (Hg.): Gegendiagnose. Münster: edition assemblage, S. 210–243.

Karsch, Fabian (2015): Medizin zwischen Markt und Moral. Zur Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder. Bielefeld: transcript.

Kaschuba, Wolfgang (2012): Einführung in die Europäische Ethnologie. 4. Aufl. München: C.H.Beck.

Kasprowski, David; Fischer, Mirjam; Chen, Xiao; Vries, Lia de; Kroh, Martin; Kühne, Simon et al. (2021): Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. In: DIW Wochenbericht 88 (6), S. 79–88.

Katz, Jonathan (1976): Gay American history. Lesbians and gay men in the U.S.A. : A documentary. New York: Crowell.

Keil, Jürgen; Kiecker, Felix (2021): Urologie, Dermatologie. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart, New York: THIEME.

Keller, Reiner (2004): Diskursforschung. Eine Einführung für Sozialwissenschaftlerlnnen. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kidd, Ian James; Carel, Havi (2017): Epistemic Injustice and Illness. In: Journal of applied philosophy 34 (2), S. 172–190. DOI: https://doi.org/10.1111/japp.12172.

Kiefer, Florian; Luger, Anton (Hg.) (2022): Endokrinologie und Stoffwechsel. 10., überarbeitete Auflage. Wien: facultas.

Kim, Eunjung (2014): Asexualities and Disabilities in Constructing Sexual Normalcy. In: Karli June Cerankowski und Megan Milks (Hg.): Asexualities. Feminist and queer perspectives. New York, Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group, S. 249–282.

Kitzinger, Celia (2005): Heteronormativity in Action: Reproducing the Heterosexual Nuclear Family in After-Hours Medical Calls. In: Social Problems 52 (4), S. 477–498.

Klapeer, Christine M. (2015): Vielfalt ist nicht genug! Heteronormativität als herrschafts- und machtkritisches Konzept zur Intervention in gesellschaftlichen Ungleichheiten. In: Friederike Schmidt, Anne-Christin Schondelmayer und Ute B. Schröder (Hg.): Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine. Wiesbaden: Springer VS, S. 25–44.

Kleiner, Bettina (2016): Heteronormativität. Online verfügbar unter https://www.gender-glossar.de/post/heteronormativitaet, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Klenk, Florian Cristobal (2023): Post-Heteronormativität und Schule. Soziale Deutungsmuster von Lehrkräften über vielfältige geschlechtliche und sexuelle Lebensweisen. Leverkusen-Opladen: Verlag Barbara Budrich.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Kliesch, S.; Kamischke, A.; Cooper, T. G.; Nieschlag, E. (2009): 24. Kryokonservierung menschlicher Spermien zur Zeugungsreserve. In: Eberhard Nieschlag, Hermann M. Behre und Susan Nieschlag (Hg.): Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 515–534.

Kliesch, S.; Osmonov, D. K.; Naumann, C. M.; Jünemann, K.-P. (2014): 12. Andrologie, Infertilität und erektile Dysfunktion. In: Richard Hautmann und Jürgen E. Gschwend (Hg.): Urologie. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 305–344.

Klöppel, Ulrike (2010): Foucaults Konzept der Problematisierungsweise und die Analyse diskursiver Transformationen. In: Achim Landwehr (Hg.): Diskursiver Wandel. Wiesbaden: VS Verlag, S. 255–263.

Klöppel, Ulrike (2019): Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 15.03.2019.

Knapp, Gudrun-Axeli (1995): Macht und Geschlecht. Neuere Entwicklungen in der feminstischen Macht- und Herrschaftsdiskussion. In: Gudrun-Axeli Knapp und Angelika Wetterer (Hg.): Traditionen Brüche. Entwicklungen feministischer Theorie. 2. Aufl. Freiburg: Kore Verl., S. 287–325.

Knecht, Petr; Matthes, Eva; Schütze, Sylvia; Aamotsbakken, Bente (Hg.) (2014): Methodologie und Methoden der Schulbuch- und Lehrmittelforschung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Knoblauch, Hubert (2014): Wissenssoziologie. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Kögel, Andreas (2021): Medizin und Gesellschaft. Eine Einführung in die Medizinsoziologie. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kohlbrunn, Yvonne; Scheytt, Carla (o. J.): Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Online verfügbar unter https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-auswertungsmethoden/qualitative-inhaltsanalyse/qualitative-inhaltsanalyse-nach-kuckartz/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Köhn, Frank-Michael; Spornraft-Ragaller, Petra (2021): 18. Sexuell übertragbare Infektionen (STI) und HIV/AIDS. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 756–778.

Kolip, Petra (2000): Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Petra Kolip (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim/München, S. 9–30.

Komlenac, Nikola (2021): Minoritätenstress als besondere Herausforderung für die Gesundheit queerer Personen. In: Marcel Hackbart (Hg.): Gesunde Vielfalt pflegen. Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation. Göttingen: Edition Waldschlösschen, S. 53–66.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Koppelin, Frauke; Müller, Rainer (2010): Gesundheit und Krankheit in ›biopolitischen Zeiten‹. In: Bettina Paul und Henning Schmidt-Semisch (Hg.): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 73–87.

Korte, Alexander; Beier, Klaus M.; Siegel, Stefan; Bosinski, Hartmut A. G. (2021): 12. Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. In: Klaus M. Beier, Hartmut A. G. Bosinski, Kurt Loewit und Bettina Böttcher (Hg.): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier, S. 433–456.

Krankenhaus.de (o. J.): Visite im Krankenhaus. Online verfügbar unter https://www.krankenhaus.de/magazin/visite-im-krankenhaus/, zuletzt aktualisiert am 12.07.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Kraß, Andreas (2011): Der heteronormative Mythos. Homosexualität, Homophobie und homosoziales Begehren. In: Mechthild Bereswill, Michael Meuser und Sylka Scholz (Hg.): Dimensionen der Kategorie Geschlecht. Der Fall Männlichkeit. 3. Aufl. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, S. 136–151.

Kraupp, M.; Kaserer, O.; Koperek, W.; Marktl, W.; Nanoff, C.; Wilheim, M. et al. (2022): Nebenniere. In: Florian Kiefer und Anton Luger (Hg.): Endokrinologie und Stoffwechsel. 10., überarbeitete Auflage. Wien: facultas, S. 26–73.

Krause, Walter; Weidner, Wolfgang; Sperling, Herbert; Diemer, Thorsten (Hg.) (2011): Andrologie. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME.

Kreß, Hartmut (2016): Xenotransplantation und Uterustransplantation. Neuland in der Transplantationsmedizin. Ethischer Klärungs- und gesetzlicher Regelungsbedarf. In: Joachim Hruschka und Jan C. Joerden (Hg.): Jahrbuch für Recht und Ethik. Berlin: Duncker & Humblot (24), S. 113–141.

Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kruse, Jan; Bethmann, Stephanie; Eckert, Judith; Niermann, Debora; Schmieder, Christian (2012): In und mit fremden Sprachen forschen. Eine empirische Bestandsaufnahme zu Erfahrungs- und Handlungswissen von Forschenden. In: Jan Kruse, Stephanie Bethmann, Debora Niermann und Christian Schmieder (Hg.): Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen. Eine Einführung in Theorie und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 27–68.

Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kuhn, Sebastian; Frankenhauser, Susanne; Tolks, Daniel (2018): Digitale Lehr- und Lernangebote in der medizinischen Ausbildung: Schon am Ziel oder noch am Anfang? In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 61 (2), S. 201–209. DOI: https://doi.org/10.1007/s00103-017-2673-z.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Kühner, Angela; Langer, Phil C.; Schweder, Panja (2013): Reflexive Wissensproduktion: eine Einführung. In: Phil C. Langer, Angela Kühner und Panja Schweder (Hg.): Reflexive Wissensproduktion. Anregungen zu einem kritischen Methodenverständnis in qualitativer Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 7–18.

Küpper, Beate; Zick, Andreas (2015): Homophobie – zur Abwertung nicht-heterosexueller Menschen. In: Der Bürger im Staat 65 (1), S. 4–13.

Kuster, Friederike (2019): Mann – Frau: die konstitutive Differenz der Geschlechterforschung. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hg.): Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bd. 65. Wiesbaden: Springer VS, S. 3–12.

Lakoff, George; Johnson, Mark (2014 [1998]): Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. 8. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Verl.

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

Lampalzer, Ute; Behrendt, Pia; Dekker, Arne; Briken, Peer; Nieder, Timo O. (2020): LSBTI* und Gesundheit: Partizipative Forschung und Versorgung im Zusammenspiel von Sexualwissenschaft, Psychologie und Medizin. In: Stefan Timmermanns und Maika Böhm (Hg.): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 256–273.

Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.

Lampert, Thomas; Kuntz, Benjamin; Waldhauer, Julia; Hoebel, Jens (o. J.): 2.6.5 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In: Renate Deinzer und Olaf von dem Knesebeck (Hg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Online verfügbar unter https://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Langer, Antje; Nonhoff, Martin; Reisigl, Martin (2019): Diskursanalyse und Kritik – Einleitung. In: Antje Langer, Martin Nonhoff und Martin Reisigl (Hg.): Diskursanalyse und Kritik. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–11.

Larocque, Natasha; Kenny, Stephanie; McInnes, Matthew D. F. (2015): Medical school radiology lectures: what are determinants of lecture satisfaction? In: AJR. American journal of roentgenology 204 (5), S. 913–918. DOI: https://doi.org/10.2214/AJR.14.13527.

Laufenberg, Mike (2014): Sexualität und Biomacht. Vom Sicherheitsdispositiv zur Politik der Sorge. Bielefeld: transcript.

Laufenberg, Mike (2016): Die Macht der Medizin. Foucault und die soziologische Medikalisierungskritik. In: Orsolya Friedrich, Diana Arenque, Galia Assadi und

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Sebastian Schleidgen (Hg.): Nietzsche, Foucault und die Medizin. Philosophische Impulse für die Medizinethik. Bielefeld: transcript, S. 109–130.

Lawrence, Susan C.; Bendixen, Kae (1992): His and Hers: Male and Female Anatomy in Anatomy Texts for U.S. Medical Students, 1890–1989. In: Social science & Medicine (35 (7)), S. 925–934.

Lazar, Michelle M. (2007b): Politicizing gender in discourse. Feminist Critical Discourse Analysis as a Political Perspective and Praxis. In: Michelle M. Lazar (Hg.): Feminist critical discourse analysis. Gender, power and ideology in discourse. Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 1–28.

Lazar, Michelle M. (Hg.) (2007a): Feminist critical discourse analysis. Gender, power and ideology in discourse. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Lefkowitz, Ariel; Edwards, Marcel; Balayla, Jacques (2013): Ethical considerations in the era of the uterine transplant. An update of the Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation. In: Fertility and sterility 100 (4), S. 924–926. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.026.

Lelwica, Michelle Mary (2017): Shameful bodies. Religion and the culture of physical improvement. London: Bloomsbury Academic.

Lempp, Heidi (2009): Medical-School Culture. In: Caragh Brosnan und Bryan S. Turner (Hg.): Handbook of the sociology of medical education. London: Routledge, S. 71–88.

Lenartz, Nobert; Soellner, Renate; Rudinger, Georg (2016): Health Literacy. Entwicklung und Bedeutung einer Schlüsselkompetenz für gesundheitsgerechtes Leben. In: Monika Jungbauer-Gans und Peter Kriwy (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 275–292.

Lenz, Miriam (2018): Sexismus in der Medizin: »In der Klinik werden Frauen nicht ernstgenommen«. In: Tagesspiegel, 05.06.2018. Online verfügbar unter https://www.tagesspiegel.de/wissen/sexismus-in-der-medizin-in-der-klinik-werden-frauen-nicht-ernstgenommen/22641788.html, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Les Migras (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. Online verfügbar unter https://lesmigras.de/wp-content/uploads/2021/11/Dokumentation-Studie-web_sicher.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

LGBT* Wiki (o. J.): Autogynophilie. Online verfügbar unter https://lgbt.fandom.com/de/wiki/Autogynophilie, zuletzt aktualisiert am 02.07.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

LGBTA Wikia (o. J.): Amatonormativity. Online verfügbar unter https://lgbta.wikia.org/wiki/Amatonormativity, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

LGBTQIA+ Wiki (2022): Gender Modality. Online verfügbar unter https://www.lgbtqia.wiki/wiki/Gender_Modality, zuletzt aktualisiert am 04.10.2022, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Lobe, Bojana; Morgan, David; Hoffman, Kim A. (2020): Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. In: International Journal of Qualitative Methods 19, 1–8. DOI: https://doi.org/10.1177/1609406920937875.

Logie, Carmen H.; Lys, Candice L.; Dias, Lisa; Schott, Nicole; Zouboules, Makenzie R.; MacNeill, Nancy; Mackay, Kayley (2019): »Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination«: Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. In: Health & social care in the community 27 (5), S. 1204–1213. DOI: https://doi.org/10.1111/hsc.12757.

Loos, Peter; Schäffer, Burkhard (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Opladen: Leske + Budrich.

López, José; Scott, John (2000): Social structure. Buckingham: Open Univ. Press.

Lorenz, Ansgar; Ruffing, Reiner (2012): Michel Foucault. Philosophie für Einsteiger. München, Paderborn: Wilhelm Fink.

Lucht, Petra; Paulitz, Tanja (2008): Recodierungen des Wissens. Zur Flexibilität und Stabilität von natur- und technikwissenschaftlichem Wissen – eine Einleitung. In: Petra Lucht und Tanja Paulitz (Hg.): Recodierungen des Wissens. Stand und Perspektiven der Geschlechterforschung in Naturwissenschaften und Technik. Frankfurt: Campus Verlag, S. 11–27.

Ludwig, Gundula (2011): From the ›Heterosexual Matrix ‹ to a ›Heteronormative Hegemony‹: Initiating a Dialogue between Judith Butler and Antonio Gramsci about Queer Theory and Politics. In: María do Mar Castro Varela, Nikita Dhawan und Antke Engel (Hg.): Hegemony and heteronormativity. Revisiting ›the political‹ in queer politics. Farnham: Ashgate, S. 43–61.

Lupton, Deborah (1998): Foucault and the medicalisation critique. In: Alan R. Petersen und Robin Bunton (Hg.): Foucault, health and medicine. 1. publ., repr. London, New York: Routledge, S. 94–110.

Lüthi, Eliah (2015): (De_)Psychopathologisierung von Trans_ interdepenDenken. Abgrenungen, Ausschlüsse und Solidarität. In: AK ForschungsHandeln (Hg.): InterdepenDenken! Wie Positionierung und Intersektionalität forschend gestalten? Berlin: w_orten & meer, S. 48–71.

MacFife, Bex (2019): The Not-So-Typical Patient: Gynecological Teaching Associates and the Struggle to Queer Medicine. Online verfügbar unter https://scholarworks.calstate.edu/concern/theses/v405sc01b?locale=de, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

MacGee, James P. (2011): An introduction to discourse analysis. Theory and method. 3. ed. Milton Park, Abingdon: Routledge.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

MacInnis, Cara C.; Hodson, Gordon (2012): Intergroup bias toward »Group X«. Evidence of prejudice, dehumanization, avoidance, and discrimination against asexuals. In: Group Processes & Intergroup Relations 15 (6), S. 725–743. DOI: https://doi.org/10.1177/1368430212442419.

Magnus-Hirschfeld-Stiftung (2021): Auswirkungen der Coronapandemie auf lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intergeschlechtliche, queere und asexuelle Personen in Deutschland.

Maihofer, Andrea (1997): Geschlecht als Existenzweise. Macht, Moral, Recht und Geschlechterdifferenz. Frankfurt a.M.: Helmer.

Maihofer, Andrea (2014): Familiale Lebensformen zwischen Wandel und Persistenz. In: Cornelia Behnke, Diana Lengersdorf und Sylka Scholz (Hg.): Wissen – Methode – Geschlecht: Erfassen des fraglos Gegebenen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 313–334.

Maihofer, Andrea (2015): Sozialisation und Geschlecht. Unter Mitarbeit von Diana Baumgarten. In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Bauer, Matthias Grundmann und Sabine Walper (Hg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 8., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz (Pädagogik), S. 630–658.

Maihofer, Andrea (2019): Wandel und Persistenz hegemonialer Männlichkeit und die Grenzen des Konzepts von Caring Maculinities. In: Sylka Scholz und Andreas Heilmann (Hg.): Caring Masculinities? Männlichkeiten in der Transformation kapitalistischer Wachstumsgesellschaften. Unter Mitarbeit von Aaron Korn. München: oekom, S. 63–93.

Maio, Giovanni (2017): Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin: mit einer Einführung in die Ethik der Pflege. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Manne, Kate (2019): Down girl. The logic of misogyny. London: Penguin Books.

Marischler, Clemens (2013): BASICS Endokrinologie. 2. Auflage. München: Elsevier.

Martens, Diana; Mohr, Simon; Struck, Peter; Vogt, Friederike (2020): Lebenswirklichkeiten und Problemlagen von LSBTIQ* mit unterschiedlichen Formen der Behinderung, chronischen Erkrankungen, psychischen und sonstigen Beeinträchtigungen. Hg. v. LAG Lesben NRW. Online verfügbar unter https://www.lsbtiq-inklusiv.nrw/files/lsbtiq/pdf/Kurzbericht%20LSBTIQ%20inklusiv.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Martin, Emily (1998): The woman in the body. A cultural analysis of reproduction. Nachdruck. Boston: Beacon Press.

Maschewsky-Schneider, Ulrike (2016): Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In: Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, S. 25–50.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Mavuso, Jabulile Mary-Jane Jace (2023): Repronormativity in cisgender men's reasons why they would not use womb transplant technology to become pregnant. In: Sociology Compass 17 (2). DOI: https://doi.org/10.1111/soc4.13054.

Mayrhofer, Christine (2022): Bisexuell: Vielfältig, aber unsichtbar. In: Die Presse, 22.06.2022. Online verfügbar unter https://www.diepresse.com/6155421/bisexuell-vielfaeltig-aber-unsichtbar, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Meads, Catherine; Hunt, Ros; Martin, Adam; Varney, Justin (2019): A Systematic Review of Sexual Minority Women's Experiences of Health Care in the UK. In: International journal of environmental research and public health 16 (17). DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph16173032.

MedLexi (2021): 5-alpha-Reduktase Typ 2 Mangel – Ursachen, Symptome & Behandlung. Online verfügbar unter https://medlexi.de/5-alpha-Reduktase_Typ_2_Mangel, zuletzt aktualisiert am 10.11.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Mega, Laura F. (2018): Wie Gender (auch) im Labor konstruiert und naturalisiert wird: Ein Fallbeispiel. In: Gero Bauer, Regina Ammicht Quinn und Ingrid Hotz-Davies (Hg.): Die Naturalisierung des Geschlechts. Zur Beharrlichkeit der Zweigeschlechtlichkeit. Bielefeld: transcript, S. 43–60.

Mendelsohn, Kathleen D.; Nieman, Linda Z.; Isaacs, Krista; Lee, Sophia; Levison, Sandra P. (1994): Sex and Gender Bias in Anatomy and Physical Diagnosis Text Illustrations. In: Journal of the American Medical Association 272 (16), S. 1267–1270.

Mense, Lisa (2004): Neue Formen von Mutterschaft. Verwandtschaft im Kontext der Neuen Reproduktionstechnologien. In: Ilse Lenz, Lisa Mense und Charlotte Ullrich (Hg.): Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 149–177.

Metoyer, Andrea Bertotti; Rust, Regina (2011): The egg, sperm, and beyond: gendered assumptions in gynecology textbooks. In: Women's studies 40 (2), S. 177–205. DOI: https://doi.org/10.1080/00497878.2011.537986.

Metzler Lexikon Philosophie (Hg.) (2018): Androzentrismus. Online verfügbar unter https://www.spektrum.de/lexikon/philosophie/androzentrismus/126, zuletzt aktualisiert am 29.11.2018, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Meyer, Ilan H. (2003): Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual populations: Conceptual Issues and Research Evidence. In: Psychological bulletin 129 (5), S. 674–697.

Meyer, Ilan H. (2007): Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In: Ilan H. Meyer und Mary E. Northridge (Hg.): The health of sexual minorities. Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. New York, NY: Springer, S. 242–267.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Milks, Megan (2014): Stunted Growth. Asexual Politics and the Rhetoric of Sexual Liberation. In: Karli June Cerankowski und Megan Milks (Hg.): Asexualities. Feminist and queer perspectives. New York, Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group, S. 100–118.

Mills, Sara (2008): Language and sexism. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Minzgespinst (o. J.): Glossar – Minzgespinst. Online verfügbar unter https://minzgespinst.net/glossar/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Mitra, Sayani (2021): Transplanting the Uterus: A Reproductive Justie Approach. In: Solveig Lena Hansen und Silke Schicktanz (Hg.): Ethical challenges of organ transplantation. Current debates and international perspectives. Bielefeld: transcript, S. 281–302.

Mittedorf, Darryl; Perlman, Gerald; Latini, David M. (2019): Cancer in Men and Transgender Women. In: Jason S. Schneider, Vincent M. B. Silenzio, Laura Erickson-Schroth und Hector Vargas (Hg.): The GLMA handbook on LGBT health. 2 Bände. Santa Barbara, California: Praeger (2), S. 121–138.

Mol, Annemarie (2003): The body multiple. Ontology in medical practice. Durham, N.C.: Duke University Press.

Moore, Lisa Jean; Clarke, Adele E. (1995): Clitoral Conventions and Transgressions: Graphic Representations in Anatomy Texts, c1900-1991. In: Feminist Studies 21 (2), S. 255–301.

Motakef, Mona (2011): Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende. Bielefeld: transcript.

Motakef, Mona; Wöhlke, Sabine (2013): Ambivalente Praxen der (Re-)Produktion: Fürsorge, Bioökonomie und Geschlecht in der Lebendorganspende. In: Gender: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft (5(9)), S. 94–113.

Mundlos, Christina (2015): Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.

Murphy, Marie (2016): Hiding in Plain Sight. In: Journal of Contemporary Ethnography 45 (3), S. 256–289. DOI: https://doi.org/10.1177/0891241614556345.

Murphy, Marie (2019): Teaching and Learning About Sexual Diversity Within Medical Education: The Promises and Pitfalls of the Informal Curriculum. In: Sexuality Research and Social Policy 16 (1), S. 84–99. DOI: https://doi.org/10.1007/s13178-018-0336-y.

Murphy, Timothy F. (2015): Assisted Gestation and Transgender Women. In: Bioethics 29 (6), S. 389–397. DOI: https://doi.org/10.1111/bioe.12132.

Nakazawa, Akari; Hirata, Tetsuya; Arakawa, Tomoko; Nagashima, Natsuki; Fukuda, Shinya; Neriishi, Kazuaki et al. (2019): A survey of public attitudes toward uterus transplantation, surrogacy, and adoption in Japan. In: PLoS ONE 14 (10), e0223571. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223571.

Nay, Yv (2017): Feeling Family. Affektive Paradoxien der Normalisierung von Regenbogenfamilien. Wien: Zaglossus.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Neal, Michon (2016): 5 Ways Amatonormativity Sets Harmful Realtionship Norms For Us All. Online verfügbar unter https://everydayfeminism.com/2016/04/amatonormativity-expectations/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Neander, Klaus-Dieter (2014): »Sich als Mann oder Frau fühlen…«. Zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege. Brake: Prodos Verlag.

Negnal, Dörte (2019): Einführung. In: Dörte Negnal (Hg.): Die Problematisierung Sozialer Gruppen in Staat und Gesellschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 1–11.

Nichols, Margaret (1993): Sex-Therapie mit Lesben. Vom Beugen eines heterosexuellen Paradigmas. In: JoAnn Gardner Loulan (Hg.): Lesben, Liebe, Leidenschaft. Texte zur feministischen Psychologie und zu Liebesbeziehungen unter Frauen. 2. Auflage. Berlin: Orlanda-Frauenverl., S. 111–134.

Nieder, Timo O.; Strauß, Bernhard (Hg.) (2021): Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Eine kommentierte Dokumentation zur S3-Leitlinie. Unter Mitarbeit von Jörg Litwinschuh. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Nieschlag, E.; Behre, H. M.; Wieacker, P.; Meschede, D.; Kamischke, A.; Kliesch, S. (2009a): 13. Störungen im Bereich der Testes. In: Eberhard Nieschlag, Hermann M. Behre und Susan Nieschlag (Hg.): Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 199–244.

Nieschlag, Eberhard; Behre, Hermann M.; Nieschlag, Susan (Hg.) (2009b): Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Nonhoff, Martin (2019): Diskursanalyse und/als Kritik. In: Antje Langer, Martin Nonhoff und Martin Reisigl (Hg.): Diskursanalyse und Kritik. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 15–44.

Nussbaum, Martha Craven (2000): Sex & social justice. Oxford, New York, Athens: Oxford University Press.

Obedin-Maliver, Juno; Goldsmith, Elizabeth S.; Steward, Leslie; White, William; Tran, Eric; Brenman, Stephanie et al. (2011): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender. Related Content in Undergraduate Medical Education. In: Journal of the American Medical Association 306 (9), S. 971–977.

Ochsendorf, Falk R.; Schöfer, Helmut (2012): 15. Sexuell Übertragbare Infektionen. In: Wolfgang Harth, Elmar Brähler und Hans-Christian Schuppe (Hg.): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 199–205.

Oertelt-Prigione, Sabine; Hiltner, Sarah (2019): Medizin: Gendermedizin im Spannungsfeld zwischen Zukunft und Tradition. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

und Katja Sabisch (Hg.): Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bd. 65. Wiesbaden: Springer VS, S. 741–750.

OII Germany (2020): Stellungnahme IVIM – OII Germany zum Gesetzentwurf der Bundesregierung »Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung« vom 23.09.2020. Online verfügbar unter https://oiigermany.org/stellungnahme-nov-2020/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Osterkamp, Robin Ivy; Wünsch, Friederike (2022): Trans* Personen. Zwischen gewollter und ungewollter (Un-)Sichtbarkeit Zwischen direkter und indirekter Diskriminierung. Wiesbaden: Springer VS.

Ott, Adrien; Regli, Daniel; Znoj, Hansjörg (2017): Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans*Personen in der Schweiz. In: Zeitschrift für Sexualforschung 30 (02), S. 138–160. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0043-109081.

Ott, Christine (2014): Das Schulbuch beim Wort nehmen – Linguistische Methodik in der Schulbuchforschung. In: Petr Knecht, Eva Matthes, Sylvia Schütze und Bente Aamotsbakken (Hg.): Methodologie und Methoden der Schulbuch- und Lehrmittelforschung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 254–263.

Oudshoorn, Nelly (1994): Beyond the natural body. An archeology of sex hormones. London: Routledge.

Ozkan, Omer; Akar, Munire Erman; Ozkan, Ozlenen; Erdogan, Okan; Hadimioglu, Necmiye; Yilmaz, Murat et al. (2013): Preliminary results of the first human uterus transplantation from a multiorgan donor. In: Fertility and sterility 99 (2), S. 470–476. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.035.

Pa Medien (o. J.): Das PJ – Praktisches Jahr in der Medzin. Online verfügbar unter https://www.praktischarzt.de/arzt/pj-praktisches-jahr-medizin/, zuletzt aktualisiert am 04.09.2015, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Pagenstecher, Lising; Rieger, Eva (1983): Lesben. In: Johanna Beyer, Franziska Lamott und Birgit Meyer (Hg.): Frauenhandlexikon. Stichworte zur Selbstbestimmung. München: Beck, S. 165–169.

Parker, Rhiannon; Larkin, Theresa; Cockburn, Jon (2017): A visual analysis of gender bias in contemporary anatomy textbooks. In: Social science & Medicine (180), S. 106–113. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.032.

Parsons, Talcott (1970): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: René König und Margret Tönnesmann (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. 4. Aufl. Köln, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10–57.

Pereira Gray, Denis J.; Sidaway-Lee, Kate; White, Eleanor; Thorne, Angus; Evans, Philip H. (2018): Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. In: BMJ Open 8 (6), e021161. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Perko, Gudrun (2005): Queer-Theorien. Ethische, politische und logische Dimensionen plural-queeren Denkens. Köln: PapyRossa Verlag.

Peter, Claudia; Neubert, Carolin (2016): Medikalisierung sozialer Prozesse. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 273–285.

Petersen, Alan (1998): Sexing the Body: Representations of Sex Differences in Gray's Anatomy, 1858 to the Present. In: Body & Society 4 (1), S. 1–15.

Pieper, Marianne; Bauer, Robin (2005): Polyamoury & Mono-Normativität. Ergebnisse einer empirischen Studie über nicht-monogame Lebensformen. In: Laura Méritt, Traude Bührmann und Nadja Boris Schefzig (Hg.): Mehr als eine Liebe. Polyamouröse Beziehungen. Berlin: Orlanda-Frauenverl., S. 59–69.

Pink Cross (2022): Blutspende soll diskriminierungsfreier werden. Online verfügbar unter https://www.pinkcross.ch/de/aktuelles/politik/blutspende/221205-blutspende-soll-diskriminierungsfreier-werden, zuletzt aktualisiert am 05.12.2022, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Plener, Paul L.; Freudenmann, Roland W. (2012): 7. Suizid. In: Wolfgang Harth, Elmar Brähler und Hans-Christian Schuppe (Hg.): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 290–297.

Plöderl, Martin (2012): 5. Männliche Homosexualität. In: Wolfgang Harth, Elmar Brähler und Hans-Christian Schuppe (Hg.): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 277–282.

Plöderl, Martin (2020): Suizidrisiko bei LSBTI*. In: Stefan Timmermanns und Maika Böhm (Hg.): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 291–306.

Plöderl, Martin; Tremblay, Pierre (2015): Mental health of sexual minorities. A systematic review. In: International review of psychiatry 27 (5), S. 367–385. DOI: https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949.

Pöge, Kathleen; Dennert, Gabriele; Koppe, Uwe; Güldenring, Annette; Matthigack, Ev B.; Rommel, Alexander (2020a): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. In: Journal of Health Monitoring 5 (S1). DOI: https://doi.org/10.25646/6448.

Pöge, Kathleen; Strasser, Sarah Mirabella; Saß, Anke-Christine; Rommel, Alexander (2020b): Civil society stakeholders' participation in national health reporting on sex/gender issues: a study protocol for an intersectionality-informed and sex/gender-sensitive approach to focus group research. In: BMJ Open 10 (1), e033412. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033412.

Pohl, Rüdiger (2004): Introduction: Cognitive Illusions. In: Rüdiger Pohl (Hg.): Cognitive Illusions. A Handbook on Fallacies and Biases in Thinking, Judgement and Memory. London: Taylor and Francis, S. 1–20.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Pohlkamp, Ines (2014): Genderbashing. Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit. Münster: Unrast.

Pohontsch, Nadine Janis; Müller, Veronika; Brandner, Susanne; Karlheim, Christoph; Jünger, Saskia; Klindtworth, Katharina et al. (2018): Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1: Einführung und Überlegungen zur Methodenwahl und Planung. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 80 (10), S. 864–870. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0043-104379.

Poluda, Eva (2007): 5. Probleme der weiblichen homosexuellen Entwicklung. In: Volkmar Sigusch und Nikolaus Becker (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 43–54.

Preis, Victoria (2016): Ablehnung oder Zuwendung? – Zum Umgang der Psychoanalyse mit Homosexualität. In: J. Psychoanal. 57, S. 82–98. DOI: https://doi.org/10.18754/jfp.57.6.

Presser, Lois (2005): Negotiating Power and Narrative in Research: Implications for Feminist Methodology. In: Signs 30 (4), S. 2067–2090.

Przeworski, Amy; Peterson, Emily; Piedra, Alexandra (2021): A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. In: Clinical Psychology: Science and Practice 28 (1), S. 81–100. DOI: https://doi.org/10.1111/cpsp.12377.

Przybylo, Ela (2011): Crisis and safety. The asexual in sexusociety. In: Sexualities 14 (4), S. 444–461. DOI: https://doi.org/10.1177/1363460711406461.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (2007). 261., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: De Gruyter.

qualitativeinhaltsanalyse.de (2023): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Online verfügbar unter https://qualitativeinhaltsanalyse.de/, zuletzt aktualisiert am 01.04.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2020a): Coming Out. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/coming-out/, zuletzt aktualisiert am 21.09.2020, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2020b): Dyadisch. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/dyadik/, zuletzt aktualisiert am 21.09.2020, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2020c): Femme. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/femme/, zuletzt aktualisiert am 21.09.2020, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2021a): Community. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/community/, zuletzt aktualisiert am 23.04.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Queer Lexikon (2021b): Label. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/label/, zuletzt aktualisiert am 22.05.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2021c): Monogamie. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/monogamie/, zuletzt aktualisiert am 24.05.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2021d): Monosexualität. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/monosexualitaet/, zuletzt aktualisiert am 24.05.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2022): Multisexuell. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2022/03/25/multisexuell/, zuletzt aktualisiert am 25.03.2022, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023a): Cis. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/cis/, zuletzt aktualisiert am 10.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023b): Deadname. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2019/12/23/deadname/, zuletzt aktualisiert am 10.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023c): Dysphorie. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/dysphorie/, zuletzt aktualisiert am 10.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023d): Gatekeeping. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2020/04/29/gatekeeping/, zuletzt aktualisiert am 11.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023e): Heterosexualität. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/heterosexualitaet/, zuletzt aktualisiert am 11.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023f): LSBTQIA+. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/lsbatiqqp/, zuletzt aktualisiert am 20.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023g): Pansexualität. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/pansexualitaet/, zuletzt aktualisiert am 20.02.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023h): Queerfeindlichkeit. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2020/04/29/queerfeindlichkeit/, zuletzt aktualisiert am 24.02.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023i): Sex repulsed. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2023/06/18/sex-repulsed/, zuletzt aktualisiert am 18.06.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023j): Sexuelle Orientierung. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/sexuelle-orientierung/, zuletzt aktualisiert am 04.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Queer Lexikon (2023k): Split-Attraction-Model. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2023/03/24/split-attraction-model/, zuletzt aktualisiert am 24.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023l): Tomboy. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/tomboy/, zuletzt aktualisiert am 040.3.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023m): Transition. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/transition/, zuletzt aktualisiert am 06.0.3.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023n): Transmaskulinität. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/transmaskulinitaet/, zuletzt aktualisiert am 04.07.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (20230): Zugewiesenes Geschlecht. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/08/zugewiesenes-geschlecht/, zuletzt aktualisiert am 08.06.2017, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023p): Alloromantisch. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2020/04/29/alloromantisch/, zuletzt aktualisiert am 09.03.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023q): Binder. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2017/06/15/binder/, zuletzt aktualisiert am 24.05.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2023r): Fremdouting. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2023/08/16/fremdouting/, zuletzt aktualisiert am 16.08.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Queer Lexikon (2024): Misgendern. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/2020/04/29/misgendern/, zuletzt aktualisiert am 22.08.2025.

Queer Lexikon (o. J.): Einführung in sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/uebersichtsseiten/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Quenzel, Gudrun (o. J.): 2.4.2 Adoleszenz. In: Renate Deinzer und Olaf von dem Knesebeck (Hg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Online verfügbar unter https://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46/168, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Quindeau, Ilka (2015): »Recovering from Iatrogenesis …« Vom Umgang mit dem homophoben Erbe. In: Psyche 69 (7), S. 648–660.

Raj, Rupert (2002): Towards a Transpositive Therapeutic Model: Developing Clinical Sensitivity and Cultural Competence in the Effective Support of Transsexual and Transgendered Clients. In: The International Journal of Transgenderism 6 (2), S. 1–36.

Rásky, Eva; Scheipl, Susanne (2016): Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit. Entwicklung, Status Quo und Zukunftsperspektiven in Österreich. In:

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, S. 71–100.

Rauchfleisch, Udo (1996): Schwule, Lesben, Bisexuelle. Lebensweisen – Vorurteile – Einsichten. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reuter, Julia (2002): Ordnungen des Anderen. Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden. Bielefeld: transcript.

Reuter, Peter (2004): Springer Lexikon Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer.

Rheinberger, Hans-Jörg (2005): Ludwik Fleck und die Historizität wissenschaftlichen Wissens. In: Rainer Egloff (Hg.): Tatsache – Denkstil – Kontroverse. Auseinandersetzungen mit Ludwik Fleck. Zürich: Collegium Helveticum, S. 21–23.

Rich, Adrienne (1980): Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. In: Signs. Women: Sex and Sexuality. 5 (4), S. 631–660.

Richards, Elliott G.; Agatisa, Patricia K.; Davis, Anne C.; Flyckt, Rebecca; Mabel, Hilary; Falcone, Tommaso et al. (2019): Framing the diagnosis and treatment of absolute uterine factor infertility. Insights from in-depth interviews with uterus transplant trial participants. In: AJOB empirical bioethics 10 (1), S. 23–35. DOI: https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1572672.

Richards, Elliott G.; Farrell, Ruth M.; Ricci, Stephanie; Perni, Uma; Quintini, Cristiano; Tzakis, Andreas; Falcone, Tommaso (2021): Uterus transplantation: state of the art in 2021. In: Journal of assisted reproduction and genetics 38 (9), S. 2251–2259. DOI: https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7.

Richarz, Theresa Anna (2019): Rechtliche Elternschaft jenseits der Geschlechternorm. In: RdJB 67 (1), S. 53–75. DOI: https://doi.org/10.5771/0034-1312-2019-1-53.

Richter, Diana; Geue, Kristina; Gansera, Lutz; Brähler, Elmar (2012): 4. Sexualität im Alter. In: Wolfgang Harth, Elmar Brähler und Hans-Christian Schuppe (Hg.): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 271–276.

Richter-Appelt, Hertha (2007): Probleme der intersexuellen Entwicklung. In: Volkmar Sigusch und Nikolaus Becker (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 236–250.

Richter-Appelt, Hertha; Nieder, Timo Ole (Hg.) (2014): Transgender-Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of care der World Professional Association for Transgender Health. Gießen: Psychosozial-Verl.

Riedl, David; Schüßler, Gerhard (2017): The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (63), S. 131–150.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Rinnert, Kerstin (2020): Liebes Leben anders. Eine ressourcenorientierte Analyse queerer Lebensrealitäten in heteronormativen Verhältnissen. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

Ritter, Kim (2019): Typische Anerkennungskonflikte in den Lebensgeschichten bisexueller Menschen. In: Heinz-Jürgen Voß und Kim Ritter (Hg.): Being Bi. Bisexualität zwischen Unsichtbarkeit und Chic. Göttingen: Wallstein Verlag, S. 37–53.

Robert Koch-Institut; Deutsche Aidshilfe (2023): Forschungsbericht zum Projekt »Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys«. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/TASG-Ergebnisse.html, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Robertson, John A. (2016a): Impact of uterus transplant on fetuses and resulting children. A response to Daar and Klipstein. In: Journal of law and the biosciences 3 (3), S. 710–717. DOI: https://doi.org/10.1093/jlb/lsw036.

Robertson, John A. (2016b): Other women's wombs. Uterus transplants and gestational surrogacy. In: Journal of law and the biosciences 3 (1), S. 68–86. DOI: https://doi.org/10.1093/jlb/lsw011.

Robertson, William J. (2017): The Irrelevance Narrative: Queer (In)Visibility in Medical Education and Practice. In: Medical anthropology quarterly 31 (2), S. 159–176. DOI: https://doi.org/10.1111/maq.12289.

Röndahl, Gerd (2011): Heteronormativity in health care education programs. In: Nurse education today 31 (4), S. 345–349. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.003.

Röndahl, Gerd; Innala, Sune; Carlsson, Marianne (2006): Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. In: Journal of advanced nursing 56 (4), S. 373–381. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x.

Rose, Maddie (2020): Is MRKH Intersex? Ask a Different Question Instead. Online verfügbar unter https://interactadvocates.org/is-mrkh-intersex/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Rose, Nadine (2015): Subjekte der Macht bei Judith Butler und Michel Foucault. Machtvolle Diskurse, Subjektivierungen und Widerstand als Ausgangspunkt für eine rassismuskritische Perspektive in der Migrationsforschung. In: Julia Reuter und Paul Mecheril (Hg.): Schlüsselwerke der Migrationsforschung. Pionierstudien und Referenztheorien. Wiesbaden: Springer VS, S. 323–342.

Rosenberg, Hannah (2021): Auf den Spuren des Falls Amalie Dietrich vor dem Hintergrund einer Heuristik im Anschluss an Ludwik Fleck. In: Nicole Hoffmann und Wiebke Waburg (Hg.): Eine Naturforscherin zwischen Fake, Fakt und Fiktion. Multidisziplinäre Perspektiven uu Werk und Rezeption von Amalie Dietrich. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 145–160.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Roux-Goupille, Camille (2021): Images as Resources in Biological Science Teaching. In: Péter Bagoly-Simó und Zuzana Sikorová (Hg.): Textbooks and Educational Media: Perspectives from Subject Education. Proceedings of the 13th IARTEM Conference 2015, Berlin. Cham: Springer International Publishing; Imprint Springer, S. 227–233.

Rubin, Gayle (2012 [1984]): Thinking Sex. Notes Towards a Radical Theory of the Politics of Sexuality. In: Gayle Rubin: Deviations. A Gayle Rubin reader. Durham, NC: Duke University Press, S. 137–181.

Ruebsam-Simon, Ekkehard (2002): Arztberuf in der Krise: Veränderung beginnt im Kopf. In: Deutsches Ärzteblatt (43/99), S. 2840–2843.

Sabisch, Katja (2016): Der Mensch als wissenschaftliche Tatsache. Wissenssoziologische Studien mit Ludwik Fleck. Berlin: Kulturverlag Kadmos.

Sander, Dirk (2017): Einleitung. In: Gisela Wolf (Hg.): Substanzgebrauch bei Queers. Dauerthema und Tabu. Göttingen: Wallstein Verlag, S. 8–15.

Sander, Nadine; Schulz, Miklas (2015): Herausforderungen und Potentiale bei online geführten Gruppendiskussionen. In: Zeitschrift für Soziologie 44 (3), S. 329–345.

Sauer, Arn; Güldenring, Annette (2017): Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten: Stand, Bedarfe, Empfehlungen. In: Stiftung Männergesundheit (Hg.): Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 239–252.

Schadler, Cornelia (2013): Vater, Mutter, Kind werden. Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft. Bielefeld: transcript.

Schäfer, Lothar; Schnelle, Thomas (1983): Die Aktualität Ludwik Flecks in der Wissenschaftssoziologie und Erkenntnistheorie. In: Lothar Schäfer und Thomas Schnelle (Hg.): Ludwik Fleck. Erfahrung und Tatsache. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 9–34.

Scheunemann, Kim (2018): Expert_innen des Geschlechts? Bielefeld: transcript.

Schirmer, Utan (2013): Zur Wirklichkeit trans*-queerer Existenzweisem. In: Dominique Grisard, Ulle Jäger und Tomke König (Hg.): Verschieden sein. Nachdenken über Geschlecht und Differenz. Sulzbach/Taunus: Helmer, S. 169–181.

Schmidt, Christian (2021): ›Ein Grundbegriff, den man nicht verwenden kann, ohne Vorkehrungen zu treffen‹. Michel Foucaults Beitrag zur Analyse und Kritik von Ideologien. In: Heiko Beyer und Alexandra Schauer (Hg.): Die Rückkehr der Ideologie. Zur Gegenwart eines Schlüsselbegriffs. Frankfurt, New York: Campus Verlag, S. 85–109.

Schmieder, Christian (2007): Die Spermien und das Meer: Metaphernanalyse als qualitative Methode. Online verfügbar unter https://www.metaphorik.de/de/aufsaetze/die-spermien-und-das-meer-metaphernanalyse-als-qualitative-methode-und.html, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Schmitz, Sigrid; Degele, Nina (2016): Testosteron als bio-soziales Konzept: Zur wechselseitigen Transformation von Hormonen, Körpern und Sozialem. Online

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

verfügbar unter https://www.soziologie.uni-freiburg.de/personen/degele/dokumente-publikationen/Schmitz_Degele_Testosteron%20als%20bio-soziales%20Konzept_formatiert.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Schofield, Toni (2012): Men's Health and Well-being. In: Ellen Kuhlmann und Ellen Annadale (Hg.): The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 273–289.

Schölkopf, Martin; Grimmeisen, Simone (2021): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schon, Lothar (2016): Homophobie und Heterophobie – Schwierigkeiten unterschiedlicher psychosexueller Konstellationen des analytischen Paars. In: J. Psychoanal. 57, S. 66–81. DOI: https://doi.org/10.18754/jfp.57.5.

Schroedter, Thomas; Vetter, Christina (2010): Polyamory. Eine Erinnerung. 2. Aufl. Stuttgart: Schmetterling Verlag.

Schroer, Markus; Wilde, Jessica (2016): Gesunde Körper – Kranke Körper. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 257–271.

Schuldzinski, Johanna (2020): Männliche Homosexualität in der jungen Bundesrepublik. Kriminalisierung und Entkriminalisierung im Kontext sich wandelnder Männlichkeitsnormen. Zulassungsarbeit. Universität Freiburg.

Schulze, Susanne (2014): Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie: Urban Fischer Verlag – Lehrbücher.

Schweizer, Katinka (2017): Herausforderungen der Gesundheitsversorgung bei Intergeschlechtlichkeit. In: Stiftung Männergesundheit (Hg.): Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 253–268.

Scout, N. F.N. (2019): Tobacco Use in LGBT Populations. In: Jason S. Schneider, Vincent M. B. Silenzio, Laura Erickson-Schroth und Hector Vargas (Hg.): The GLMA handbook on LGBT health. 2 Bände. Santa Barbara, California: Praeger (2), S. 139–174.

Scully, Diana; Bart, Pauline (1973): A Funny Thing Happened on the Way to the Orifice: Women in Gynecology Textbooks. In: American Journal of Sociology 78 (4), S. 1045–1050.

Seeck, Francis (2021): Care trans_formieren. Bielefeld: transcript.

Sell, Randall (2019): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health and Epidemiology. In: Jason S. Schneider, Vincent M. B. Silenzio, Laura Erickson-Schroth und Hector Vargas (Hg.): The GLMA handbook on LGBT health. 2 Bände. Santa Barbara, California: Praeger (1), S. 61–82.

Semlyen, Joanna; King, Michael; Varney, Justin; Hagger-Johnson, Gareth (2016): Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing:

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. In: BMC psychiatry 16, S. 67. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z.

Shah-Beckley, Iduna; Clarke, Victoria; Thomas, Zoe (2020): Therapists' and non-therapists' constructions of heterosex: A qualitative story completion study. In: Psychology and psychotherapy 93 (2), S. 189–206. DOI: https://doi.org/10.1111/papt.12203.

Shai, Ayelet; Koffler, Shahar; Hashiloni-Dolev, Yael (2021): Feminism, gender medicine and beyond: a feminist analysis of »gender medicine«. In: International journal for equity in health 20 (1), S. 177. DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-021-01511-5.

Sharman, Zena (2021a): Introduction. In: Zena Sharman (Hg.): The care we dream of. Liberatory & transformative approaches to LGBTQ+ health. Vancouver: Arsenal Pulp Press, S. 11–30.

Sharman, Zena (2021b): Queer Alchemy. Perverting the Health System, Fighting to Win. In: Zena Sharman (Hg.): The care we dream of. Liberatory & transformative approaches to LGBTQ+ health. Vancouver: Arsenal Pulp Press, S. 39–57.

Sharman, Zena (Hg.) (2016): The Remedy. Queer and Trans Voices on Health and Health Care. Vancouver: Arsenal Pulp Press.

Sholl, Jonathan (2017): Medicalization. In: Joost de Bloois, Stijn De Cauwer und Anneleen Masschelein (Hg.): 50 key terms in contemporary cultural theory. Kalmthout: Pelckmans Pro, S. 185–190.

Sifferlin, Alexandra (2016): This New Surgery Could Change Pregnancy Forever. Online verfügbar unter https://web.archive.org/web/20170429215006/https://de.scribd.com/article/327612041/This-New-Surgery-Could-Change-Pregnancy-Forever, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Sigusch, Volkmar (2007a): 28. Transsexuelle Entwicklungen. In: Volkmar Sigusch und Nikolaus Becker (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 346–361.

Sigusch, Volkmar (2007b): 9. Diagnostik und Differentialdiagnostik sexueller Störungen. In: Volkmar Sigusch und Nikolaus Becker (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 92–103.

Sigusch, Volkmar (2017): Anfänge einer Sexualmedizin in Deutschland. Ein persönlicher Rückblick. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 60 (9), S. 932–936. DOI: https://doi.org/10.1007/s00103-017-2602-1.

Sigusch, Volkmar; Becker, Nikolaus (Hg.) (2007): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME.

Simon, Michael (2021): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Skidmore, W. Christopher; Simone, Mark J.; Eskildsen, Manuel A., Staats. David O., Appelbaum, Jonathan S. (2019): The Health of LGBT Elders. In: Jason S. Schneider, Vincent M. B. Silenzio, Laura Erickson-Schroth und Hector Vargas (Hg.): The GLMA handbook on LGBT health. 2 Bände. Santa Barbara, California: Praeger (1), S. 155–184.

Smith, Theodore C. (2022): Re-examining our roots: Queer history and anatomy. In: Anatomical record (Hoboken, N.J. : 2007) 305 (4), S. 968–982. DOI: https://doi.org/10.1002/ar.24859.

SMJG e.V. (o. J.): BDSM – Was ist das überhaupt? Online verfügbar unter https://smjg.org/bdsm-und-jugend/bdsm-was-ist-das-ueberhaupt/, zuletzt aktualisiert am 23.06.2023, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Sohn, Werner (1999): Bio-Macht und Normalisierungsgesellschaft – Versuch einer Annäherung. In: Werner Sohn und Herbert Mehrtens (Hg.): Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft. Opladen: Westdt. Verl., S. 9–29.

Sontag, Susan (1989): Aids und seine Metaphern. München: Hanser.

Spahn, Annika (2017a): Subversion oder Assimilation? Trans* und Schwangerschaft in einer heteronormativen Gesellschaft. Online verfügbar unter https://freidok.uni-freiburg.de/data/12314, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Spahn, Annika (2017b): Vollendung der Natur? Der wissenschaftliche Diskurs über Körpernormierungen an intergeschlechtlichen Menschen. London: Akademikerverlag.

Spahn, Annika (2017c): A_sexualität | Queer Lexikon. Online verfügbar unter https://queer-lexikon.net/uebersichtsseiten/a_sexualitaet/, zuletzt aktualisiert am 28.09.2017, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Spahn, Annika (2018a): A_sexualität im Fachunterricht thematisieren. In: Annika Spahn und Juliette Wedl (Hg.): Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule. Göttingen: Edition Waldschlösschen Materialien, S. 170–171.

Spahn, Annika (2018b): Über Lesbisch-Sein, Schwul-Sein, Bisexualität, Asexualität, Regenbogenfamilien, Transgeschlechtlichkeit und Intergeschlechtlichkeit im Unterricht sprechen – aber wie? Eine Checkliste. In: Annika Spahn und Juliette Wedl (Hg.): Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter*freundlichkeit in der Schule. Göttingen: Edition Waldschlösschen Materialien, S. 164–167.

Spahn, Annika (2020a): Die Renaissance der Frigidität – Aktuelle Pathologisierungen von A*sexualität. In: Marcel Hackbart (Hg.): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Göttingen: Edition Waldschlösschen, S. 145–152.

Spahn, Annika (2020b): Gendermedizin und Geschlechtervielfalt. In: Marcel Hackbart (Hg.): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlecht-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

licher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Göttingen: Edition Waldschlösschen, S. 69–78.

Spahn, Annika (2021): Frigidität 2.0 – Aktuelle Medikalisierungen von A_sexualität. Hg. v. Blog Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Online verfügbar unter https://www.gender-blog.de/beitrag/medikalisierungen-von-asexualitaet, zuletzt aktualisiert am 13.04.2021, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Spahn, Annika; Ellenberger, Lena (2020): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Gyäkologie. In: Marcel Hackbart (Hg.): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Göttingen: Edition Waldschlösschen, S. 79–95.

Spahn, Annika; Kern, Annika (2020): Lesben zeigen Zähne! Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Zahnmedizin. In: Marcel Hackbart (Hg.): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Göttingen: Edition Waldschlösschen, S. 163–168.

Sparrow, Robert (2008): Is it »every man's right to have babies if he wants them«? Male pregnancy and the limits of reproductive liberty. In: Kennedy Institute of Ethics journal 18 (3), S. 275–299. DOI: https://doi.org/10.1353/ken.0.0198.

Sperlich, Stefanie; Geyer, Siegfried (o. J.): 2.5.2. Die Perspektive der Umwelt: Soziale Normen und Rollen. In: Renate Deinzer und Olaf von dem Knesebeck (Hg.): Online-Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Online verfügbar unter https://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46/88, zuletzt geprüft am 122.08.2025.

Steffens, Melanie Caroline; Thompson, Erin Marie (2006): Verruchte – Perverse – Kranke – Unsichtbare: der historische Blick. In: Ulrich Biechele, Philipp Hammelstein und Thomas Heinrich (Hg.): Anders ver-rückt?! Lesben und Schwule in der Psychiatrie. Lengerich: Pabst, S. 13–22.

Steller, Joachim; Valet, Axel; Goerke, Kay (2021): 1. Tipps für die Stationsarbeit. In: Kay Goerke, Joachim Steller, Axel Valet und Roland Axt-Fliedner (Hg.): Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe. 11. Auflage. München: Elsevier, S. 3–54.

Street, Richard L.; Makoul, Gregory; Arora, Neeraj K.; Epstein, Ronald M. (2009): How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. In: Patient education and counseling 74 (3), S. 295–301. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015.

Stritzke, Nadyne; Scaramuzza, Elisa (2016): Trans*, Intersex, and the Question of Pregnancy: Beyond Repronormative Reproduction. In: Stefan Horlacher (Hg.): Transgender and Intersex: Theoretical, Practical, and Artistic Perspectives. New York: Palgrave Macmillan US, S. 141–163.

Stubber, Claire; Kirkman, Maggie (2016): The Persistence of the Frankenstein Myth: Organ Transplantation and Surrogate Motherhood. In: Soundings: An Interdisciplinary Journal 99 (1), S. 29–53. DOI: https://doi.org/10.5325/soundings.99.1.0029.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Stückler, Andreas (2017): Geschlecht – Konkurrenz – Androzentrismus. In: Annette Knaut und Julia Heidler (Hg.): Spitzenfrauen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 139–155.

Tabaac, Ariella R.; Benotsch, Eric G.; Barnes, Andrew J. (2019): Mediation Models of Perceived Medical Heterosexism, Provider-Patient Relationship Quality, and Cervical Cancer Screening in a Community Sample of Sexual Minority Women and Gender Nonbinary Adults. In: LGBT health 6 (2), S. 77–86. DOI: https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0203.

Taylor, Chloë (2015): Female Sexual Dysfunction, Feminist Sexology, and the Psychiatry of the Normal. In: Feminist Studies (41(2)), S. 259–292.

Taylor, Robert B. (2005): The clinician's guide to medical writing. New York, NY: Springer.

Teilhabeberatung.de: Ableismus. Online verfügbar unter https://www.teilhabeberatung.de/woerterbuch/ableismus, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Teschlade, Julia; Peukert, Almut; Wimbauer, Christine; Motakef, Mona; Holzleithner, Elisabeth (2020): Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. Eine Einleitung. In: Almut Peukert, Julia Teschlade, Christine Wimbauer, Mona Motakef und Elisabeth Holzleithner (Hg.): Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 9–27.

Testa, G.; Koon, E. C.; Johannesson, L. (2017a): Living Donor Uterus Transplant and Surrogacy. Ethical Analysis According to the Principle of Equipoise. In: American journal of transplantation 17 (4), S. 912–916. DOI: https://doi.org/10.1111/ajt.14086.

Testa, G.; Koon, E. C.; Johannesson, L.; McKenna, G. J.; Anthony, T.; Klintmalm, G. B. et al. (2017b): Living Donor Uterus Transplantation. A Single Center's Observations and Lessons Learned From Early Setbacks to Technical Success. In: American journal of transplantation 17 (11), S. 2901–2910. DOI: https://doi.org/10.1111/ajt.14326.

The National LGB&T Partnership (2018): #LBTWomensHealth18 Facts and Figures. Online verfügbar unter https://web.archive.org/web/20200513081611/https://nationallgbtpartnership.org/lbtwh/lbtwh18-facts-and-figures/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

The thinking Aro (2015): We Need Mental Healthcare That's Aro Positive. Online verfügbar unter https://thethinkingasexual.wordpress.com/2015/10/26/we-need-mental-healthcare-thats-aro-positive/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

The Working Group for a New View of Women's Sexual Problems (2002): A New View of Women's Sexual Problems. In: Women and Therapy 24 (1), S. 1–8.

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012): Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuel-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

len, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. Online verfügbar unter https://www.wpath.org/publications/soc, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Thesing, Peet (2019): Feministische Psychatriekritik. 2., korr. Auflage. Münster: Unrast.

Thies, Frank (2019): Einleitung. Bisexualität zwischen Unsichtbarkeit und Chic. In: Heinz-Jürgen Voß und Kim Ritter (Hg.): Being Bi. Bisexualität zwischen Unsichtbarkeit und Chic. Göttingen: Wallstein Verlag, S. 7–14.

Thiessen, Barbara (2019): Mutterschaft zwischen (Re-)Naturalisierung und Diskursivierung von Gender und Care. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Band 1. Wiesbaden: Springer VS, S. 1141–1149.

Thomä, Dieter (2019): Freude, Glück und Wohlbefinden in philosophischer Perspektive. In: Hermann Kappelhoff, Jan-Hendrik Bakels, Hauke Lehmann und Christina Schmitt (Hg.): Emotionen. Ein interdisziplinäres Handbuch. Berlin: J.B. Metzler Verlag, S. 134–138.

Thomas, Tanja (2009): Michel Foucault: Diskurs, Macht und Subjekt. In: Andreas Hepp, Friedrich Krotz und Tanja Thomas (Hg.): Schlüsselwerke der Cultural Studies. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 58–71.

Thyen, Ute; Lux, Anke; Jürgensen, Martina; Hiort, Olaf; Köhler, Birgit (2014): Utilization of health care services and satisfaction with care in adults affected by disorders of sex development (DSD). In: Journal of general internal medicine 29 (Suppl 3), 752–759. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-014-2917-7.

Tiefer, Leonore (2012): The ›New View‹ Campaign. A Feminist Critique of Sex Therapy and an Alternative Vision. In: Peggy J. Kleinplatz (Hg.): New directions in sex therapy. Innovations and alternatives. 2nd ed. New York: Routledge, S. 21–35.

Tietz, Lüder (2011): Kritik der Psychopathologisierung von Homo-, Trans- und Intersexualität. AG Queer Studies. Hamburg, 2011.

Timmermanns, Stefan; Böhm, Maika (2020): Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt – eine Einleitung. In: Stefan Timmermanns und Maika Böhm (Hg.): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 9–19.

Timmermanns, Stefan; Graf, Niels; Merz, Simon; Stöver, Heino (2022): »Wie geht's euch?«. Psychosoziale Gesundheit und Wohlbefinden von LSBTIQ*. Weinheim: Beltz.

Tischoff, Cathleen (2020): Menschenbilder der Gesundheit: (Ent-)Pathologisierung und Normverständnis. In: Marcel Hackbart (Hg.): Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin. Göttingen: Edition Waldschlösschen, S. 91–111.

Toman, Lindsay (2019): Navigating medical culture and LGBTQ identity. In: The clinical teacher 16 (4), S. 335–338. DOI: https://doi.org/10.1111/tct.13078.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Transgender Network Switzerland (o. J.): Medizin. Online verfügbar unter https://www.tgns.ch/de/information/medizinisches/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Turner, Bryan S. (1998): Foreword. From governmentality to risk. Some reflections on Foucault's contributions to medical sociology. In: Alan R. Petersen und Robin Bunton (Hg.): Foucault, health and medicine. 1. publ., repr. London, New York: Routledge, S. IX–XXI.

Tüttelmann, F.; Röpke, A. (2011): 2.3 Genetische Aspekte. In: Walter Krause, Wolfgang Weidner, Herbert Sperling und Thorsten Diemer (Hg.): Andrologie. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 84–99.

Uhl, Bernhard (2018): Gynäkologie und Geburtshilfe compact. Alles für Station, Praxis und Facharztprüfung. 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: THIEME.

Ullrich, Charlotte (2012): Medikalisierte Hoffnung? Eine ethnographische Studie zur reproduktionsmedizinischen Praxis. Bielefeld: transcript.

UNAIDS (2006): Policy Brief: HIV and Sex Between Men. Online verfügbar unter https://web.archive.org/web/20130621123530/www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/briefingnote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Urwin, Jack (2017): Boys don't cry. Identität, Gefühl und Männlichkeit. Hamburg: Edition Nautilus.

Utamsingh, Pooja Dushyant; Richman, Laura Smart; Martin, Julie L.; Lattanner, Micah R.; Chaikind, Jeremy Ross (2016): Heteronormativity and practitioner-patient interaction. In: Health communication 31 (5), S. 566–574. DOI: https://doi.org/10.1080/10410236.2014.979975.

van Houdenhove, Ellen; Gijs, Luk; T'Sjoen, Guy; Enzlin, Paul (2014): Asexuality. Few facts, many questions. In: Journal of sex & marital therapy 40 (3), S. 175–192. DOI: https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751073.

Victoria State Government (2019): Health and wellbeing of people with intersex variations. Information and resource paper. Hg. v. Victoria State Government. Melbourne. Online verfügbar unter https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/h/health-and-wellbeing-of-people-with-intersex-variations.docx, zuletzt geprüft am 22.08.2025..

Villa, Paula-Irene (2011): Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Teilw. zugl.: Bonn, Univ., Diss., 1998. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Geschlecht & Gesellschaft, 23).

Voß, Heinz-Jürgen (2012): Intersexualität – Intersex. Eine Intervention. Münster: Unrast.

Voß, Heinz-Jürgen (2014): Auslöschung von Ambiguität. Von der Suche nach geschlechtlicher ›Eindeutigkeit‹ und ihrer Durchsetzung. In: Astrid M. Fellner, Anne Conrad und Jennifer J* Moos (Hg.): Gender überall!? Beiträge zur in-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

terdisziplinären Geschlechterforschung. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag, S. 223–241.

Voß, Heinz-Jürgen (2019): Intersexualität/Intergeschlechtlichkeit: Die gesellschaftlichen Debatten um das Behandlungsprogramm und der Paradigmen-Wechsel der Medizin von der »Optimal-Gender-Policy« zur »Gene-to-Gender-Policy«. In: Elisabeth Greif (Hg.): No Lessons from the Intersexed? Anerkennung und Schutz intergeschlechtlicher Menschen durch Recht.: Trauner Verlag, S. 130–148.

Voß, Heinz-Jürgen (2021): Verankerung der Wissens- und Kompetenzentwicklung zu den Themen Trans- und Intergeschlechtlichkeit in den Bildungslehrplänen und Curricula von Ausbildungs- und Studiengängen relevanter Sozial- und Gesundheitsberufe. Policy Paper. Hochschule Merseburg. Online verfügbar unter https://digital.bibliothek.uni-halle.de/pe/download/pdf/3249833?originalFilename=true, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Wagenknecht, Peter (2007): Was ist Heteronormativität? Zur Geschichte und Gehalt des Begriffs. In: Jutta Hartmann und Bettina Fritzsche (Hg.): Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 17–34.

Wahlen, Raphaël; Bize, Raphaël; Wang, Jen; Merglen, Arnaud; Ambresin, Anne-Emmanuelle (2020): Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. In: PLoS ONE 15 (7), e0234743. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234743.

Walgenbach, Katharina (2012): Intersektionalität – eine Einführung. Online verfügbar unter http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Ward, Jane (2020): The tragedy of heterosexuality. New York: New York University Press.

Warner, Michael (2004): Introduction. In: Michael Warner (Hg.): Fear of a queer planet. Queer politics and social theory. 6. Auflage. Minneapolis: Univ. of Minnesota Press, S. VII–XXXI.

Wattenberg, Ivonne; Lätzsch, Rebecca; Hornberg, Claudia (2019): Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hg.): Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 1193–1202.

Weber, Stefanie (2020): BASICS Gynäkologie und Geburtshilfe. 7. Auflage. München: Elsevier.

Wei, Li; Xue, Tao; Tao, Kai-Shan; Zhang, Geng; Zhao, Guang-Yue; Yu, Shi-Qiang et al. (2017): Modified human uterus transplantation using ovarian veins for venous drainage. The first report of surgically successful robotic-assisted uterus

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

procurement and follow-up for 12 months. In: Fertility and sterility 108 (2), 346–356.e1. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.039.

Weinmann, Stefan (2019): Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets. Köln: Psychiatrie Verlag.

Wendell, Susan (1996): The rejected body. Feminist philosophical reflections on disability. New York, London: Routledge.

Wetterer, Angelika (2002): Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. »Gender at work« in theoretischer und historischer Perspektive. Konstanz: UVK-Verl.-Ges.

Wetterer, Angelika (2003): Rhetorische Modernisierung: Das Verschwinden der Ungleichheit aus dem zeitgenössischen Differenzwissen. In: Gudrun-Axeli Knapp und Angelika Wetterer (Hg.): Achsen der Differenz. Gesellschaftskritik und feministische Kritik II. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 286–319.

Weymann, Ansgar (2020): Interaktion, Institution und Gesellschaft. In: Hans Joas und Steffen Mau (Hg.): Lehrbuch der Soziologie. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt a.M.: Campus Verlag, S. 171–208.

White, William; Brenman, Stephanie; Paradis, Elise; Goldsmith, Elizabeth S.; Lunn, Mitchell R.; Obedin-Maliver, Juno et al. (2015): Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patient Care: Medical Students' Preparedness and Comfort. In: Teaching and learning in medicine 27 (3), S. 254–263. DOI: https://doi.org/10.1080/10401334.2015.1044656.

Whittle, Stephen; Turner, Lewis; Combs, Ryan; Rhodes, Stephenne (2008): Transgender EuroStudy. Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. Hg. v. ILGA Europe. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/242527943_Transgender_EuroStudy_Legal_Survey_and_Focus_on_the_Transgender_Experience_of_Health_Care_Written_by/link/00463529db58a26543000000/download, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Wieacker, P.; Behre, H. M.; Nieschlag, E. (2009): 17. Störungen im Bereich von Androgenzielorganen. In: Eberhard Nieschlag, Hermann M. Behre und Susan Nieschlag (Hg.): Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 325–338.

Wierz, Volker; Nürnberg, Michael (Hg.) (2024): LSBTI* in Pflege und Medizin. Grundlagen und Handlungsempfehlungen zur Versorgung queerer Menschen. Unter Mitarbeit von Bo Andrade Frank. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Wilkinson, Richard G.; Marmot, Michael G. (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. 2. Ausg. Kopenhagen: WHO.

Willenberg, H.; Hahner, S.; Beuschlein, F.; Diederich, S.; Fassnacht, M.; Quinkler, M.; Riepe, F. (o. J.): Adrenogenitales Syndrom. Online verfügbar unter https://www.endokrinologie.net/krankheiten-androgenitales-syndrom.php, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Wintzer, Jeannine (2017): »… Deutschlands Frauen bekommen so wenig Kinder wie fast nirgendwo in der Welt …«. In: Julian Hamann, Jens Maeße, Vincent Gengnagel und Alexander Hirschfeld (Hg.): Macht in Wissenschaft und Gesellschaft. Diskurs- und feldanalytische Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, S. 359–380.

Wittig, Monique (1992): The Straight Mind And Other Essays. New York: Harvester Wheatsheaf.

Wolf, Gisela (2004): Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-Out-Prozess. Herbolzheim: Centaurus Verlag.

Wolf, Gisela (2017a): Substanzgebrauch bei Queers. In: Gisela Wolf (Hg.): Substanzgebrauch bei Queers. Dauerthema und Tabu. Göttingen: Wallstein Verlag, S. 17–72.

Wolf, Gisela (2017b): Lesbengesundheit. Vortrag. Universität Freiburg. Regenbogen-Referat AStA Uni Freiburg, 20.11.2017.

Wöllmann, Thorsten (2007): Andrologie – Wie die Medizin die Männer ›entdeckt‹. In: Martin Dinges (Hg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel. Ca. 1800 – ca. 2000. Stuttgart: Steiner, S. 87–104.

Woltersdorff, Volker (2019): Heteronormativitätskritik: ein Konzept zur kritischen Erforschung der Normalisierung von Geschlecht und Sexualität. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Band 1. Wiesbaden: Springer VS, S. 323–330.

Woweries, Jörg (2015a): Intersexualität – Medizinische Maßnahmen auf dem Prüfstand. In: Erik Schneider und Christel Baltes-Löhr (Hg.): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. 2. Auflage. Bielefeld: transcript, S. 249–264.

Woweries, Jörg (2015b): Wer ist krank? Wer entscheidet es? In: Erik Schneider und Christel Baltes-Löhr (Hg.): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. 2. Auflage. Bielefeld: transcript, S. 105–123.

Wunn, Charlotte; Rogenz, Michael (2022): Gesunde Menschen – Krank machende Medizin. In: impu!se für Gesundheitsförderung (118), S. 7–8.

XY-Frauen (o. J.a): CAIS. Online verfügbar unter http://xy-frauen.de/cais, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

XY-Frauen (o. J.b): Formen. Online verfügbar unter http://xy-frauen.de/formen, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Yale Medicine (o. J.): Absolute Uterine Factor Infertility, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Young, Iris Marion (1990): Justice and the politics of difference. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.

Zeeman, Laetitia; Sherriff, Nigel; Browne, Kath; McGlynn, Nick; Mirandola, Massimo; Gios, Lorenzo et al. (2019): A review of lesbian, gay, bisexual, trans and in-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. In: European journal of public health 29 (5), S. 974–980. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226.

Ziegler, Petra; Beelmann, Andreas (2009): Diskriminierung und Gesundheit. In: Andreas Beelmann und Kai J. Jonas (Hg.): Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden: VS Verlag fur Sozialwissenschaften GmbH, S. 357–378.

Zimmermann, Dominique; Bozdoğan, Ayşegül Şah (2015): Das Maß der Liebe. Plädoyer für ein subversives Nein. Stuttgart: Schmetterling-Verl.

Zitzmann, M. (2011): 2.1 Störungen des endokrinen Systems/Hypogonadismus. In: Walter Krause, Wolfgang Weidner, Herbert Sperling und Thorsten Diemer (Hg.): Andrologie. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: THIEME, S. 60–73.

Zobel, Simon (2015): Intergeschlechtlichkeiten – eigene Realitäten, eigene Normen. In: Erik Schneider und Christel Baltes-Löhr (Hg.): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz. 2. Auflage. Bielefeld: transcript, S. 227–247.

Zola, Irving Kenneth (1986): Medicine as an Institution of Social Control. In: Peter Conrad und Rochelle Kern (Hg.): The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives. 2. Aufl. New York: St. Martin's Press, S. 379–394.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Anhang

Glossar

In diesem alphabetisch sortierten Glossar finden sich Definitionen zu Begriffen aus der Medizin und aus dem Bereich sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt bzw. Verweise auf das entsprechende Kapitel dieser Arbeit, in dem dieser Begriff definiert wird.

3D-Sonografie Eine 3D-Sonografie ist eine Ultraschalluntersuchung, bei der die übliche zweidimensionale Darstellung um eine Darstellungsebene erweitert wird (vgl. Antwerpes o. J., o. S.).

5-α-Reduktase-2-Mangel 5-α-Reduktase-2-Mangel ist eine Form von Intergeschlechtlichkeit, bei der Enzymstörungen in der Biosynthese von Testosteron vorliegen. Bei Embryonen mit XY-Chromosomen bildet sich daher während der Embryonalzeit eine Vulva und eine Vagina (vgl. MedLexi 2021, o. S.; XY-Frauen o. J.b, o. S.).

Abbindeshirt/Binder Ein Abbindeshirt bzw. Binder ist ein eng sitzendes Unterhemd, das z. B. von trans Männern und nicht-binären Menschen benutzt wird, um ihre Brüste abzubinden und eine flache Brust zu simulieren (vgl. Queer Lexikon 2023q, o. S.)

Ableismus Ableismus bezeichnet die strukturelle Marginalisierung von physisch und/oder psychisch (chronisch) erkrankten und behinderten Personen (vgl. Teilhabeberatung.de, o. S.).

Adultismus Adultismus bezeichnet die strukturelle Marginalisierung von jungen Menschen, d. h. Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vgl. Herrmann 2023, o. S.).

Afeindlichkeit *Siehe Kap 2.4.4*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

AGS Das Adrenogenitale Syndrom (AGS) ist ein Überbegriff für verschiedene Formen von Intergeschlechtlichkeit, bei denen androgene Steroide (wie z. B. Testosteron) in der Nebennierenrinde überproduziert werden (vgl. Willenberg et al. o. J., o. S.).

AIDS/HIV Das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) schwächt das Immunsystem. Ohne Behandlung kann sich der Körper nicht mehr gegen Krankheitserreger (wie Pilze, Bakterien oder Viren) wehren und es bricht das Aquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) aus (vgl. Deutsche Aidshilfe 2019, o. S.).

Allonormativität *Siehe Kap 2.4.4*

Alloromantik Alloromantische Personen können (im Gegensatz zu aromantischen Menschen) grundsätzlich romantische Anziehung zu anderen Menschen verspüren bzw. sich in andere Menschen verlieben (vgl. Queer Lexikon 2023p, o. S.).

Allosexualität *Siehe Kap 2.4.4*

Alternative Medizin Alternative Medizin ist ein Sammelbegriff für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nicht von der wissenschaftlichen Medizin anerkannt sind oder dort eingesetzt werden. Die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit vieler alternativmedizinischer Heilmethoden ist umstritten (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Alternativmedizin«).

Amatonormativität *Siehe Kap 2.4.5*

Anamnese Die Anamnese ist die Aufnahme der Krankengeschichte eines*r Patient*in. In der Anamnese werden Art, Beginn und Verlauf der aktuellen Beschwerden sowie die gesundheitliche Vorgeschichte von Patient*innen erfragt (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Anamnese«).

Andrologie Die Andrologie ist die sog. Männerheilkunde, d. h. sie beschäftigt sich analog zur Gynäkologie mit Aufbau, Funktion und Erkrankungen von Penis, Hoden, Prostata etc., sowie mit der Zeugungs- und Fortpflanzungsfähigkeit bzw. deren Störungen (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Andrologie«).

Androzentrismus Androzentrismus ist ein zentrales Merkmal einer patriarchal organisierten Gesellschaft. Dabei wird der cis Mann als Norm gesetzt, während alle anderen Geschlechter Abweichungen darstellen (Stückler 2017), d. h. es geht bei Androzentrismus um »falsche Universalisierungen von Mann zu Mensch in Begriffen, Theoremen oder ganzen Theorien« (Metzler Lexikon Philosophie 2018, o. S.).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Anthroposophische Medizin Die Anthroposophische Medizin ist Teil der Alternativen Medizin und baut auf den Prinzipien der Anthroposophie nach Rudolf Steiner auf (vgl. Jütte 2005).

Aromantik *Siehe Kap 2.4.5*

Asexualität *Siehe Kap 2.4.4*

Arteriosklerose Arteriosklerose, umgangssprachlich auch Arterienverkalkung genannt, ist die häufigste pathologische Veränderung von Arterien, bei welcher der Blutfluss behindert oder sogar ganz unterbrochen wird (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Arteriosklerose«).

ASS Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ist ein medizinischer Begriff zur pathologischen Darstellung von Autismus (vgl. Minzgespinst o. J., o. S.).

AUFI Das Akronym AUFI steht für (absolute) uterine factor infertility und beschreibt Unfruchtbarkeit aufgrund eines nicht-funktionalen oder fehlenden Uterus (Yale Medicine o. J.).

Autogynophilie Autogynophilie bezeichnet eine Paraphilie, bei der Männer davon sexuell erregt werden, sich selbst als Frau zu erleben. Insbesondere trans Frauen wurden und werden häufig mit Autogynophilie fremddiagnostiziert (vgl. LGBT* Wiki o. J., o. S.).

AWMF-Leitlinie Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt wissenschaftlich fundierte Leitlinien *für Diagnostik und Therapie in der medizinischen Behandlungspraxis. Die Leitlinien sind allerdings für Ärzt*innen nicht rechtlich bindend (vgl. AWMF o. J., o. S.).*

Bakterielle Vaginose Die bakterielle Vaginose ist eine durch Bakterien hervorgerufene Entzündung der Vagina (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Vaginose, bakterielle«).

BDSM BDSM ist ein Akronym für verschiedene, einvernehmlich ausgeübte Kinks und Fetische, darunter Bondage, Discipline, Dominanz und Unterwerfung, Sadismus und Masochismus (vgl. SMJG e.V. o. J., o. S.).

Behandlungsbeziehung/Ärzt*in-Patient*in-Beziehung *Siehe Kap. 3.3.3*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bias Bias ist ein Begriff aus der Kognitionspsychologie und beschreibt eine kognitive Verzerrung, d. h. z. B. eine vorurteilsbehaftete Wahrnehmung oder Beurteilung (vgl. Pohl 2004).

Bifeindlichkeit *Siehe Kap 2.4.3*

Bisexualität *Siehe Kap 2.4.3*

CAIS Die Komplette Androgenresistenz (engl. Complete Androgen Insensitivity Syndrome, CAIS) bezeichnet eine Form von Intergeschlechtlichkeit, bei der zwar Androgene (wie z. B. Testosteron) im Körper produziert werden, aber die Körperzellen darauf aufgrund eines fehlenden Rezeptors nicht reagieren. Bei Menschen mit XY-Chromosomen bildet sich so ein gesellschaftlich weiblich definiertes Erscheinungsbild aus (vgl. XY-Frauen o. J.a, o. S.).

Cervix/Cervix Uteri Der Cervix (Uteri) ist der sog. Gebärmutterhals, ein ca. 3 cm langer Kanal zwischen Uterus und Vagina (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Cervix Uteri«).

Cisgeschlechtlichkeit Eine cisgeschlechtliche Person hat (in Abgrenzung zu transgeschlechtlichen Personen) das (selbstbestimmte) Geschlecht, das ihr bei der Geburt zugewiesen wurde (vgl. Queer Lexikon 2023a, o. S.).

Cisnormativität *Siehe Kap 2.4.6*

Coming Out Das Coming Out beschreibt den Prozess, in dem eine Person sich über ihr Geschlecht und/oder ihre romantische bzw. sexuelle Orientierung bewusst wird (inneres Coming Out) und beginnt, mit anderen darüber zu sprechen (äußeres Coming Out) (vgl. Queer Lexikon 2020a)

(Queere) Community Eine Community ist die imaginierte Gesamtheit aller queeren (bzw. in Bezug auf eine Dimension wie Transgeschlechtlichkeit aller transgeschlechtlichen) Individuen, Organisationen und Institutionen in einer Stadt oder Region. Verbindend ist bei einer Community oft ein gemeinsames Einsetzen für soziale und politische Ziele – ohne dass dabei unbedingt Einigkeit über Inhalte oder Methoden besteht (vgl. Queer Lexikon 2021a, o.S).

CT Eine Computer-Tomografie (CT) ist ein computergestütztes bildgebendes Verfahren in der Radiologie (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »CT«).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Deadname Ein Deadname ist ein abgelegter Vorname, den eine (trans) Person nicht mehr verwendet bzw. mit dem eine (trans) Person nicht mehr angesprochen werden möchte (vgl. Queer Lexikon 2023b, o.S).

Definitionsmacht *Siehe Kap 2.5.4*

Denkstil/Denkkollektiv *Siehe Kap. 3.4.1*

Disziplinierung *Siehe Kap 2.5.8*

Doppler-Sonografie Die Doppler-Sonografie ist ein Verfahren in der Ultraschalldiagnostik zur Bestimmung des Blutflusses in Venen, Arterien und im Herzen (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Doppler-Sonographie«).

DSD *Siehe Kap 6.1*

DSM *Siehe Kap 3.1.1*

Endogeschlechtlichkeit Endogeschlechtliche Menschen sind nicht intergeschlechtlich, d. h. ihre Körper passen in die medizinischen und cisnormativen Vorstellungen männlicher bzw. weiblicher Körper (vgl. Queer Lexikon 2020b, o.S).

Endonormativität *Siehe Kap 2.4.7*

Endokrinologie Die Endokrinologie ist die Lehre vom Aufbau und der Funktion des Hormonsystems, der Hormondrüsen sowie deren Regulierungs- und Wirkungsmechanismen (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Endokrinologie«).

Epistemische Ungerechtigkeit *Siehe Kap 3.4.3*

Erziehungsgeschlecht Das Erziehungsgeschlecht beschreibt insbesondere in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit das Geschlecht, mit dem Kinder während ihrer Sozialisation und Erziehung von ihrem Umfeld angesprochen werden und die Geschlechterrolle, in die ein Kind diszipliniert wird (vgl. Voß 2012, S. 12).

Essentialisierung *Siehe Kap 6.3.1*

Existenzweise *Siehe Kap 2.2*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Femme Femme beschreibt eine (betont) weibliche Geschlechtspräsentation, insbesondere von queeren Personen (vgl. Queer Lexikon 2020c, o.S).

Fetisch Bei einem Fetisch richtet sich die sexuelle Anziehung einer Person auf ein Objekt, ein spezifisches Körperteil oder eine spezifische Situation (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Fetischismus«).

Fremdouting Bei einem Fremdouting outet sich eine Person nicht selbst(-bestimmt), sondern wird von einer anderen Person oder Institution gegen ihren Willen geoutet (Queer Lexikon 2023r, o.S).

Gameten Die Gameten sind die Keimzellen, d. h. Spermien und Eizellen (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Gameten«).

Gate-Keeping Gate-Keeping bezeichnet den Ausschluss von Personen aus Räumen und Communitys (vgl. Queer Lexikon 2023d, o.S).

Gender Medizin *Siehe Kap 3.6*

Geschlechtsdysphorie (Geschlechts-)Dysphorie ist ein Gefühl von körperlichem und/oder sozialem Unwohlsein, das insbesondere trans Personen in Bezug auf das ihnen zugewiesene und zugeschriebene Geschlecht spüren können (vgl. Queer Lexikon 2023c, o.S).

Geschlechtsmodalität Geschlechtsmodalität ist der Überbegriff für Cis- und Transgeschlechtlichkeit sowie Endo- und Intergeschlechtlichkeit (vgl. LGBTQIA+ Wiki 2022, o.S).

Geschlechtsnormierende Behandlung *Siehe Kap 3.5.2*

Gesundheitssystem *Siehe Kap 3.1.1*

Gonaden Die Gonaden bezeichnen die Keimdrüsen, d. h. die Hoden und Eierstöcke (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Gonaden«).

Gynäkologie Die Gynäkologie ist die sog. Frauenheilkunde, d. h. sie beschäftigt sich mit Aufbau, Funktion und Erkrankungen von Vulva, Vagina, Eierstöcken, Uterus etc., sowie mit Fortpflanzungsfähigkeit bzw. deren Störungen (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Gynäkologie«).

Health Literacy/Gesundheitskompetenz *Siehe Kap 3.3.2*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Heimlicher Lehrplan *Siehe Kap 4.2*

Heteronormativität *Siehe Kap. 2.2*

Heterosexuelle Matrix *Siehe Kap. 2.2*

Heterosexismus *Siehe Kap 2.4.2*

Heterosexualität Heterosexualität ist eine sexuelle Orientierung, bei der Menschen sich zu Menschen des bzw. eines anderen Geschlechts hingezogen fühlen (vgl. Queer Lexikon 2023e, o.S).

Homöopathische Medizin Die Homöopathische Medizin ist Teil der Alternativen Medizin. Sie geht auf Samuel Hahnemann zurück (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Homöopathie«).

Homofeindlichkeit *Siehe Kap 2.4.2*

Homophobie *Siehe Kap 2.4.2*

Homosexualität *Siehe Kap 2.4.2*

HPV Humane Papillomaviren (HPV) sind eine eine Gruppe von mehr als 70 Viren, die sexuell übertragbar sind. Sie versursachen in der Regel gutartige Tumoren der Haut und Schleimhäute (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Papillomavirus«)

Hymen Das Hymen, umgangssprachlich auch Jungfernhäutchen genannt, ist eine Schleimhautfalte am Eingang der Vagina (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Hymen«).

Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD; auf Deutsch: Verminderte sexuelle Anziehungsstörung) ist im DSM 5 durch eine langfristige Abnahme oder Verminderung sexueller Anziehung, Erregung und sexueller Fantasien definiert (vgl. Falkai et al. 2018, 591ff.).

Hysterektomie Eine Hysterektomie ist die operative Entfernung des Uterus (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Hysterektomie«).

ICD *Siehe Kap 3.1.1*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Ichdystone bzw. egodystone Sexualorientierung Ichdystone Sexualorientierung ist eine Diagnose, bei der die sexuelle Orientierung einer Person eindeutig ist, diese die sexuelle Orientierung aber nicht für sich akzeptieren kann und daher eine Therapie oder anderweitige medizinische Hilfe für die Änderung der sexuellen Orientierung in Anspruch nehmen will (vgl. BfArM o. J., o. S). Diese Diagnose wurde vielfach als Schlupfloch für Konversionstherapien identifiziert (Tischoff 2020, S. 96), allerdings fand sie in Diagnostik und Forschung kaum Anwendung (Conrad 2007, S. 101).

Ideologie *Siehe Kap 2.5.2*

Immunsuppressiva Immunsuppressiva sind Medikamente, die die Immunreaktion abschwächen oder unterdrücken und z. B. nach Organtransplantationen notwendig (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Immunsuppressivum«).

IMPP Das IMPP ist das deutsche Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen und eine zentrale Einrichtung aller deutschen Bundesländer. Das IMPP hat die Aufgabe, die schriftlichen Teile der Staatsexamina für den Studiengang Medizin zu erstellen und auszuwerten. Zudem erstellt es die sogenannten Gegenstandskataloge, die den von den Studierenden zur Prüfung zu erlernenden Stoffumfang gliedern und beschreiben (IMPP o. J.).

Intelligibilität *Siehe Kap. 2.2*

Inter*/Intergeschlechtlichkeit *Siehe Kap 2.4.7*

Intersektionalität Intersektionalität bezeichnet eine Perspektive, in der soziale Kategorien wie Geschlecht, *race* und Klasse nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern in ihren Überkreuzungen und Verwobenheiten analysiert werden. Es geht also darum, wie diese Kategorien zusammenwirken (vgl. Walgenbach 2012, S. 1).

Inzest Inzest bezeichnet Sexualität zwischen nahen leiblichen Verwandten (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Inzest«).

IVF In-Vitro-Fertilisation (IVF) ist eine Methode künstlicher Befruchtung (Buser et al. 2011, S. 296).

Kastration Eine Kastration ist die Entfernung der Eierstöcke bzw. Hoden (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Kastration«).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Klinefelter-Syndrom Das Klinefelter-Syndrom ist eine Form von Intergeschlechtlichkeit, bei der (meistens) XXY-Chromosomen und unterentwickelte Gonaden vorliegen (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Klinefelter-Syndrom«).

Kliterodektomie Eine Kliterodektomie ist die operative Entfernung der Klitoris (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Kliterodektomie«).

Konversionstherapie *Siehe Kap 3.5.2*

Label Ein Label (auf Deutsch: Etikett, Kennzeichen) ist eine Bezeichnung, die Menschen benutzen, um ihre sexuelle bzw. romantische Orientierung und/oder ihr Geschlecht auszudrücken (vgl. Queer Lexikon 2021b, o.S).

Lesbenfeindlichkeit *Siehe Kap 2.4.2*

Lobotomie Eine Lobotomie ist eine Operation, bei der Nervenbahnen im Gehirn durchtrennt werden. Lobotomien werden heute nur noch selten durchgeführt (Reuter 2004, Stichwort »Lobotomie«).

LSBATIQ Das Akronym LSBATIQ steht für Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Asexuell, Aromantisch, Trans, Inter* und Queer. Das Akronym existiert in vielen Varianten und Bedeutungen und soll viele bzw. alle queeren Identitäten abbilden (vgl. Queer Lexikon 2023f, o.S).

Marginalisierung *Siehe Kap 2.5.1*

Mastektomie Eine Mastektomie ist die operative Entfernung der Brust, Brustdrüse und dem angrenzendem Gewebe (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Mastektomie«).

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH) Personen, die das MRKH-Syndrom haben, haben XX-Chromosomen, funktionierende Ovarien, aber eine verkürzte oder keine Vagina und keinen Uterus aufgrund einer ›Fehlentwicklung‹ der Müllerschen Gänge (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom«).

Medikalisierung *Siehe Kap 3.5*

Menarche Die Menarche ist die erste Menstruation (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Menarche«).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Menopause Die Menopause ist die letzte Menstruation bzw. der Zeitraum um die letzte Menstruation (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Menopause«).

Mental Load Unter dem Stichwort Mental Load wird in der feministischen Diskussion die Belastung durch die Organisation von Alltagsaufgaben gefasst, die in heterosexuellen Beziehungen meistens von Frauen geleistet wird (Emma 2017, o.S).

Misgendern Misgendern bezeichnet die absichtliche oder unabsichtliche falsche (sprachliche) Vergeschlechtlichung einer Person, d. h. das Verwenden eines falschen Personalpronomens, das fälschliche Verwenden einer Bezeichnung wie »Frau« o.ä., vergeschlechtlichte Sprache über eine Person (vgl. Queer Lexikon 2024, o. S.)

Misogynie *Siehe Kap 2.4.1*

Monogamie Monogamie bezeichnet eine Beziehungsform, bei der eine Person nur mit einer anderen Person in einer romantischen Beziehung ist, nur mit einer Person sexuelle, romantische und emotionale Intimität teilt bzw. nur mit einer anderen Person verheiratet ist (vgl. Queer Lexikon 2021c, o.S).

Mononormativität *Siehe Kap 2.4.8*

Monosexualität Monosexualität beschreibt (in Abgrenzung zu Bisexualität) sexuelle Orientierungen, bei der Menschen sich nur zu Menschen eines bestimmten Geschlechts hingezogen fühlen (wie z. B. Heterosexualität) (vgl. Queer Lexikon 2021d, o.S).

MRKH-Syndrom *Siehe Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser-Syndrom*

MRT Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist ein computergestütztes bildgebendes Verfahren in der Radiologie (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »MRT«).

MSM MSM steht als Abkürzung für ›Männer, die Sex mit Männern haben‹. Dieser Begriff wurde im Rahmen der AIDS-Krise eingeführt, um risikobehaftete Sexualität zwischen Männern (die sich selbst aber nicht unbedingt als schwul oder bisexuell bezeichneten) in den Blick der Präventionsstrategie zu bekommen (vgl. UNAIDS 2006).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Multisexualität/Polysexualität Multi- bzw. Polysexualität ist eine sexuelle Orientierung, bei der Menschen sich zu Menschen vieler, aber nicht aller Geschlechter hingezogen fühlen (vgl. Queer Lexikon 2022, o.S).

Neovagina Eine Neovagina ist eine operativ aus eigenem Körpergewebe angelegte Vagina (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Kolpopoese«).

Nephrologie Die Nephrologie ist das Teilgebiet der Medizin, das sich mit Aufbau, Funktion und Krankheiten der Nieren befasst (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Nephrologie«)

Nicht-Binär *Siehe Kap 2.4.6*

Normierung *Siehe Kap 2.5.8*

Null-Lehrplan *Siehe Kap 4.2*

Orchiektomie Eine Orichiektomie ist die operative Entfernung eines oder beider Hoden (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Orchiektomie«).

Orthopädie Die Orthopädie ist die medizinische Disziplin, die sich mit Aufbau, Funktion und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates beschäftigt (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Orthopädie«)

Othering *Siehe Kap 2.5.3*

Ovarektomie Eine Ovarektomie ist die operative Entfernung eines oder beider Eierstöcke (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Ovariektomie«).

Pädophilie Pädophilie ist auf Kinder bzw. präpubertäre junge Menschen gerichtetes sexuelles Verlangen (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Pädophilie«).

Pansexualität Pansexualität ist eine sexuelle Orientierung, bei der Menschen sich von Menschen aller Geschlechter angezogen fühlen bzw. das Geschlecht keine Rolle in der Anziehung spielt (vgl. Queer Lexikon 2023g, o.S).

Pap-Abstrich Der Abstrich nach Papanicolaou (kurz: Pap-Abstrich) ist ein Abstrich von Cervix und Vagina, der zur Krebsfrüherkennung eingesetzt wird (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Papanicolaou-Abstrich).

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Paraphilie Eine Paraphilie ist ein nicht-normatives sexuelles Verlangen, das gesellschaftlich problematisiert wird. Unter Paraphilien fallen bspw. Fetische (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Paraphilie«).

Paternalismus *Siehe Kap 3.3.3*

Pathologisierung Pathologisierung beschreibt die Bewertung von Normabweichungen (bspw. in Bezug auf Sexualität, Verhaltensweisen, Aussehen, Empfindungen etc.) als krankhaft und die Verschiebung dieser Phänomene in den Zuständigkeitsbereich der Medizin (vgl. Conrad 2007, S. 148–149).

Penisimplantat Ein Penisimplantat bzw. eine Penisprothese wird in den Penisschwellkörper eingepflanzt, um Erektionsstörungen zu behandeln (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Penisprothesen«).

Pille Die Pille (auch ›Antibabypille‹) beschreibt umgangssprachlich eine tablettenbasierte, hormonelle Schwangerschaftsverhütungsmethode (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Pille«).

Polyamorie *Siehe Kap 2.4.8*

Praktisches Jahr Das Praktische Jahr ist Teil des Medizinstudiums in Deutschland und bezeichnet eine einjährige Praxisphase (vgl. Pa Medien o. J., o. S).

Problematisierung *Siehe Kap 2.5.7*

Promiskuität Promiskuität ist ein problematisierender Begriff für Sexualverhalten mit häufig wechselnden bzw. vielen Sexualpartner*innen (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Promiskuität«).

Psychopathologisierung *Siehe Pathologisierung*

Bei der Psychopathologisierung wird der Krankheitswert in den Zuständigkeit der Psychiatrie bzw. Psychotherapie verschoben (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Psychopathologie«)

Queer *Siehe Kap 2.3*

Queeren/Queering Mit *queeren* meine ich für diese Arbeit einen Prozess des Durchkreuzens, Verschiebens, Infragestellens und Dekonstruierens von Geschlechter- (und damit zusammenhängen Sexualitäts-)normen und -grenzen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Queerfeindlichkeit Queerfeindlichkeit ist der Überbegriff für die Marginalisierung queerer Menschen (vgl. Queer Lexikon 2023h, o.S).

Repronormativität *Siehe Kap 6.5.1*

Repronormierung *Siehe Kap 6.5.1*

Review In einem Review-Artikel werden der Forschungsstand und die Behandlungsempfehlungen zu einem Thema zusammenfasst. Für ein Review werden keine neuen Daten erhoben oder ausgewertet (Taylor 2005, S. 127–141).

Rhetorische Modernisierung *Siehe Kap 7.4*

S3-Niveau Die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelten Leitlinien für Diagnostik und Therapie werden in eine von drei Qualitätsstufen eingeordnet. Eine S3 Leitlinie ist von höchster methodischer Qualität (vgl. Jacke 2019, S. 64).

Safer Sex Safer Sex (auf Deutsch: geschützter Sex) bezeichnet eine Vielzahl an Praktiken und Maßnahmen, wie z. B. die Verwendung von Kondomen, die das Übertragungsrisiko von sexuell übertragbaren Infektionen und das Schwangerschaftsrisiko bei Sex reduzieren sollen (vgl. Frauengesundheitsportal 2022, o.S).

Sanctuary Harm *Siehe Kap 4.3*

Selbstbestimmtes Geschlecht Das selbstbestimmte Geschlecht wird in dieser Arbeit als alternativer Begriff zu Geschlechtsidentität genutzt (vgl. Queer Lexikon o. J., o. S).

Selbstpathologisierung/Selbstmedikalisierung *Siehe Pathologisierung;* Bei einer Selbstpathologisierung bzw. -medikalisierung wird die medikalisierende Bewertung (auch) von einem Individuum selbst vorgenommen.

Self Advocacy Unter Self Advocacy verstehe ich für diese Arbeit das Eintreten für sich selbst und die eigenen Rechte bzw. das Eintreten für eine Community, der eine Person angehört, und deren Rechte.

Sexismus *Siehe Kap 2.4.1*

Sex Repulsed Sex repulsed (auf Deutsch: von Sex abgestoßen sein) ist ein Begriff, der vor allem in asexuellen Communitys verwendet wird. Er beschreibt Menschen, die

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Sexualität generell oder bestimmte sexuelle Handlungen ablehnen, sich davor ekeln oder sich abgestoßen fühlen. Dies kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein (vgl. Queer Lexikon 2023i, o.S).

Sexualisierung/Entsexualisierung *Siehe Kap 2.5.6*

Sexualmedizin Die Sexualmedizin ist ein interdisziplinärer Teil der klinischen Medizin, die sich mit Aufbau, Funktion und Wirkungsweisen von Geschlechtsorganen und Sexualität beschäftigt, sowie deren Störung und Behandlung. Weite Teile der Gynäkologie, Andrologie und anderer Disziplinen gehören zur Sexualmedizin (vgl. Beier et al. 2001, S. 53).

Sexuelle Orientierung Die sexuelle Orientierung einer Person beschreibt, zu Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich eine Person emotional, körperlich, erotisch bzw. sexuell hingezogen fühlt. Heterosexualität, Homosexualität, Bisexualität und Asexualität sind bekannte sexuelle Orientierungen (vgl. Queer Lexikon 2023j, o.S).

Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt *Siehe Kap 2.3*

Split Attraction Modell Das Split Attraction Modell beschreibt, dass manche Menschen verschiedene Arten von Anziehung erleben, die nicht miteinander übereinstimmen. Während also viele Menschen z. B. sowohl heterosexuell als auch heteroromantisch sind, also an Menschen eines anderen Geschlechts sexuell und romantisch interessiert sind, verspüren z. B. manche asexuellen Menschen romantische Anziehung zu anderen Menschen und bezeichnen sich dann z. B. als biromantisch und asexuell (vgl. Queer Lexikon 2023k, o.S).

STI Sexually Transmitted Infections (STI; auf Deutsch: Sexuell Übertragbare Infektionen) sind eine Gruppe von Infektionskrankheiten, die durch Sex übertragen werden können. Zu STIs gehören u. a. HIV, Syphilis und Gonorrhoe (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Geschlechtskrankheiten – Genitale Kontaktinfektionen«).

Symptom Ein Symptom ist ein subjektives Krankheitszeichen eines*r Patient*in, wie bspw. Schmerzen (vgl. Buser et al. 2011, S. 7).

Thelarche Die Thelarche ist das Wachstum und die Veränderung der Brust während der Pubertät (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Thelarche«).

Tomboy Tomboy beschreibt eine spezifische, maskuline Art der Geschlechtspräsentation und des vergeschlechtlichten Verhaltens von Menschen, denen bei der Geburt

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

das weibliche Geschlecht zugeordnet wurde, insbesondere bei Kindern (vgl. Queer Lexikon 2023l, o.S).

Toxische Maskulinität/Toxische Männlichkeit Toxische Männlichkeit ist ein aktivistisch geprägter, feministischer Begriff, der eine spezifische Art von Männlichkeit beschreibt, die von Aggression, Dominanz, Gewalt, Unterdrückung und Misogynie geprägt ist (vgl. Urwin 2017).

Trans/Transgeschlechtlichkeit *Siehe Kap 2.4.6*

Transfeindlichkeit *Siehe Kap 2.4.6*

Transition Als Transition wird der Prozess bezeichnet, in dem eine trans Person soziale (z. B. Änderung der Pronomen), körperliche (z. B. Hormonersatztherapie) und/oder juristische (z. B. Namensänderung) Änderungen vornimmt, um das eigene Geschlecht auszudrücken und/oder um ggf. Dysphorie zu lindern (vgl. Queer Lexikon 2023m, o.S).

Transmaskulinität/Transmännlichkeit Transmaskulinität ist eine Form von Transgeschlechtlichkeit. So bezeichnen sich manche Menschen, denen bei der Geburt nicht das männliche Geschlecht zugewiesen wurde, die aber (teilweise) männlich sind als transmaskulin (vgl. Queer Lexikon 2023n, o.S).

Tuberkulose Tuberkulose ist eine weltweit verbreitete bakterielle Infektionskrankheit, die besonders die Atemorgane befällt und chronisch verläuft (vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2007, Stichwort »Tuberkulose«).

Turner-Syndrom Das Turner-Syndrom ist eine Form von Intergeschlechtlichkeit, bei der anstelle von zwei Geschlechtschromosomen nur ein X-Chromosom vorliegt (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Ullrich-Turner-Syndrom«).

(A)UFI *Siehe Kap 6.1*

Unsichtbarkeit/Unsichtbarmachung *Siehe Kap 2.5.5*

Urologie Die Urologie ist die medizinische Disziplin, die sich mit der Diagnose und Therapie von Erkrankungen der Harnwege befasst (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Urologie«).

Vaginismus Vaginismus ist eine unwillkürliche Verspannung oder Verkrampfung der Vagina und des Beckenbodens. Vaginismus macht vaginale Penetration, das

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Einführen eines Tampons oder eine gynäkologische Untersuchung schwer bis unmöglich und ist mit Schmerzen verbunden (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Vaginismus«).

Vasektomie Eine Vasektomie ist eine Operation, um eine Person mit Penis zeugungsunfähig zu machen. Dabei werden die Samenleiter entfernt oder durchtrennt (vgl. Reuter 2004, Stichwort »Vasektomie«).

Visite/Chef(ärzt*innen)visite Im Krankenhaus bezeichnet die Visite das (i. d. R.) tägliche Aufsuchen der Patient*innen durch einen oder mehrere Ärzt*innen. Dabei werden Diagnostik und Therapie der Patient*innen besprochen. Bei der sog. Chef(ärzt*innen)visite nimmt der*die Chefärzt*in des Krankenhauses an der Visite teil (Krankenhaus.de o. J., o. S).

WHO Die World Health Organization (WHO; auf Deutsch: Weltgesundheitsorganisation) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die das internationale öffentliche Gesundheitswesen koordiniert (vgl. Reuter 2004, Stichwort WHO).

Zuweisungsgeschlecht/Hebammengeschlecht Das Zuweisungsgeschlecht beschreibt, insbesondere im Kontext von Intergeschlechtlicheit, das Geschlecht, dem ein Kind bei der Geburt zugewiesen wurde (meist aufgrund der (ggf. durch die Medizin kurz nach der Geburt normierten) Genitalien) (vgl. Queer Lexikon 20230, o.S).

Zweigeschlechtlichkeit *Siehe Kap 2.2*

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Korpus I: Medizinische und medizinethische Artikel über Uterustransplantationen

Für die Diskursstranganalyse Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion (Kapitel 6)

Api, Murat; Boza, Ayşen; Ceyhan, Mehmet (2017): Could the female-to-male transgender population be donor candidates for uterus transplantation? In: *Turkish journal of obstetrics and gynecology* 14 (4), S. 233–237. DOI: https://doi.org/10.4274/tjod.55453.

Arian, Sara E.; Flyckt, Rebecca L.; Farrell, Ruth M.; Falcone, Tommaso; Tzakis, Andreas G. (2017): Characterizing women with interest in uterine transplant clinical trials in the United States. Who seeks information on this experimental treatment? In: *American journal of obstetrics and gynecology* 216 (2), S. 190–191. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.1028.

Beckmann, M. W.; Lotz, L.; Renner, S. P.; Hildebrandt, T.; Horch, R. E.; Weigand, A. et al. (2017): Uterustransplantation – Perspektiven und Risiken. In: *Gynäkologe* 50 (6), S. 389–396. DOI: https://doi.org/10.1007/s00129-017-4080- 9.

Brännström, Mats (2013): Uterus transplantation. In: *Fertility and Sterility* 99 (2), S. 348–349. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.10.020.

Brännström, Mats; Bokström, Hans; Dahm-Kähler, Pernilla; Diaz-Garcia, Cesar; Ekberg, Jana; Enskog, Anders et al. (2016): One uterus bridging three generations. First live birth after mother-to-daughter uterus transplantation. In: *Fertility and Sterility* 106 (2), S. 261–266. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.04.001.

Brännström, Mats; Johannesson, Liza; Bokström, Hans; Kvarnström, Niclas; Mölne, Johan; Dahm-Kähler, Pernilla et al. (2015): Livebirth after uterus transplantation. In: *The Lancet* 385 (9968), S. 607–616. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61728-1.

Daar, Judith; Klipstein, Sigal (2016): Refocusing the ethical choices in womb transplantation. In: *Journal of law and the biosciences* 3 (2), S. 383–388.DOI: https://doi.org/10.1093/jlb/lsw031.

Erman Akar, Munire; Ozkan, Omer; Aydinuraz, Batu; Dirican, Kerem; Cincik, Mehmet; Mendilcioglu, Inanc et al. (2013): Clinical pregnancy after uterus transplantation. In: *Fertility and Sterility* 100 (5), S. 1358–1363. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.027.

Flyckt, Rebecca; Davis, Anne; Farrell, Ruth; Zimberg, Steven; Tzakis, Andreas; Falcone, Tommaso (2018): Uterine Transplantation. Surgical Innovation in the Treatment of Uterine Factor Infertility. In: *Journal of obstetrics and gynaecology Canada* 40 (1), S. 86–93. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.018.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Hammond-Browning, N. (2019): UK criteria for uterus transplantation. A review. In: *BJOG* 126 (11), S. 1320–1326. DOI: https://doi.org/10.1111/1471-0528.15844.

Hegde, C. V. (2017): Uterus Transplant. Does It Have Legs? In: *Journal of obstetrics and gynaecology of India* 67 (5), S. 309–312. DOI: https://doi.org/10.1007/s13224-017-1037-9.

Horvat, Margaret; Iltis, Ana (2019): What Are Good Guidelines for Evaluating Uterus Transplantation? In: *AMA journal of ethics* 21 (11), S. 988–995. DOI: https://doi.org/10.1001/amajethics.2019.988.

Järvholm, Stina; Enskog, Anders; Hammarling, Catrina; Dahm-Kähler, Pernilla; Brännström, Mats (2020): Uterus transplantation: joys and frustrations of becoming a ›complete‹ woman – a qualitative study regarding self-image in the 5-year period after transplantation. In: *Human Reproduction* 35 (8), S. 1855–1863. DOI: https://doi.org/10.1093/humrep/deaa143.

Järvholm, Stina; Warren, Ann Marie; Jalmbrant, Maria; Kvarnström, Niclas; Testa, Giuliano; Johannesson, Liza (2018): Preoperative psychological evaluation of uterus transplant recipients, partners, and living donors. Suggested framework. In: *American journal of transplantation* 18 (11), S. 2641–2646. DOI: https://doi.org/10.1111/ajt.15039.

Johannesson, Liza; Wallis, Kristin; Koon, E. Colin; McKenna, Greg J.; Anthony, Tiffany; Leffingwell, Sara G. et al. (2018): Living uterus donation and transplantation. Experience of interest and screening in a single center in the United States. In: *American journal of obstetrics and gynecology* 218 (3), S. 331.e1-331.e7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.594.

Kreß, Hartmut (2016): Xenotransplantation und Uterustransplantation. Neuland in der Transplantationsmedizin. Ethischer Klärungs- und gesetzlicher Regelungsbedarf. In: Joachim Hruschka und Jan C. Joerden (Hg.): Jahrbuch für Recht und Ethik. Berlin: Duncker & Humblot (24), S. 113–141.

Lefkowitz, Ariel; Edwards, Marcel; Balayla, Jacques (2013): Ethical considerations in the era of the uterine transplant. An update of the Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation. In: *Fertility and Sterility* 100 (4), S. 924–926. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.026.

Murphy, Timothy F. (2015): Assisted Gestation and Transgender Women. In: *Bioethics* 29 (6), S. 389–397. DOI: https://doi.org/10.1111/bioe.12132.

Nakazawa, Akari; Hirata, Tetsuya; Arakawa, Tomoko; Nagashima, Natsuki; Fukuda, Shinya; Neriishi, Kazuaki et al. (2019): A survey of public attitudes toward uterus transplantation, surrogacy, and adoption in Japan. In: *PLoS ONE* 14 (10), S.e0223571. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223571.

Richards, Elliott G.; Agatisa, Patricia K.; Davis, Anne C.; Flyckt, Rebecca; Mabel, Hilary; Falcone, Tommaso et al. (2019): Framing the diagnosis and treatment of absolute uterine factor infertility. Insights from in-depth interviews with uterus

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

transplant trial participants. In: *AJOB empirical bioethics* 10 (1), S. 23–35. DOI: https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1572672.

Robertson, John A. (2016): Impact of uterus transplant on fetuses and resulting children. A response to Daar and Klipstein. In: *Journal of law and the biosciences* 3 (3), S. 710–717. DOI: https://doi.org/10.1093/jlb/lsw036.

Robertson, John A. (2016): Other women's wombs. Uterus transplants and gestational surrogacy. In: *Journal of law and the biosciences* 3 (1), S. 68–86. DOI: https://doi.org/10.1093/jlb/lsw011.

Rogers, Alix (2018): Allocating Uterus Transplants-Who Gets to Be a Gestational Mother? In: *The American journal of bioethics : AJOB* 18 (7), S. 38–39. DOI: https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1478025.

Testa, G.; Koon, E. C.; Johannesson, L. (2017): Living Donor Uterus Transplant and Surrogacy. Ethical Analysis According to the Principle of Equipoise. In: *American journal of transplantation* 17 (4), S. 912–916. DOI: https://doi.org/10.1111/ajt.14086.

Testa, G.; Koon, E. C.; Johannesson, L.; McKenna, G. J.; Anthony, T.; Klintmalm, G. B. et al. (2017): Living Donor Uterus Transplantation. A Single Center's Observations and Lessons Learned From Early Setbacks to Technical Success. In: *American journal of transplantation* 17 (11), S. 2901–2910. DOI: https://doi.org/10.1111/ajt.14326.

Wei, Li; Xue, Tao; Tao, Kai-Shan; Zhang, Geng; Zhao, Guang-Yue; Yu, Shi-Qiang et al. (2017): Modified human uterus transplantation using ovarian veins for venous drainage. The first report of surgically successful robotic-assisted uterus procurement and follow-up for 12 months. In: *Fertility and Sterility* 108 (2), S. 346–356.e1. DOI: https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.039.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Korpus II: Lehrbücher, E-Learning Module und Präsentationsfolien

Für die Dokumentenanalyse zu Heteronormativität in der medizinischen Lehre (Kapitel 7)

Lehrbücher

Beier, Klaus M.; Bosinski, Hartmut A. G.; Loewit, Kurt; Böttcher, Bettina (Hg.) (2021): Sexualmedizin. Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit. 3. Auflage. München: Elsevier.

Deinzer, Renate; Knesebeck, Olaf von dem (Hg.) (o. J.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Online verfügbar unter https://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Faller, Hermann; Lang, Hermann (Hg.) (2016): Medizinische Psychologie und Soziologie. Berlin, Heidelberg: Springer.

Gasser, Thomas (2019): Basiswissen Urologie. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

Goerke, Kay; Steller, Joachim; Valet, Axel; Axt-Fliedner, Roland (Hg.) (2021): Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe. 11. Auflage. München: Elsevier.

Gutzwiller, Felix; Paccaud, Fred (Hg.) (2011): Sozial- und Präventivmedizin – Public Health. 4. Auflage. Bern: Huber.

Harth, Wolfgang; Brähler, Elmar; Schuppe, Hans-Christian (Hg.) (2012): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hautmann, Richard; Gschwend, Jürgen E. (Hg.) (2014): Urologie. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Keil, Jürgen; Kiecker, Felix (2021): Urologie, Dermatologie. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Kiefer, Florian; Luger, Anton (Hg.) (2022): Endokrinologie und Stoffwechsel. 10., überarbeitete Auflage. Wien: facultas.

Krause, Walter; Weidner, Wolfgang; Sperling, Herbert; Diemer, Thorsten (Hg.) (2011): Andrologie. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.

Marischler, Clemens (2013): BASICS Endokrinologie. 2. Auflage. München: Elsevier.

Nieschlag, Eberhard; Behre, Hermann M.; Nieschlag, Susan (Hg.) (2009): Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Sigusch, Volkmar; Becker, Nikolaus (Hg.) (2007): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Uhl, Bernhard (2018): Gynäkologie und Geburtshilfe compact. Alles für Station, Praxis und Facharztprüfung. 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Weber, Stefanie (2020): BASICS Gynäkologie und Geburtshilfe. 7. Auflage. München: Elsevier.

E-Learning-Module

AMBOSS (o. J.): Antidepressiva. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/_N05dg?q=antidepressiva#Z5592a1f3e599e06aa6000abafe633913, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Fehlbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/vk0ApT?q=Fehlbildungen%20der%20weiblichen%20Geschlechtsorgane#Z5688800052090812b393deab122f62ae, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Menstruationszyklus und Zyklusanomalien. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Ek08pT?q=menstruationszyklus+und+zyklusanomalien#Za9dde6254dc902b890e9b4bf33be57b8, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Abhängigkeit und Drogen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/0P00fT?q=abh%C3%A4ngigkeit+und+drogen#Zac951760bb90fd435a153acf99f390da, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Ablauf einer allgemeinen körperlichen Aufnahmeuntersuchung. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/XL09wg?q=ablauf+einer+allgemeinen+k%C3%B6rperlichen+aufnahmeuntersuchung#Zb0aadc6c0d0714b05f898ed26a860b17, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Adrenogenitales Syndrom. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/W40PRT?q=adrenogenitales+syndrom#Zbcdf86c8b83f2db1065ceed0292b5c33, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Alkohol (Intoxikation und Abhängigkeit). Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/KP0UfT?q=alkohol#Z7ec38c703af28903276de66b86f5c4e8, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Allgemeine Endokrinologie. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/AT0Rt2?q=allgemeine+endokrinologie#Zaeefd13b6a54c114a9e002103583 1c32, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Anamnese. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/En08Eg?q=anamnese#Z56e9a0a7c7b1f00402339d35e29029d0, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Anamnesebogen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/PL0WBg?q=anamnese-+und+untersuchungsbogen#Zc200226a5bf53d0f1464d1cffd28c440, zuletzt geprüft am 18.08.2023

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

AMBOSS (o. J.): Androgenresistenz. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/9k0NJT?q=androgenresistenz#Zb3c4fcebfe5dfd1ee451043cc940fc32, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Arzt-Patient-Beziehung. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/OK0IgS?q=arzt-patient-beziehung#Ze9cc0bcf462357fd49f54a85760dde5e, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Bias, Stereotype und Diskriminierung in der Medizin. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/jE0_v3?q=bias%2C+stereotype+und+diskriminierung+in+der+medizin#Zefcdff057a499d78914350d631b15287, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Blasenekstrophie, Fehlanlagen der männlichen Harnröhre und Palmure. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Mi0MHf?q=blasenekstrophie%2C+fehlanlagen+der+m%C3%A4nnlichen+harnr%C3%B6hre+und+palmure#Z5c494a344d1a5e8f213592452c12c982, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Blutungen während der Schwangerschaft. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/mM0V6g?q=blutungen+w%C3%A4hrend+der+schwangerschaft#Zeaed14f81a6972cd040ab1f0f502d329, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Candidose. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/rf0fn2?q=candidose#Za5534528dd3035bd5046b3a4f320d18c, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Chlamydien-Infektionen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/ffokl2?q=chlamydien-infektionen#Z63b9a4a5fb1660d0dea73c55a4525a74, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Chromosomenaberrationen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/e40xRT?q=chromosomenaberrationen#Z890b10629418814172766 09b6442d48a, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Diagnostik in der Gynäkologie. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/SN0y0g?q=diagnostik%20in%20der%20gyn%C3%A4kologie#Z917f6ee1deefa468ce6aac7137dbfee4, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Dyspareunie. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/A80R63?q=dyspareunie#Z4b61a3a3579a2a361e34c637c4da736f, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Entzündungen des weiblichen Gentialtrakts. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/xk0EJT?q=entz%C3%BCndungen+des+weiblichen+genitaltrakts#Z2583a9269977244c7891040ee50ccd02, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Essstörungen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/GP0BTT?q=essst%C3%B6rungen#Zbed9fb0a01d1cc3658ff0daa0de0ed55, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

AMBOSS (o. J.): Fallbeispiel. Junger Mann mit anhaltendem Husten. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Jn0s8g?q=fall%3A+junger+mann+mit+anhaltendem+husten#Z12051831ce5e2d2de47122e3e9538a39, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Geschlechtsentwicklung. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Qo0ubS?q=Geschlechtsentwicklung#Z1287c13471a561b4daaecf5369671244, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Geschlechtsinkongruenz. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/DM01Ig?q=geschlechtsinkongruenz#Z85e5bab490b1d02da795f7d4df609ae4, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Gesundheit und Krankheit. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/_005eS?q=Gesundheit%20und%20Krankheit#Z86c0c56b9c405ea2a5dbe397b5ebaa78, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Gonorrhö. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Hk0K6T?q=gonorrh%C3%B6#Z9378f75f4f823012578aa1c77fa550f4, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Grundlagen der psychiatrischen Diagnostik. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/sF0tj3?q=grundlagen+der+psychiatrischen+diagnostik#Z044c7471d51afdabcc4dd4a601c50f8c, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Halluzinogene (Intoxikation und Abhängigkeit). Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/070e4h?q=halluzinogene#Zd7f259c12869b16f765c1b99ffb270f9, zuletzt geprüft am 122.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Hepatitis B und HBV-Infektion. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/OS0I-2?q=hepatitis+b#Z0cc1ba9a62130e5544df273f6b9fb8aa, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Herpesvirus-Infektionen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Mf0M52?q=herpesvirus-infektionen#Z919b941a8193eedb0ce87b453ae9885e, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): HIV-Infektion. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/mf0V52?q=hiv#Ze7d02f019433d2bd6e8c9164f9e84604, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Hoden. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/ep0x0S?q=Hoden#Za8b57d359789077b323e86e7385f2652, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Hormonelle Kontrazeption. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Em08hg?q=hormonelle+kontrazeption#Ze68d57b779cc9421bb90860ff1f6a35e, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Infektion mit humanen Papillomaviren. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/zO0rET?q=infektion+mit+humanen+p

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

apillomaviren#Z83e14338f099463a682256cadc48f6d7, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Klimakterium. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/BO0zuT?q=klimakterium#Zfbe7f19fb00461d3bf67043b0da7fc8d, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Mamma. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/L60wlS?q=mamma#Z67324cca85b33e14297a8bf7a0769336, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Nebenhoden, Samenleiter und Samenstrang. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Wp0P0S?q=nebenhoden#Z01a18e818e841bd285a0da4bac6b64a7, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Nicht-hormonelle Kontrazeption. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Ck0qJT?q=nicht-hormonelle+kontrazeption#Za2280111beb4f1490def53900a63afc1, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/7804L3?q=nicht-suizidales+selbstverletzendes+verhalten#Zfd98bf19b06620a5f124c9d13f9c879d, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Nikotin (Abusus und Abhängigkeit). Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Z70Z4h?q=nikotin+%28abusus+und+abh%C3%A4ngigkeit%29#Z7dce3826ae04bbd683c60e8fcf3f4b40, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Opioide (Intoxikation und Abhängigkeit). Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/yN0ddg?q=opioide#Z932f6ac6614fddfe1977e37d73b7d7ec, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Östrogenwirkung und assoziierte Erkrankungen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/uk0ppT?q=%C3%B6strogenwirkung+und+assoziierte+erkrankungen#Z882f56b1218a228b380587d5ff9b376a, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Ovar. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/m60VlS?q=ovar#Z503edc9d77f9cf8fe3bb050d7e4d2260, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Penis, Erektion und Ejakulation. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Vp0G0S?q=Penis#Z7d0798435b8b1b25d518c0a0b5679879, zuletzt geprüft am 22.08.2025..

AMBOSS (o. J.): Polyzystisches Ovarialsyndrom. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/AO0RET?q=polyzystisches+ovarialsyndrom#Zdbf102cb31f3d708359d685f6bc6d98e, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Prostata, Bläschendrüse und Cowper-Drüse. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/dp000S?q=prostata#Zbe4c359b1c5a9b39d7c8301e11f263ef, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

AMBOSS (o. J.): Prostatitis. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/ti0Xtf?q=prostatitis#Z00db413ca7f4ec76d9d875d603e61303, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Psychostimulanzien (Intoxikation und Abhängigkeit). Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/-r0DPh?q=psychostimulanzien#Z39baed8c168f8bc00fd6efbe451ab642, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Pubertät. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/PM0WKg?q=pubert%C3%A4t#Z11fc0e152a442c5aa5b225d7e99da5ef, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Schwangerschaft. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/dO00rT?q=schwangerschaft#Z7f4a9cfdb95d7dc39e711175bded479e, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Sedativa (Intoxikation und Abhängigkeit). Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/zr0rPh?q=sedativa+%28intoxikation+und+abh%C3%A4ngigkeit%29#Z950affa8d805d6e0771af25c4662b4dd, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Sexualhormone. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/z00reS?q=sexualhormone#Zeb267233b083408d35f9ec27c5475b29, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Sexualität und Sexualmedizin. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/d600PS?q=sexualit%C3%A4t+und+sexualmedizin#Z02311a051d3b1ff29846e6c7703d5f82, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Sexuell übertragbare Infektionen. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/IM0YJg?q=sexuell+%C3%BCbertragbare+infektion#Zf2a474fc86c5ef68694e80ca13cd405b, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Skrotalabszess. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/vi0Atf?q=skrotalabszess#Zae891248ac5d46f5f0cf1be4fef04ccf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Sonographische Untersuchung der Harnblase und der Geschlechtsorgane. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/lq0vAS?q=sonographische+untersuchung+der+harnblase+und+der+geschlechtsorgane#Zb575c698e35beb6339fab103b84b2dac, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Sterilität, Infertilität und Impotenz. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/RM0log?q=sterilit%C3%A4t%2C+infertilit%C3%A4t+und+impotenz#Z8b10613f33d6c6d4a8addb8d9b4fc9a4, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Störungen der Erektion und Ejakulation. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/uM0pqg?q=st%C3%B6rungen+der+erektion+und+ejakulation#Zef98855fba48a72258f33c3c6fa67c29, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

AMBOSS (o. J.): Störungen der Sexualpräferenz. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Xr09fh?q=st%C3%B6rungen+der+sexualpr%C3%A4ferenz#Z5a5537623ba49951e3cc80ebc654f383, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Stressmodelle. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Ep08rS?q=stressmodelle#Z0635c8c3020765e7a3f1dcb20ff8855b, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Suizidalität. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/8P0OgT?q=suizidalit%C3%A4t#Z4a4507a1af44d40146be648b75c3bbb6, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Syphilis. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/sk0t6T?q=syphilis#Z2978df89d56acd6a80ead95a0b83e30d, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Tuba Uterina. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/M60MlS?q=tuba%20uterina#Zfadc2cd72bdd5b0c12808833315917fa, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Tuberkulose. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/5hoief?q=tuberkulose#Z0db057dcc7fab732110ea50e1288c24c, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Ulcus Molle. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/650jOg?q=ulcus+molle#Z424699f365ae44d61e541eafe60c8710, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Urethritis. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/ui0ptf?q=urethritis#Zc24bedd27fa30f241218e6b073b641de, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Uterus. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/560ilS?q=uterus#Zaf2cd18f095009ef3393e7853e80f636, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Vagina und Vulva. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/n607lS?q=vagina+und+vulva#Z563949c7a7be94a6e164118eef4330c1, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

AMBOSS (o. J.): Von der Befruchtung zur Implantation. Online verfügbar unter https://next.amboss.com/de/article/Dp017S?q=Von%20der%20Befruchtung%20zur%20Implantation#Zc95d999787a0e0b535bb02ac03e34441, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Präsentationen[1]

Stadt A FS 1 Sexualmedizin
Stadt A FS 2 Zyklus
Stadt A FS 3 Androgenisierung
Stadt A FS 4 Amenorrhoe
Stadt A FS 5 Genitale Infekte
Stadt A FS 6 Zervixkarzinom
Stadt A FS 7 Peniserkrankungen
Stadt A FS 8 Andrologie
Stadt A FS 9 Prostata Carcinom
Stadt A FS 10 Geschlechterunterschiede
Stadt A FS 11 Geschlechterunterschiede
Stadt A FS 12 HIV
Stadt A FS 13 HIV
Stadt A FS 14 STIs
Stadt A FS 15 Psychiatrische Notfallsituationen
Stadt A FS 16 Drogenkonsum
Stadt A FS 17 Medikamente/Alkohol
Stadt A FS 18 Depressionen
Stadt A FS 19 Gendervarianz
Stadt B FS 1 Gynäkologische Infektionen
Stadt B FS 2 Kontrazeption
Stadt C FS 1 Weiblicher Genitalapparat
Stadt C FS 2 Weibliche Sexualhormone
Stadt C FS 3 Weiblicher Hormonhaushalt
Stadt C FS 4 Menstruationszyklus
Stadt C FS 5 Reproduktionsendokrinologie
Stadt C FS 6 Männlicher Genitalapparat
Stadt C FS 7 Männliche Sexualhormone
Stadt C FS 8 Männlicher Hormonhaushalt
Stadt C FS 9 Erektion
Stadt C FS 10 Entwicklung Genitalorgane
Stadt C FS 11 Praxisalltag Gynäkologie
Stadt C FS 12 Menarche
Stadt C FS 13 Menarche
Stadt C FS 14 AGS

1 Da die Präsentationsfolien nicht veröffentlicht sind, wurden sie pseudonymisiert, nummeriert und von mir mit einem zusammenfassenden Kurztitel versehen. »Stadt A FS 1« steht für den ersten Foliensatz der Stadt A.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Stadt C FS 15 Verhütung
Stadt C FS 16 Sexualmedizin
Stadt C FS 17 Endokrine Aspekte
Stadt C FS 18 Brustkrebs
Stadt C FS 19 Zervix-Dysplasien
Stadt C FS 20 Zervix-Dysplasien
Stadt C FS 21 Uterine Tumoren
Stadt C FS 22 Patient*innensicht
Stadt C FS 23 Reproduktion
Stadt C FS 24 Sexuelle Gesundheit
Stadt C FS 25 HIV und Schwangerschaft
Stadt C FS 26 HIV und Schwangerschaft
Stadt C FS 27 Neugeborene
Stadt C FS 28 Pränatale Therapie
Stadt C FS 29 Ernährung Onkologie
Stadt C FS 30 Gynäkologische Karzinome
Stadt C FS 31 Ovarialkarzinom
Stadt C FS 32 Infertilität
Stadt C FS 33 Infertilität
Stadt C FS 34 PCOS
Stadt C FS 35 Weiblicher Hormonzyklus
Stadt C FS 36 Infektionen weiblicher Genitaltrakt
Stadt C FS 37 Gutartige Brusterkrankungen
Stadt C FS 38 Vulvitis
Stadt C FS 39 Männliche Infertilität
Stadt C FS 40 AGS
Stadt C FS 41 Krankheitsprävention
Stadt C FS 42 Geschlecht und Gesundheit
Stadt C FS 43 Soziale Determinanten
Stadt C FS 44 Psychosoziale Anamnese
Stadt D FS 1 Demographie
Stadt D FS 2 Soziale Ungleichheit

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Factsheets und Reflexion der Gruppendiskussionen

Zur Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis (Kapitel 8)

An dieser Stelle finden sich kurze Übersichten zu den Kontexten, Teilnehmer*innen und Verläufen der beiden Gruppendiskussionen sowie eine jeweilige kurze Reflexion.

Gruppendiskussion Deutschland

Die erste Gruppendiskussion zu den Erfahrungen asexueller Personen in der Medizin fand 2019 in einer deutschen Großstadt im Rahmen einer Veranstaltung statt. Die Gesprächs-inhalte waren damit veranstaltungsbedingt zu Beginn an auf politische Inhalte und persönliche Erlebnisse bezogen. Ich durfte im Vorfeld des Events einen Aufruf veröffentlichen, um Teilnehmende für meine Gruppendiskussion zu gewinnen. Es handelte sich bei der Gruppe nicht um eine Realgruppe – einige Teilnehmer*innen kannten sich jedoch im Vorfeld bereits und alle Teilnehmenden hatten bis zur Gruppendiskussion den Tag miteinander verbracht.

Vor der Gruppendiskussion hielt ich auf diesem Event einen kurzen Diskussionsinput zu einem anderen Thema und konnte mich somit als verbündete Person positionieren. Mein Beitrag wurde mit Interesse aufgenommen und am Ende warb ich erneut um die Teilnahme an der Gruppendiskussion. Die Gruppendiskussion fand im selben Gebäude wie das Event statt, war allerdings räumlich abgetrennt. Insgesamt war die Stimmung während der Gruppendiskussion konzentriert und die Diskussionskultur der Teilnehmenden empfand ich als angenehm, obwohl über sehr persönliche und emotionale Themen gesprochen wurden. Ich führe dies darauf zurück, dass die Teilnehmenden einander durch zustimmende Laute, Kommentare und Gesten unterstützen und ihr Mitgefühl ausdrückten, so dass es den Teilnehmenden möglich war, sich zu öffnen und ihre Erlebnisse zu teilen. Sie ließen sich gegenseitig aussprechen, es gibt daher im Transkript kaum Unterbrechungen oder parallele Redeverläufe. Während der Diskussion notierte ich mir immer den Namen der sprechenden Person sowie ein markantes Wort aus dem ersten Satz der Äußerung, um die Stimmen im Transkript unterscheiden zu können. Dies hatte ich vorher angekündigt und schien die Teilnehmenden nicht zu beeinflussen oder zu stören.

Da zu Beginn der Diskussion noch die Sonne durch die Fenster schien, wurden diese von den Teilnehmenden zu Beginn verdunkelt. Während der Gruppendiskussion wurde es im Raum immer dunkler. Auch wenn ich den Diskussionsfluss nicht unterbrechen wollte, hielt ich es nach ca. einer Stunde für notwendig, eine teilnehmende Person zu bitten, das Licht anzumachen. Ich nutzte diese kurze Unterbre-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

chung auch, um nachzuschauen, ob die Audioaufnahme immer noch lief. Auch dies hätte potentiell den Diskussionsfluss unterbrechen können, es stellte sich aber nicht als Problem heraus. Die Teilnehmenden, obwohl sie nun daran erinnert waren, dass eine Aufnahme lief und auch dass die Diskussion bereits über eine Stunde andauerte, ließen sich davon nicht beeinflussen und diskutierten noch eine weitere Stunde. Erst als mehrere Teilnehmenden gähnten (es war inzwischen Abend geworden und die Veranstaltung hatte bereits früh begonnen) wurde die Stimmung etwas träger. Ich beschloss daher, die Diskussion zu einem Ende kommen zu lassen und nur noch abschließende Fragen zu stellen.

An der Diskussion nahmen insgesamt 12 weibliche, nicht-binäre, genderfluide, genderqueere und gender questioning Personen (sowie eine Person, die kein Geschlecht angab) im Alter von 24 bis 34 Jahren teil. Für viele der Teilnehmer*innen war also nicht nur Asexualität ein relevantes Thema in Bezug auf Heteronormativität in der Medizin, sondern auch Transgeschlechtlichkeit. Die meisten Teilnehmenden studierten, andere machten eine Ausbildung, arbeiteten in der (Tier-)Medizin, der IT-Branche, als Ingenieurin, Übersetzerin oder Dozentin. Bis auf eine Person lebten alle Personen in (Groß-)Städten und bis auf eine Person beschrieben sich alle Personen als asexuell bzw. im asexuellen Spektrum.[2] Alle Teilnehmenden gaben ihr Einverständnis zur Gruppendiskussion. Ich kannte zwei Teilnehmende der Diskussion vorher persönlich, eine Person ist mir aus aktivistischen Kontexten bekannt, eine andere Person ist ein*e enge Freund*in. Mit letzterer Person habe ich ihre Teilnahme an der Diskussion, die potentiellen Konsequenzen und unser beider persönliche Grenzen diesbezüglich im Vorfeld ausführlich besprochen.

Gruppendiskussion Schweiz

Die Gruppendiskussion mit Schweizer Teilnehmer*innen sollte eigentlich im April 2020 stattfinden und wurde wegen der aufkommenden Covid-19-Pandemie abgesagt. Die Teilnehmenden waren über eine aktivistische Gruppe kontaktiert worden. 2022 nahm ich den Faden wieder auf, allerdings fanden sich über dieselbe aktivistische Gruppe kaum Teilnehmer*innen für eine Gruppendiskussion. Andere vergleichbare Gruppen gab es in der Schweiz nicht. Ich entschied mich daher, einen Aufruf in den sozialen Medien (Twitter und Instagram) zu veröffentlichen und bat aktivistische Accounts, meinen Aufruf zu teilen. Darüber gewann ich insgesamt acht interessierte Teilnehmer*innen. Unter diesen führte ich eine Terminabstimmung durch und schickte ihnen zwei ausführliche E-Mails mit Informationen. Die Diskussion sollte wegen der physischen Distanz der Teilnehmer*innen (die aus der ganzen Schweiz rekrutiert waren) und dem Krankheitsrisiko durch die immer noch

2 Die Person, die sich selbst nicht als asexuell beschreibt, ist aber nicht sexuell aktiv und konnte daher diesen Aspekt in die Diskussion miteinbringen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

anhaltende Covid-19-Pandemie online stattfinden. An der Diskussion im Sommer 2022 selbst nahmen schlussendlich nur zwei Personen teil. Die beiden Teilnehmer*innen waren zwischen Mitte 20 und 30 Jahre alt, waren gender questioning und weiblich und arbeiteten im Personal- bzw. IT-Bereich. Ein*e Teilnehmer*in lebt in einer Schweizer Großstadt, der*die andere in einer mittelgroßen Stadt in der Schweiz.

Da die Schweizer Gruppe nur zwei Personen umfasst, handelt es sich also streng genommen nicht um eine Gruppendiskussion, sondern eher ein Paar-Interview. Allerdings war die Dynamik der Teilnehmenden mit einer Gruppendiskussion zu vergleichbar: Der Gesprächsverlauf lief spontan und flüssig, es waren über weite Strecken keine Stimuli bzw. Fragen meinerseits notwendig – in den ersten 45 Minuten der Diskussion hatte ich nur zwei Fragen gestellt. Bei den Teilnehmer*innen handelte es sich nicht um eine Realgruppe (d. h. die Teilnehmenden kannten sich vor dieser Gruppendiskussion nicht), dennoch waren ihre Interaktionen schnell von gegenseitiger Sympathie und Interesse geprägt und sie sprachen über intime Themen und Erlebnisse. Die Gesprächsatmosphäre würde ich als sehr angenehm und informell beschreiben: Die beiden Teilnehmer*innen hörten einander zu, ließen sich gegenseitig ausreden, bestätigten einander in ihren Wahrnehmungen und lachten gemeinsam. Sie schienen sich beide in der Diskussion wohlzufühlen. Aus meiner Position fühlte es sich nach einer Weile fast an, wie mit einer Realgruppe zu arbeiten.

Da ich kein Schweizerdeutsch spreche und es nur mäßig verstehe, wenn zwei Schweizer*innen sich miteinander unterhalten, hatte ich mir Unterstützung in Form einer studentischen Mitarbeiterin gesucht. Diese war während der Diskussion anwesend und transkribierte und übersetzte anschließend das Gespräch ins Standarddeutsche. Ich verstand die Diskussion nur in groben Zügen und konnte den genauen Inhalt erst durch das Transkript erfassen. Dieses Verfahren erlaubte es den Teilnehmer*innen, sich in ihrer Muttersprache auszutauschen.

Die Gruppendiskussion wurde online über Zoom geführt. Nach der Digitalisierungswelle durch die Covid-19-Pandemie schienen die Teilnehmer*innen mit Videokonferenzen über Zoom gut vertraut. Es gab keinerlei Unsicherheiten oder Fragen zur Bedienung des Programms. Die studentische Mitarbeiterin und ich hatten uns dazu entschlossen, unsere Kameras während der ganzen Diskussion angeschaltet zu lassen, unsere Mikrophone aber stumm zu schalten. Wir hatten angekündigt, uns nebenher Notizen zu machen. Die Teilnehmenden hatten ihre Kameras und Mikrofone unentwegt an und schienen beide in ihren Wohnungen zu sitzen – von den Videohintergründen war aber nur wenig zu erkennen. Der Chat in Zoom wurde nicht benutzt, auch von der Meldefunktion oder der Möglichkeit mit Emojis Reaktionen auszudrücken, wurde kein Gebrauch gemacht. Obwohl in Zoom die Video-Kacheln aller Teilnehmenden eines Meetings gleich groß sind, gelang es den Teilnehmer*innen die studentische Hilfskraft und mich völlig aus ihrem Gespräch auszublenden. Die Künstlichkeit der Situation, also mit einer fremden Person un-

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ter Beobachtung über intime Erlebnisse und Gefühle zu sprechen, schien den Teilnehmer*innen sehr schnell nichts mehr auszumachen. Es gab keinerlei technische Probleme während des Zoom-Meetings. Auch gab es keine externen Störungen, obwohl online Meetings dafür durchaus anfällig sind. Die Gruppendiskussion wurde über die Aufnehmen-Funktion von Zoom aufgenommen und dann lokal auf einem PC gespeichert. Eine über ein Handy aufgenommene zweite Aufnahme wurde sofort gelöscht, als klar war, dass das Aufnehmen über Zoom gut funktioniert hatte.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Leitfäden der Gruppendiskussionen

Leitfaden Gruppendiskussion Deutschland[3]

Vor Beginn der Gruppendiskussion erfolgten ein Technik-Test, ein informelles Warm-Up, eine Begrüßung und Vorstellungsrunde, sowie organisatorische Informationen zu Pseudonymisierung, Freiwilligkeit etc. Ich hatte außerdem immanente Nachfragen vorbereitet (bspw. »Fällt euch dazu noch etwas ein?«). Am Ende der Diskusison bedankte ich mich, ließ die Teilnehmer*innen die Einverständniserklärungen und einen Bogen mit sozioökonomischen Daten unterschreiben und fertigte ein Postscript an.

- *Grundreiz/Leitfrage*
  - Was bedeutet für euch A_sexualität?

- *Nachfragen*
  - Bei welchen Personen in eurem Umfeld seid ihr als a_sexuell geoutet?
  - Welche Erfahrungen habt ihr im medizinischen System und in therapeutischen Settings als a_sexuelle Personen gemacht?
  - Habt ihr euch bei euren Ärzt*innen als a_sexuell geoutet?
  - Wie gehen eure Ärzt*innen mit eurer A_sexualität um?
  - Wolltet ihr jemals medizinische Hilfe oder eine Therapie für eure A_sexualität in Anspruch nehmen?
  - Haben euch Ärzt*innen bereits »Therapien« für eure A_sexualität angeboten?
  - Hat dieser Umgang Folgen für euch?
  - Wie würdet ihr heute anders agieren in Bezug auf eure medizinische Versorgung?
  - Was würdet ihr euch von Sexualmediziner*innen[4] wünschen?
  - Welchen Rat bezüglich medizinischer Versorgung würdet ihr anderen a_sexuellen Menschen geben?

- *Ende der Diskussion*
  - Gibt es noch etwas, was ihr ansprechen wollt? Liegt euch noch etwas auf dem Herzen?

3 Handlungsanweisungen an die Diskussionsleitung sind in regulärer Schrift gehalten, Stichworte für Äußerungen bzw. Äußerungsmöglichkeiten sind kursiv gesetzt.

4 Zum Zeitpunkt dieser Gruppendiskussion lag der Fokus der Arbeit noch auf der Sexualmedizin, nicht auf der Medizin als gesamter Disziplin.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Leitfaden Gruppendiskussion Schweiz

Vor Beginn der Gruppendiskussion erfolgten ein Technik-Test, ein informelles Warm-Up, eine Begrüßung, die Vorstellung der studentischen Hilfskraft und ihrer Rolle und Vorstellungsrunde, sowie organisatorische Informationen zu Psydonymisierung, Freiwilligkeit etc. Ich hatte außerdem immanente Nachfragen vorbereitet (bspw. »Fällt euch dazu noch etwas ein?«). Am Ende der Diskusison bedankte ich mich, ließ die Teilnehmer*innen die Einverständniserklärungen und einen Bogen mit sozioökonomischen Daten unterschreiben und fertigte ein Postscript an.

- *Grundreiz/Leitfrage*
  - Was bedeutet für euch A_sexualität?

- *Nachfragen*
  - Bei welchen Personen in eurem Umfeld seid ihr als a_sexuell geoutet?
  - Welche Erfahrungen habt ihr im medizinischen System und in therapeutischen Settings als a_sexuelle Personen gemacht?
  - Habt ihr euch bei euren Ärzt*innen als a_sexuell geoutet?
  - Wie gehen eure Ärzt*innen mit eurer A_sexualität um?
  - Wolltet ihr jemals medizinische Hilfe oder eine Therapie für eure A_sexualität in Anspruch nehmen?
  - Haben euch Ärzt*innen bereits »Therapien« für eure A_sexualität angeboten?
  - Hat dieser Umgang Folgen für euch?
  - Wie würdet ihr heute anders agieren in Bezug auf eure medizinische Versorgung?
  - Was würdet ihr euch von Sexualmediziner*innen wünschen?
  - Welchen Rat bezüglich medizinischer Versorgung würdet ihr anderen a_sexuellen Menschen geben?

- *Ende der Diskussion*
  - Gibt es noch etwas, was ihr ansprechen wollt? Liegt euch noch etwas auf dem Herzen?

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Transkriptionsindex

Transkriptionsindex

Verschrift-lichung	Parasprachliches Phänomen
⌊	Beginn einer Überlappung, d. h. gleichzeitiges Sprechen von mind. zwei Diskutierenden oder direkter Anschluss beim Sprecher*innenwechsel
(2)	Pause, Dauer in Sekunden
(.)	Kurzes Absetzen bzw. kurze Pause
Jaaaa	Dehnung, Länge an Anzahl der Vokale ablesbar
Ja	Betontes Wort bzw. betonte Silbe
JA	Laut gesprochen
°Text°	Leises Sprechen
?,	Steigende Intonation
Mei-	Abbruch
(?)	Unsicherheit bei Transkription z. B. wegen Dialekt oder störenden Nebengeräuschen
(…)	Äußerung ist unverständlich
[…]	Äußerung anderer Personen
Seufzen	Parasprachliche, nicht verbale oder gesprächsexterne Ereignisse
@Text@	Text wird lachend gesprochen
@	Auflachen, Anzahl gibt Länge an.
@2@	Lachen in Sekunden
sarkastisch	Sarkasmus, Ironie oder andere Intonationsveränderungen
Stadt	Anonymisierte Städte, Namen o. ä.
[mhm]	Zustimmender Laut
[hmhm]	Ablehnender Laut
›…‹	Indirekte Rede, verbale Reinszenierung
[an x]	Direkte Ansprache einer Person im Raum
/…/	Geste
{…}	Übersetzungshinweis

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei folgenden Personen und Institutionen:

- Den *Teilnehmer*innen der beiden Gruppendiskussionen* für ihre Offenheit und ihre Bereitschaft, ihre Erlebnisse mit mir zu teilen.
- Der *Graduate School of Social Sciences (G3S)* der Universität Basel für das Startstipendium 2017, dem *Forschungsfonds Nachwuchsforschende der Universität Basel* für die Abschlussfinanzierung meines Dissertationsprojekts 2022–2023 und bei *Gisela Spahn* für ein privates Stipendium 2021–2022. Außerdem danke ich dem *Schweizer Nationalfonds* für die Finanzierung dieser Publikation.
- *Prof. Dr. Nina Degele*, *Prof. Dr. em. Andrea Maihofer* als meiner Erstbetreuung und *Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß* als meiner Zweitbetreuung für ihre zugewandte, herzliche und anregende Betreuung, sowie *Prof. Dr. Anelis Kaiser Trujillo* für ihre Unterstützung.
- *Dem transcript Verlag*, ganz besonders *Katharina Kotschurin* und *Johanna Tönsing*.
- *Dr. Julia Büchele* für ihr jederzeit offenes Ohr, ihre Unterstützung in allen Angelegenheiten, ihre motivierenden E-Mails und so viel mehr, *Dr. David Willmes* für seine Bestärkungen, sowie der *Graduate School of Social Sciences der Universität Basel* und der *Internationalen Graduiertenakademie der Universität Freiburg* für ihre Unterstützung.
- *Ann Kristin Augst, Valo Christiansen, Jana Prokop, Balthazar Bender, Funny Kleintges, Christoph Spahn und Phima Kunkel* für ihr kritisches, wohlwollendes und hilfreiches Feedback.
- *Freija Geniale* für ihre Unterstützung bei der Übersetzung und Transkription der Schweizer Gruppendiskussion.
- *Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß* als meinem Mentor für seine zugewandte Unterstützung, *Prof. Dr. em. med. Elisabeth Zemp-Stutz* für ihre fachliche Beratung sowie *Len Ellenberger* und *Miriam Heuser* für ihre Expertise und Unterstützung.
- Den *Teilnehmer*innen des Kolloquiums im Graduiertenkolleg Gender Studies der Uni Basel*, ganz besonders *Cita Wetterich*, den *Teilnehmer*innen des Kolloquiums von Prof. Dr. Nina Degele*, für ihr hilfreiches und motivierendes Feedback, sowie dem ganzen *Team der Gender Studies der Universität Basel, ganz besonders Dr. Andrea Zimmermann und Sarah Lisa Schneiter* für ihre Begleitung.
- Den *Teilnehmer*innen des Mentorings AdvanceMent Freiburg* @academia an der Universität Freiburg 2020–2021 und den *Teilnehmer*innen des Get It Done Kurses* an der Universität Basel 2023 für ihre Begleitung und ihre hilfreichen Tipps.
- *Hildegard Räuber* für die Studienadministration der Universität Basel und *Annette Ehinger* für die Gemeinsame Kommission der Universität Freiburg für ihre administrative Unterstützung auch bei komplexen Fragen.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -

- Meinem akademischen und aktivistischen Netzwerk, on- und offline, für Inspiration und Motivation.
- Meinen Freund*innen und meiner Wahlfamilie, ganz besonders *Ann Kristin Augst, Vero Dietrich, Phima Kunkel, Fabian Wenzelmann, Martin F. Hellmuth, Balthazar Bender, Xenia Hartmann, Paul W. Meuleneers, Sam Klemmm, Sylvia Gassner, Goran Salah, Valo Christiansen, Fiona Pahlke, Rebecca Smyth, J.M.* und dem ganzen *Team des Queer Lexikons* – für ihre Unterstützung, Motivation, Ermutigung, Ablenkung, für alles.
- Meiner Familie: meinen Eltern *Esther* und *Christoph* sowie *Petra* und *Carsten*, meinen Großmütter *Inge* und *Gisela*, meinen Geschwistern *Charlotte*, *Frederik* und *Ronja* – ganz besonders dafür, dass sie nur selten nachgefragt haben, wann ich endlich fertig bin.
- Meinen pelzigen Mitbewohnern, *Merlin* und *Muckel*.
- *hannaH Sawall*, für deine Liebe, deine Wärme und all die Sicherheit, die du mir gibst. Zusammen schaffen wir alles.

https://doi.org/10.14361/9783839403969 https://staging.inlibra.com/de/agb - Open Access -