

Marcel Hackbart [Hg.]

# Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt  
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



**edws**

## Edition Waldschlösschen Materialien

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

## Herausgeber dieses Heftes

Marcel Hackbart

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



**Selbst.verständlich  
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von  
Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher  
Selbstbestimmung und Vielfalt!

*[www.selbstverstaendlich-vielfalt.de](http://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de)*

---

Gefördert vom



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

**Gesunde Vielfalt pflegen**

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt  
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

## **Impressum**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

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

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

---

Mirja Leibnitz

### **13. „Let’s talk about Sex“ – ein Projekt zur Förderung der LSBTIQ\*-inklusive Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation**

„Kann ich und wenn ja, wie mit meinem Arzt\* oder meiner Ärztin\* über ein sexuelles Problem sprechen?“, „Kann ich hier über meine sexuellen Vorlieben, meine sexuelle Orientierung, meine sexuelle Identität sprechen?“, „Wie spreche ich das am besten an?“ – diese und viele andere Fragen stellen sich Patient\*innen allgemein und insbesondere Menschen mit nichtheterosexueller Orientierung, trans\*, inter\* Personen sowie Menschen, die sich nicht in der Zweigeschlechternorm einordnen (im Folgenden als LSBTIQ\*<sup>1</sup> bezeichnet), vor einem Gespräch in ärztliche Praxen und Kliniken häufig. In diesem Artikel soll ausgehend von der Bedeutung des Sprechens über Sexualität in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktion beispielhaft LSBTIQ\*-inklusive Gesprächsführung dargestellt sowie abschließend das Projekt „Let’s talk about Sex“ der Deutschen Aidshilfe (o. J.) präsentiert werden.

#### **Sprechen über Sexualität – eine Herausforderung für Ärzt\*innen und LSBTIQ\* Patient\*innen**

Das Sprechen über Sexualität ist für Patient\*innen und Ärzt\*innen meist nicht leicht und die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Oft ist die Thematisierung der persönlichen Sexualität für eine der beiden oder auch beide Seiten auch heute noch tabu- und schambelastet. Viele Ärzt\*innen haben keine sexualmedizinische Aus- oder Fortbildung durchlaufen, fühlen sich auf diesem Gebiet nicht kompetent und/oder die Thematisierung sexueller Fragen im ärztlichen Gespräch wird von ihnen häufig als sehr schwierig empfunden. Bagatellisierung, Verneinung der Zuständigkeit oder diagnostisches und therapeutisches Agie-

---

<sup>1</sup> LSBTIQ\* = lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\*, queer und weitere (→ [Band 1 Vielfalt](#))

ren sind dann häufig Strategien, mit welchen einem Gespräch über Sexualität auszuweichen versucht wird (Buddeberg, 2005; vgl. Voigt, Schübel, Spornraft-Ragaller, Bergmann & Riemenschneider, 2017). Die Scham bzw. Barrieren, über Sexualität zu sprechen, sind noch dazu deutlich erhöht, wenn es sich um LSBTIQ\* Patient\*innen handelt (Hinchcliff, Gott & Galena, 2005).

Auf Patient\*innenseite sind LSBTIQ\* Personen häufig sowohl in ihrem Alltag (→ [Band 1 Vorurteile](#)) als auch in der medizinischen Versorgung Stigmatisierungen, Vorurteilen und Diskriminierungen ausgesetzt (→ [Band 1 Gesundheit](#)), die häufig zu Minoritätenstress (Meyer, 2003 → [Minoritätenstress](#)) führen. Aufgrund erlittener und immer wieder erwarteter Diskriminierungs- und/oder grenzüberschreitenden sowie persönlichkeitsrechtsverletzenden Erfahrungen verzögert oder vermeidet eine signifikant höhere Zahl von LSBTIQ\* im Vergleich zur Mehrheitsgesellschaft medizinisch notwendige Behandlungen und Beratungsgespräche (vgl. European Commission, 2017; Fish & Bewley, 2010; Pöge et al., 2020).

Diese Vorerfahrungen können auch dazu führen, dass LSBTIQ\* Patient\*innen sich Ärzt\*innen gegenüber – wenn keine Vertrauensbasis besteht – nicht „outen“. Das Sprechen über Sexualität, Geschlechtlichkeit, der sexuellen Identität und Orientierung sowie sexueller Probleme, Praktiken, Risiken und Erkrankungen im ärztlichen Gespräch wird dann so gut wie möglich vermieden. Dies bedeutet jedoch im Rückkehrschluss nicht automatisch, dass viele Patient\*innen nicht gerne mit ihren Ärzt\*innen über Sexualität und ggf. ihre Geschlechtlichkeit, sexuelle Identität und Orientierung sprechen würden, wenn hierfür ein sicheres Umfeld und ein vertrauensvoller Rahmen gewährleistet wird (vgl. z.B. Bjorkman & Malterud, 2007; Meyer, 2003). Viele würden es begrüßen, wenn ein solches Gespräch aktiv von behandelnden Ärzt\*innen angeboten würde.

Ein Risiko besteht darin, dass sich Ärzt\*innen und Patient\*innen in ihrem Vermeidungsverhalten, Sexualität, Geschlechtlichkeit, sexuelle Identität und sexuelle Orientierung zu thematisieren, gegenseitig

ergänzen. Dies wird z.B. begünstigt, wenn der Expert\*innenstatus behandelnder Ärzt\*innen sowohl von diesen als auch von deren Patient\*innen anerkannt wird und somit ein Gespräch „auf Augenhöhe“ erschwert. Die Kommunikationsabläufe werden dann im schlechtesten Fall von „superioren“ (überlegenen) Ärzt\*innen und „inferioren“ (untergeordneten bzw. nicht als gleichberechtigt angesehenen) Patient\*innen bestimmt (vgl. Büttner & Quindel, 2013). Hinzu kommen Diskrepanzen zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekten in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation. Wird vergessen, dass Kommunikation niemals nur der reine Austausch von (medizinischen) Sachinformationen ist, sondern immer bestimmt wird von der Beziehung der Personen untereinander, können Informationen völlig falsch interpretiert oder aber nicht angenommen werden. Erst in einer vorurteilsfreien, von Vertrauen und Sorgfalt geprägten Atmosphäre im Umgang und im Gespräch mit Patient\*innen können diese auch Informationen preisgeben, die für die Diagnose, Therapie und Prävention wichtig, jedoch nicht immer einfach auszusprechen sind – wie z.B. die sexuelle Identität und/oder Orientierung, Sexualverkehr mit gleichgeschlechtlichen Partner\*innen, außereheliche Beziehungen (vgl. zur Kommunikationstheorie insbesondere Schultz von Thun, Zach & Zoller, 2017; Watzlawick, Beavin & Jackson, 2017).

Mit einem heteronormativen Blick und ggf. verurteilenden Vorannahmen entstehen Störungen auf der Beziehungsebene, die dann mit der diagnostisch-therapeutische Inhaltsebene kontrastieren (vgl. Hackbart & Thies, 2021 → [Band 1 Beziehung](#)). Dies wird Patient\*innen neben verbalen Äußerungen durch Gestik, Mimik und Tonfall (ein kleines Kopfschütteln, eine hochgezogene Augenbraue, eine ablehnende Körperhaltung) vermittelt. Diese Kommunikationsstrukturen können abgemildert werden, wenn empathiefähige, in Gesprächen über Sexualität geschulte Ärzt\*innen ihre Patient\*innen als Expert\*innen für ihr persönliches Leben anerkennen und sich der Existenz anderer Lebenswelten und -entwürfe bewusst sind.

### **LSBTIQ\*-inklusive bzw. -exklusive ärztliche Gesprächsführung**

Eine Lehrfilmreihe des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund, 2013) zeigt eindrücklich die Kommunikationsdynamiken und Konsequenzen einer LSBTIQ\*-exklusiven ärztlichen Gesprächsführung für Diagnostik, Therapie und präventive Beratung. Acht Kurzvideos beschreiben vier typische medizinische Fallbeispiele über LSBTIQ\* Menschen in jeweils zwei Versionen: Jede der vier Anamnesesituation wird hierbei einmal mit einem LSBTIQ\*-exklusiven sowie einmal mit einem LSBTIQ\*-inklusive Ansatz durchgespielt. Das Fallbeispiel „Alejandra“ schlüsselt anhand einer lesbischen Frau anschaulich auf, welche schwerwiegenden Fehldiagnosen ein heteronormativer ärztlicher Blick, verbunden mit tiefen Ängsten der Patientin, verursachen kann (adaptiert aus dem Lehrfilmmaterial s. Tabelle 1). Alejandra möchte eine Untersuchung bei einem ihr nicht bekannten Arzt machen lassen. Die erste, LSBTIQ\*-exklusive Version stellt die Weichen für eine fehlgeleitete Anamneseerhebung bereits zu Beginn des Gesprächs.

Alejandra berichtet dem Arzt, dass der Grund ihres Besuches ein Pap-Test<sup>2</sup> sei (→ [Gynäkologie](#)). Sie beantwortet die Frage, ob sie aktuell in einer festen Beziehung sei, mit ja, woraufhin der Arzt – von einer heterosexuellen Beziehung ausgehend – unmittelbar die Frage anschließt, welche Verhütungsmethode sie benutze. Alejandras Erwiderung, dass sie keine Verhütung betreibe, kommentiert der Arzt mit einem Hochziehen der Augenbraue. Auch die Antwort auf die Frage „Haben Sie Kinder?“, die Alejandra positiv mit „Ja, zwei“ beantwortet, führt im heteronormativen Blickwinkel zur Annahme, dass bei der Patientin bereits zwei Schwangerschaften bestanden – tatsächlich wurden die Kinder adoptiert. Diese Annahme korrigiert die Patientin nicht und wird als gegeben in ihre Krankenakte übernommen. Alejandra, die nervös wegen des Pap-Tests und ängstlich bzgl. ihrer ersten gynäko-

---

<sup>2</sup> Bei einem Pap-Test handelt es sich um einen Abstrich vom Gebärmutterhals zur Diagnostik von Veränderungen in der Schleimhaut, die auf Krebs oder dessen Vorstufen hinweisen.



logischen Untersuchung ist, beschließt im Laufe des Gesprächs, den Test nicht durchzuführen und sich nicht gynäkologisch untersuchen zu lassen. Um dies zu umgehen, behauptet sie, momentan zu menstruieren. Daraufhin erteilt der Arzt, der davon ausgeht, dass Alejandra bereits gynäkologische Untersuchungen sowie einen Pap-Test in der Vergangenheit durchgeführt hat, einen neuen Termin. Außerdem führt der Arzt keine körperliche Untersuchung durch und verschreibt ein Rezept für Kontrazeptiva.

Es ist insbesondere ein Set von Fragen bei der LSBTIQ\*-inklusive Anamnese der zweiten Version, verbunden mit einer emphatischen und vorurteilsfreien Haltung des Arztes, der zu einer zielführenden, die Patientin unterstützenden Diagnose und Präventionsberatung führt. Die Frage in der ersten Version „Sind sie momentan in einer festen Beziehung?“ wird ersetzt durch die Fragen: „Haben Sie momentan sexuelle Beziehungen? Sind Sie Single, in einer Beziehung oder mehreren Beziehungen?... mit einem Mann oder einer Frau?“ Dieses Fragenset, bewertungsfrei gestellt, schenkt Vertrauen und ist der „Türöffner“ für eine zielgerichtete und adäquate Anamnese. Alejandra berichtet daraufhin sowohl über ihre aktuelle Familiensituation als auch über ihre Ängste in Hinsicht auf gynäkologische Untersuchungen, wird professionell beraten und erhält die für sie wichtigen Untersuchungen und Präventionsberatungen (s. Tabelle 1).

Auch wenn Lehrfilme komplexe Sachverhalte vereinfachen und modellhaft vorstellen, verdeutlicht dieses Beispiel eindrücklich die Gefahren eines heteronormativen Blicks im ärztlichen Gespräch und zeigt einfache Methoden für ein LSBTIQ\*-inklusive ärztliches Gespräch auf.

### **„Let’s talk about Sex“: Verbesserung der LSBTIQ\*-inklusive Kommunikationskompetenz im ärztlichen Gespräch über Sexualität**

Methoden für eine vorurteilsfreie und zielgerichtete Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation über Sexualität an die Hand zu geben, hat sich die Deutsche Aidshilfe mit ihrem Projekt „Let’s talk about Sex“ zum Ziel gesetzt (Deutsche Aidshilfe, o. J.). In Kooperation mit

LSBTIQ*-exklusive Anamnese	LSBTIQ*-inklusive Anamnese
Ergebnisse der Anamnese:	
Vorannahme des Arztes: Heterosexuell, Frau outet sich nicht	Keine Vorannahme, Frau outet sich
Vorannahme: bereits frühere gynäkologische Untersuchungen	Erste gynäkologische Untersuchung
In fester Beziehung	In fester Beziehung
Regelmäßiger Zyklus	Regelmäßiger Zyklus
Vorannahme: Zwei Kinder = Zwei Schwangerschaften, zwei Geburten	Bis jetzt keine Schwangerschaft
Vorannahme: Keine Schwangerschaftsverhütung	2 Adoptivkinder
Momentan Regelblutung	Momentan keine Regelblutung
Vorannahme: Letzter Pap-Test vor zwei Jahren	Noch keinen Pap-Test durchgeführt
Resultate für die Behandlung:	
Körperliche Untersuchung wurde nicht durchgeführt	Körperliche Untersuchung wurde durchgeführt
Termin für Pap-Test wurde verschoben	Pap-Test wurde durchgeführt
Rezept für Antikonzeptiva	Kurze Beratung bzgl. Krebsvorsorge und Safer Sex zwischen Frauen

**Tabelle 1:** LSBTIQ\*-exklusive und -inklusive Anamnese am Beispiel einer lesbischen Frau bei einer gynäkologischen Untersuchung (Pap-Test)

der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä), der Deutschen STI-Gesellschaft e. V. (DSTIG), der Deutschen AIDS-Gesellschaft e. V. (DAIG), dem Kompetenznetz HIV/AIDS, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Goethe-Universität Frankfurt am Main und der Charité Berlin sowie finanziert über den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) wurden Inhouse-Schulungen für Ärzt\*innen

und Seminare für Medizinstudierende entwickelt und werden seit mehr als 10 Jahren erfolgreich durchgeführt.

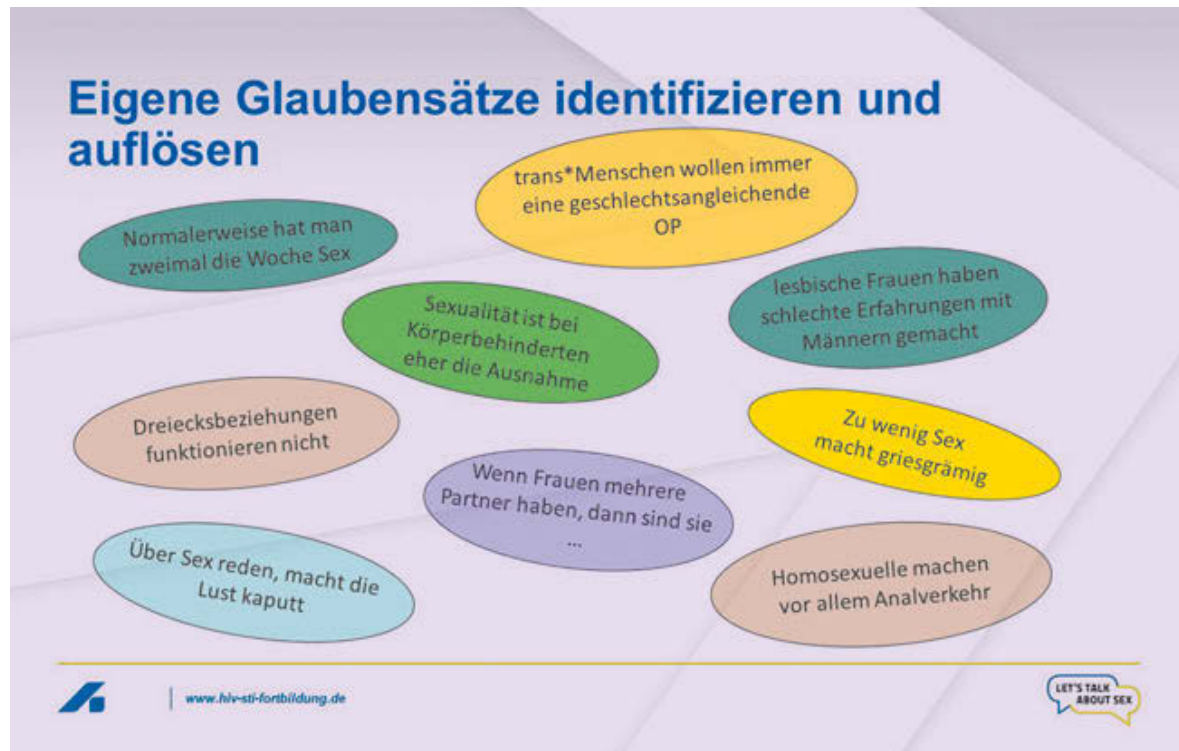
Die inklusive Kommunikationskompetenz zu Sexualität, HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei Ärzt\*innen und Medizinstudierenden zu verbessern, bedarf eines umfassenden Konzepts. Die Curricula basieren auf den Erfahrungen und Bedarfen der hetero- und nicht-heterosexuellen Patient\*innen unterschiedlichster sexueller Identität, die mit HIV leben und/oder sich der LSBTIQ\* Community zugehörig fühlen und wurden von und mit diesen erarbeitet. Auch die Trainer\*innen der Veranstaltungen, die meist von einem Tandem aus einer\*einem in der HIV/STI-Behandlung und -Prävention erfahrene\*erfahrenen Ärzt\*in und einer\*einem Berater\*in geleitet werden, fühlen sich häufig als Teil der LSBTIQ\* Community zugehörig, leben selbst mit HIV und/oder haben langjährige Erfahrungen in der LSBTIQ\* bzw. HIV-Communityarbeit und -Beratung. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie Menschen, die mit HIV leben. Da die Arbeit an eigenen Haltungen einen wichtigen Bestandteil der Schulungen darstellt, ist zu erhoffen, dass sie sich auch positiv auf die Bedarfe von inter\* und trans\* Personen in der ärztlichen Kommunikation auswirken. Deren besonderen Bedarfe (→ [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Trans\\*](#)) bilden im vorliegenden Projekt jedoch zur Zeit keinen Schwerpunkt. Eine spezifische Schulung zu den Bedarfen von trans\* Personen wurde erst kürzlich erarbeitet und befindet sich momentan in der Erprobung.

Die Themen der Fortbildung innerhalb des Projekts „Let’s talk about Sex“ sind in Tabelle 2 skizziert. Diese Themen werden in den 1,5- bis 8-stündigen Schulungen und Seminaren in drei Einheiten behandelt: (1.) die Arbeit am heteronormativen Blick und der Hinterfragung eigener Haltungen, (2.) kurze interaktive Präsentationen zum „State of the Art“ in der Diagnostik und den Übertragungswegen von HIV und STI sowie Tipps und Tricks zur Kommunikation über LSBTIQ\*-inklusive Sexualität und (3.) Rollenspiele. Wenn Ärzt\*innen keine Rollenspiele durchführen möchten, werden diese durch die Besprechung eigener Fallbeispiele ersetzt.

Thema/Ziel	Methode/Arbeitsmittel
Verdeutlichung der möglicherweise bestehenden Defizite in der Kommunikation über Sexualität mit Patient*innen und deren Verbesserung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vortrag mit Präsentation</li> <li>– Rollenspiele mit ausführlicher Besprechung/ Feedback (ggf. Fallbesprechungen)</li> <li>– Interaktive Übungen</li> </ul>
Reflexion über eigene Haltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rollenspiele mit ausführlicher Besprechung/ Feedback (ggf. eigene Fallbesprechungen)</li> <li>– Interaktive Übungen</li> <li>– Filmmaterial/Lehrfilmsequenzen</li> </ul>
Vermittlung von Wissen zu unterschiedlichen Lebenswelten außerhalb der häufig heteronormativen und als gegeben angenommenen Lebenswelt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vortrag mit Präsentation</li> <li>– Erlebnisberichte/Beispiele/autobiographische Erfahrungen des Trainer*innenteams</li> </ul>
Aufklärung über Diskriminierung im Gesundheitswesen, die LSBTIQ* Personen und Menschen, die mit HIV leben, immer wieder und noch erfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erlebnisberichte/Beispiele/autobiographische Erfahrungen des Trainer*innenteams</li> <li>– Filmmaterial/Lehrfilmsequenzen</li> </ul>
Vermittlung einer auf HIV und STI bezogenen Sexualanamnese mit der Möglichkeit, diese praktisch zu erproben	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rollenspiele mit ausführlicher Besprechung/ Feedback (ggf. eigene Fallbesprechungen)</li> <li>– Vorstellung eines Leitfadens zur HIV- und STI-fokussierten Sexualanamnese</li> </ul>
Vernetzung der Ärzt*innen und Medizinstudierenden mit regionalen Aidshilfen und anderen Beratungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorstellung regionaler Aidshilfen und/oder anderer psychosozialer Beratungsstellen für LSBTIQ* Personen, wenn möglich durch Mitarbeiter*innen derselben</li> </ul>

**Tabelle 2:** Inhalte und Methoden der Fortbildung „Let’s talk about Sex“

Um Bewusstsein für normative Verzerrungen sowie ggf. vorhandene negative oder auch einfach falsche Vorannahmen hinsichtlich Sexualität und sexuellen Praktiken zu schaffen, können neben Lehrfilmsequenzen (wie z. B. dem Fall „Alejandra“) auch interaktive Übungen eingesetzt werden (s. als Beispiel Abbildung 1). Die durch Normativitätsvorstellungen verzerrte Wahrnehmung, die auch im ärztlichen Gespräch eine offene Kommunikation, eine zielführende Diagnostik und ein adäquates präventives Beratungsgespräch verhindern kann, soll durch diese Methoden hinterfragt und eigene Denkbarrieren bes-



**Abbildung 1:** Übung zu Glaubenssätzen über Sexualität, Geschlechtlichkeit, sexueller Identität und Orientierung

ser kennengelernt werden. Auch das Aussprechen, vielleicht erstmals „über die Lippen bringen“ und somit Üben sexueller Bezeichnungen kann Bestandteil des Trainings sein. Die hierbei von Teilnehmenden häufig berichteten „Aha-Momente“ können dann in den anschließenden Rollenspielen zeitnah umgesetzt und vertieft werden.

Die Vermittlung einfacher Methoden und Tipps zu einer gelingenden LSBTIQ\*-inklusive Sexualanamnese sind weitere Bestandteil der Workshops und Seminare und können im Nachhinein in einer Begleitbroschüre sowie einem Leitfaden zur HIV- und STI-fokussierten Sexualanamnese vertieft werden (Deutsche Aidshilfe, 2020). Als besonders hilfreich empfunden werden hierbei gemäß der Evaluationen – abgesehen von der offenen und wertschätzenden Gesprächsatmosphäre – die „3 P’s“, die für Partner\*innen, Praktiken und Prävention stehen und eine Stütze im sexualanamnestischen Gespräch bilden. Diese können beispielsweise wie folgt erfragt werden:

- P wie Partner\*innen: „Um Ihre Gesundheitsrisiken richtig einschätzen zu können, wäre es hilfreich für mich zu wissen, ob Sie im vergangenen Jahr und/oder momentan Sex hatten/haben. Mit Männern, mit Frauen oder mit beiden?“<sup>3</sup>
- P wie Praktiken: „Welche Art von sexuellen Kontakten haben oder hatten Sie?“, „Vaginal, oral, anal?“, „Praktizieren Sie ausschließlich Vaginalverkehr?“, „Haben Sie Kondome verwendet?“
- P wie Prävention: „Wie gut kennen Sie sich mit dem Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen aus?“, „Was macht es Ihnen schwer, Kondome zu verwenden?“, „Haben Sie schon einmal von der PrEP gehört?“

Weitere in den Veranstaltungen vermittelte Tipps und Methoden beziehen sich auf:

- Das häufig ambivalente Gesprächsinteresse von Patient\*innen, das eigentlich Gesprächsbedarf signalisiert, wie z. B.:
  - „Türklingengespräche“ – „Ach, was ich noch wissen wollte...“
  - „Sex ist eigentlich gar nicht (mehr so) das Thema“
- Anlassunabhängige Eisbrecher-Fragen:
  - „Ich würde Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrer Sexualität stellen, die ich allen Patient\*innen stelle. Ist das für Sie in Ordnung? Das ist alles vertraulich.“
  - Signale des\*der Patient\*in aufnehmen und emphatisch spiegeln: „Oft ist es ja etwas unangenehm, darüber zu sprechen“
  - „Wie geht es Ihnen gerade mit Ihrer Sexualität?“
- Situations-Checks:
  - Habe ich als Ärzt\*in gerade genug Zeit?
  - Ist der Ort des Gesprächs angemessen?

<sup>3</sup> Da es sich hier um Beispiele der gesprochenen Sprache handelt, in der das Gendersternchen (Partner\*innen) noch nicht weit verbreitet ist, wurde hier bewusst darauf verzichtet.

- Bin ich als Ärzt\*in gerade offen für das Thema?
- Wie tragfähig erlebe ich die Beziehung zur\*zum Patient\*in?

Die Umsetzung dieser Reflexionen und Inputs in Rollenspielen hat laut Evaluationsergebnissen und Feedback der Teilnehmenden einen hohen Lerneffekt. Hierzu steht ein großes Set an Fallvignetten für eine zielgerichtete Diagnose in einem wertschätzenden ärztlichen Gespräch zur Verfügung. Als besonders wichtig hat sich nach der Durchführung der Rollenspiele eine intensive und wertschätzende Nachbesprechung durch die teilnehmenden Beobachter\*innen und die Trainer\*innen erwiesen, die wichtige Punkte und „Fallstricke“ aufgreift und bearbeitet. Durch das ausführliche Feedback werden – abgesehen vom Üben des Sprechens über Sexualität und sexuelle Praktiken – Haltungen, Vorannahmen und neue Ansätze nochmals reflektiert und in der Gruppe diskutiert. Die Komplexität der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation und deren „Verstrickungen“ auf der Inhalts- und Beziehungsebene sind in Box 1 exemplarisch anhand eines häufig eingesetzten Rollenspiels verdeutlicht.

### **Fazit**

Wenngleich die Schulungen und Seminare, die das Projekt „Let’s talk about Sex“ anbietet, von den Teilnehmer\*innen außerordentlich gut evaluiert werden, kann die Lücke, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von angehenden und praktizierenden Ärzt\*innen besteht, nur ansatzweise gefüllt werden. Ärztliche Kommunikation über sexuelle Gesundheit, die die Vielfalt der sexuellen Orientierungen und Identität einbezieht und beachtet, bedarf mehr als punktueller und durch den Projektcharakter auch zeitlich limitierter Angebote. Zur Sensibilisierung hinsichtlich der Bedarfe von Patient\*innen aller Geschlechter und sexuellen Orientierungen wäre die Aufnahme von obligatorischen Ausbildungsmodulen in die Lehrpläne der Humanmedizin dringendst angezeigt. Ebenso wichtig ist die Erweiterung der Fort- und Weiterbildungsangebote hinsichtlich dieser Thematik für bereits praktizierende Ärzt\*innen (→ [Band 1 Medizinpädagogik](#)).



*Patient Frank Liebach*

Symptome: Hautjucken, starkes Schwitzen

Sie sind 37 Jahre alt, seit acht Jahren mit Ihrer Frau verheiratet und haben zwei Kinder. In die ärztliche Praxis gehen Sie seit ca. sechs Jahren.

Neben Ihrer Ehe leben Sie seit einigen Jahren ein „Doppelleben“ und haben gelegentlich Sex mit Männern, in der Regel auf Parkplätzen, wo man Sie nicht kennt. Ihre Frau weiß davon nichts und Sie haben höllische Angst, dass sie dies herausbekommt. Gleichzeitig gibt es aktuell die Angst, sich mit HIV infiziert zu haben.

Eigentlich haben Sie sich ja immer geschützt, Kondome benutzt oder sich einfach nur „einen blasen lassen“. Letztes Mal, vor zwei Wochen, hat jedoch jemand in Ihrem Mund „abgespritzt“. Seit Tagen können Sie nicht mehr schlafen. Neben Ihrer Angst plagt Sie ein schlechtes Gewissen, wie Sie jetzt mit Ihrer Frau umgehen sollen. Sie wollen wissen, ob Sie sich mit HIV angesteckt haben könnten, und nun einen HIV-Test machen.

Es ist Ihnen alles ziemlich unangenehm.

*Ärzt\*in*

Ein 37-jähriger Patient kommt in Ihre Praxis. Sie kennen den Patienten und seine Familie seit ca. sechs Jahren. Sie wissen von ihm, dass er verheiratet ist und zwei Kinder hat.

## Auswertungsmatrix

*Kommunikation/Haltung (Beziehungsebene):*

- Angst nehmen, da Risiko sehr gering
- Auf Schweigepflicht hinweisen
- Erstes Coming-Out? Wertschätzende Haltung einnehmen, möglicherweise ist die\*der Arzt\*in die erste Person, die davon erfährt
- Auf Beratungsstellen für schwule Männer und MSM hinweisen
- Konflikt mit der Ehefrau: Manche Seminarteilnehmer\*innen solidarisieren sich mit der Ehefrau und fordern unbedingte Offenheit, es gibt aber viele Lösungen (z.B. Kondom, temporärer Verzicht auf Sex bis Testergebnis vorliegt oder PCR-Test als Selbstzahler)
- Wichtig: Ärzt\*in muss das Problem nicht lösen, ob und wie der Mann seine Frau informiert – in diesem Fall greift die Schweigepflicht

*Klinisch-Diagnostisch (Inhaltsebene):*

- Oralverkehr: HIV-Übertragungsrisiko ist sehr gering; es besteht kein Wissen, ob das Gegenüber positiv war
- Zeitraum zu kurz für einen Antikörpertest (diagnostische Lücke beträgt 6 Wochen); PCR-Test möglich, aber in Anbetracht des geringen Risikos nur sinnvoll, wenn Zeichen einer Primärinfektion vorliegen
- Nachfragen, ob auch andere Sexualkontakte mit MSM bestanden; u. U. gab es im Vorfeld Begegnungen mit höherer Übertragungsrisiko, so dass der HIV-Antikörpertest sowie auch andere STI-Tests sinnvoll sein können
- Information geben, dass einmal jährlich HIV- und STI-Tests sinnvoll sind, wenn regelmäßig sexuelle Außenkontakte bestehen

**Box 1:** Rollenspiel „Frank Liebach“



Und nicht zuletzt ist ein offenes, vorurteilsfreies Klima in einer ärztlichen Praxis Voraussetzung für eine adäquate und emphatische ärztliche Gesprächsführung zu Aspekten der Gesundheit aller Patient\*innen. Dazu gehört Praxispersonal, das wertschätzend und sensibel ist und Ärzt\*innen, die sich trauen, in respektvoller Weise Fragen zur Sexualität aktiv anzusprechen. Um diese Ziele zu erreichen, braucht es auch eine Weiterentwicklung der gesamten Arztpraxis (→ Praxis Vielfalt) als Ort, an dem sich Menschen mit Fragen zu sexueller Gesundheit aufgehoben fühlen.

## Literatur

- BJORKMAN, M., & MALTERUD, K. (2007). Being Lesbian – Does the Doctor Need to Know? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 58-62. <https://doi.org/10.1080/02813430601086178>
- BUDDEBERG, C. (2005). *Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- BÜTTNER, C., & QUINDEL, R. (2013). *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- DEUTSCHE AIDSHILFE (2020). *Ärztliche Sexualanamnese (HIV/STI)* (2. Aufl.). Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop?f-q=sexualanamnese&f-topic=All&f-audience=All&f-type=All&f-lang=All>
- DEUTSCHE AIDSHILFE (o. J.). Let's talk about Sex. HIV/STI-Prävention und Beratung in der ärztlichen Praxis. Abgerufen am 23.08.2021 von <https://www.hiv-sti-fortbildung.de/>
- EUROPEAN COMMISSION (2017). *Health4LGBTI. Reducing Health Inequalities Experienced by LGBTI People*. Bruxelles: European Commission. [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social\\_determinants/docs/stateofart\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/stateofart_report_en.pdf)
- FISH, J., & BEWLEY, S. (2010). Using Human Rights-Based Approaches to Conceptualise Lesbian and Bisexual Women's Health Inequalities. *Health and Social Care in the Community*, 18, 355-362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00902.x>
- HACKBART, M., & THIES, B. (2021). Vorurteile gegenüber queeren Menschen – Sozialpsychologische Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung in Gesundheitsberufen. *Pflege Professionell*, 37 (Sonderheft 7), 43-52.
- HINCHLIFF, S., GOTT, M., & GALENA, E. (2005). 'I Daresay I Might Find It Embarrassing': General Practitioners' Perspectives on Discussing Sexual Health Issues with Lesbian and Gay Patients. *Health and Social Care in the Community*, 13, 345-353. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00566.x>
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

---

SCHULZ VON THUN, F., ZACH, K., & ZOLLER, K. (2017). Miteinander reden von A bis Z. Lexikon der Kommunikationspsychologie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

UNITED NATIONS POPULATION FOND (2013, 12. MÄRZ). ¿Cuál es la diferencia? What is the difference? (con subtítulos en inglés). <https://www.youtube.com/watch?v=2asPSMg0HDk>

VOIGT, K., SCHÜBEL, J., SPORNRAFT-RAGALLER, BERGMANN, A., & RIEMENSCHNEIDER, H. (2017). Sexuell übertragbare Infektionen – Thema für die Hausarztpraxis? Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 1/2017, 32-38.

WATZLAWIK, P., BEAVIN, J., & JACKSON, D. (2017). Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien (13. Aufl.). Bern: Hogrefe.

## **Autor\*in**

**Mirja Leibnitz** ist Amerikanistin/Politologin (M.A.) und koordiniert nach sechsjähriger Arbeit als Projektmanagerin bei der International Planned Parenthood Federation (IPPF-EN) in Brüssel den Universitätsbereich des momentan vom PKV-Verband geförderten Projektes „Let’s talk about Sex“ der Deutschen Aidshilfe (DAH). Kontakt: [mirja.leibnitz@dah.aidshilfe.de](mailto:mirja.leibnitz@dah.aidshilfe.de)

Weitere Informationen zum Projekt „Let’s talk about Sex“: <https://www.hiv-sti-fortbildung.de>