

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 Gruppendiskussionen¹ 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.

- 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.

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

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 verletztlich. 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 sieben⁵ Ärzt*innen zu beschreiben und berichtet später, dass es für sie unmöglich ist, sich gegen die Abhängigkeit von sieben 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 sieben 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 Steve 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 sie/sien/siem/siene Pronomen verwendet.

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 Heteronormativität⁶

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 genommen werden von Mediziner*innen 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 werden sie häufig nicht erkannt weil man immer nur vom männlichen Exempel ausgeht und – (Gruppe D: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).

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:

L 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).

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

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 kodierte(n) 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*ihres Ärzt*in darüber, dass sie die »Pille nicht nehmen möchte:

Emma: »Wollen Sie auf die Pille?,<–>Nein<–>Wieso??<[@] (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*ihres Patient*innen getroffen.

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 [ʔ]femme presenting von uns sind all die Fragn mit ›Sind Sie schwanga?, ‹–›nein‹–›Sind Sie sichaa?, ‹›jaa‹ [ʔ] 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

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 Sasha⁷ 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).

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] – also 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 nicht – also 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

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).

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

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 gesagt 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 irgendeine 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 jetzt noch n extra n Arzt suuchn?, hingeht – bitt 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. waren⁸ 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.

wegen Hautproblemen im Intimbereich⁹ 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).

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 ist mir viel wichtiger die Antidepressiva zu kriegen [...] (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 Sachen ist eigentlich – du hast ja bei den Krankheiten oft die Definition mit dabei wenns kein Leidensdruck ist – dann ist es keine Krankheit [mhm] – [...] es scheint doch eine Grundlage zu sein – warum muss man es dann ständig wieder ausdiskutieren (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 die mir n Medikament aufgeschrieben hat die – das für Babys schädlich wäre?, (.) ähm dann mit »wie verhalten Sie?«, »gar nich« – »WIESO NICH?«, »[@] – »weil ich kein Sex habe« – »ohh wieso denn nich?«, »*mitleidig* [@@@] (Gruppe D Z:288-291).

Charles 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.

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 erzählen 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:

Nina: Ja selbst wenn kein blöder @Spruch@ kommt dann denkt man manchmal – 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[...]@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-

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 HAOO, 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 muusst 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 gravierendes 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

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.

Kay: Also höchstens wenn – zu dem Zeitpunkt wo ich noch nicht wusste dass ich asexuell bin sondern halt dachte dass es irgendwelche (.) gesundheitlichen Gründen 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. Franzl erzählt, dass bei einer Untersuchung ihrer Hormone »irgendwas nicht 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 [a] (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 Franzl bspw.:

Franzi: [A]lso ab nem gewissen Punkt mit 30 dacht ich es is nich normal dass man nie 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 nicht 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-

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-

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 [ɹ]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 – jetzt versuch ichs endlich mal wieder [ə] 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 ääh 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-

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 [woaaaah] 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 jetzt 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 fühlen 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 anfangen nicht in die Therapie gesteckt [...] sondern ich bin zur Heilpraktikerin gegangen – unter anderem auch weil ich extreme Unterleibsschmerzen hatte – und der Rat der

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 nicht 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 Jahren 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.

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 erfährt habe – also solche Kommentare nie bekommen hab – zum Glück ähm – is es für mich trotzdem immer ein 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 wissen wollen was mit uns nicht stimmt und wir wollen Hilfe deswegen und wenn (.) du zu dem – oder 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] und 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

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 –

^LGabrielle: 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 drauf?, sind die da eher so ›mh das könnte n Problem werdn? (Gruppe D Z:464-467).

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*iner 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 [a] [jaa genau] als meine Option oder so [a] (Gruppe D Z:596-600).

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 Frauenarzt 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 jetzt diese Person nehm – auch wenn ich daa diskriminiert werde [...] auch wenn ich mich nich wohlfühlt 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).

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 Jahr'n 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 aufzukläärn 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 kommen irgendwie 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 verfall'n lass'n die ich eigentlich gebraucht hätte weil ich halt emotional nich in der Lage war mich damit auseinanderzusetzen jetz jedes Mal misgendert zu werden (Gruppe D Z:1836-1842).

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 jetzt 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 jetzt 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 erholen 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 irgendwie – oda stört mich hier in dieser Behandlung äähm< (.) hab ich nich den Nerv dazu äähm und deswegen – ja brauch ich halt andere Outlets dafür und °katz 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).

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 nur ja ja Verhütung **Schnalzt mit der Zunge/** Daumen nach oben/klasse ja [@@] (1) (Gruppe D Z:281-286).

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-

rapeutin bietet im weiteren Verlauf an, in ihrer Praxis Flyer über Asexualität auszuliegen, 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: Geenaau hab tatsächlich jetzt auch ne Therapeutin die damit ganz positiv?, ähh umgeht und die auch Verständnis dafür hat und die auch sagt ›das is völich 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-

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

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 verschiedenen 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-

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.

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.