

3. Medizin als Forschungsgegenstand

3.1 Medizinsoziologische Grundlagen

3.1.1 Medizin und Gesundheitssysteme

Eingrenzungen

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist die Medizin¹. Ich beziehe mich dabei ausschließlich auf westliche und wissenschaftliche Medizin² – 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.

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. Medizinsoziologie⁴. 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.

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).

(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.

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:

»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 Professionen⁸, 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.

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 Parsons⁹ 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).

»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 entsprechenden 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 Frauen¹⁰ (Barkan 2021, S. 73) u. a. deshalb, weil gesellschaftlich

10 Für nicht-binäre Personen liegen keine Daten vor.

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*innen¹² 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).

Position, um Entscheidungen zu treffen: möglicherweise 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-

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*innen¹³. 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 objektivierbare 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).

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 Denkkollektivs« (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

als eine Kategorie zusammen¹⁴ 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 Denkwänge: »Eine genauere Betrachtung der Handbücher gibt daher Aufschluss über den stilgemäßen Denkwang 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.

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 Ungerechtigkeit¹⁵

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).

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 Carrel 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.

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

Imperialismus« (Karsch 2015, S. 94)¹⁸ bzw. an der Medizin als solcher genutzt (vgl. Illich 1995). Grundsätzlich bezeichnet Medikalisierung den Prozess, in dem nicht-medizinische 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 (Füty 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).

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).

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.

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 »Klitterodektomien) (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 Aidsilfe 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).

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 Lys 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 Geschlechtssinkongruenz²⁷, 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 Geschlechtssinkongruenz 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).

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 wurden³¹, 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-Kreislaufkrankungen oder Krebs (Wattenberg et al. 2019). Hierbei wird ein cisnormatives Zweigeschlechtersystem 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 (Oll Germany 2020).

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, ignoriert³², 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 Gesundheit³³

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

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 Suizidgefährdung (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 Abhängigkeitserkrankungen³⁵ 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).

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 geschlechtstnormierender 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).

(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.

