

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

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.

6. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Gynäkologie

Adressat*innen der Gynäkologie

Bei der medizinischen Versorgung von queeren¹ Personen oder spezifisch die gynäkologische Versorgung von queeren Personen sind zwei Aspekte von Bedeutung (→ [Band 1 Gesundheit](#)): Zum einen haben queere Personen dieselben gesundheitlichen Probleme und Anliegen wie heterosexuelle, endo, cis Personen, wobei sie oft einen schlechteren Gesundheitsstatus aufweisen. Zum anderen haben sie spezifische gesundheitliche Anliegen, die z.B. ihre Fertilität und Reproduktion, Hormonersatz-Therapie und sexuell übertragbare Infektionen (STI) betreffen. Grundsätzlich ist über die medizinische Versorgungslage von queeren Personen in Deutschland wenig bekannt. Spezifisch für die gynäkologische Versorgung von queeren cis Frauen, trans* und inter* Personen gibt es nur sehr wenige Daten, weswegen in diesem Artikel auf teilweise ältere Befunde oder Zahlen aus den USA zurückgegriffen wird, die also nicht vollständig die aktuelle Lage der gynäkologischen Versorgung von queeren Personen in Deutschland widerspiegelt. Und auch wenn der Anspruch dieses Artikels ist, nicht nur über die gynäkologische Versorgung von lesbischen, endo, cis Frauen zu berichten, sondern auch bisexuelle und asexuelle cis Frauen sowie trans* und inter* Personen einzubeziehen, ist auch hier anzumerken, dass zu diesen Gruppen kaum Forschung und wissenschaftliche Literatur existiert. In vielen hier zitierten Forschungen wird nicht zwischen cis und trans sowie endo und inter differenziert – wir vermuten, dass die meiste Forschung zur Versorgung queerer Menschen in der Gynäkologie lesbische, endo, cis Frauen untersucht hat und versuchen dies soweit möglich zu kennzeichnen und mitzudenken.

¹ Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

Viele verschiedene Personengruppen im Bereich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt (→ [Band 1 Vielfalt](#)) sind Zielgruppen der Gynäkologie: Frauen, die nicht heterosexuell sind, sondern z. B. lesbisch, bisexuell, pansexuell oder asexuell, sowie trans* Frauen, trans* Männer, nicht-binäre und inter* Personen. Außerdem können Frauen, die (auch) Sex mit Frauen haben, und Frauen, die in romantischen Beziehungen mit Frauen sind, sich aber nicht als z. B. lesbisch oder bisexuell definieren, Zielgruppen sein. Nach einigen Schätzungen machen nicht-heterosexuelle, endo, cis Frauen in Deutschland ca. 10 % aller Frauen aus (Seyler & Dennert, 2021), so dass es sich für die Gynäkologie hierbei um einen wichtigen Anteil von Patient*innen handelt. Es ist wichtig, verschiedene Ebenen der Geschlechtlichkeit einer Person zu differenzieren: Die Geschlechtsorgane, das zugewiesene Geschlecht bei der Geburt, die Geschlechtsidentität, der Geschlechtsausdruck und die gesellschaftlichen Erwartungen an Geschlechter (→ [Band 1 Vielfalt](#)). Diese müssen nicht zwingend gleichermaßen mit Normen von männlich und weiblich übereinstimmen. Menschen aller Geschlechter können auch alle verschiedenen sexuellen Orientierungen haben und u. a. asexuell, heterosexuell, lesbisch, schwul, bisexuell oder pansexuell sein. Die sexuelle Orientierung einer Person korreliert nicht unbedingt damit, mit wem eine Person sexuell aktiv war oder ist oder mit wem diese Person in einer romantischen Beziehung ist (vgl. Watzlawik, 2020). Außerdem ist die sexuelle Orientierung kein Indikator dafür, ob sich diese Person eigene Kinder bzw. eine eigene Schwangerschaft wünscht.

Da Vielfalt von Geschlecht und sexueller Orientierung in Forschung und Klinik noch weitgehend unterrepräsentiert ist, handelt es sich bei den meisten nachfolgenden Punkten nicht um evidenzbasierte Leitlinien zur gynäkologischen Versorgung von queeren Personen, sondern um Empfehlungen und Anregungen, die wir aus der aktuellen Literatur und unserer Erfahrung herleiten. Viele der angesprochenen Aspekte lassen sich auf jede Fachrichtung und ärztliche Tätigkeit anwenden (→ [Band 1 Ärzt*innen](#) → [Band 1 Zahnmedizin](#)). In der Gynäkologie besitzen

sie jedoch aufgrund des engen Bezugs zu Sexualität und den damit einhergehenden Tabus und Diskriminierungsformen eine besondere Relevanz. Die ausgesprochenen Empfehlungen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen lediglich erste Anregungen für einen Einstieg in das Thema bieten.

Lesbische, bisexuelle, asexuelle und queere, endo, cis Frauen in der gynäkologischen Versorgung

Für 10,6 % der lesbischen Frauen in Deutschland ist die*der Gynäkolog*in die primäre Ansprechperson bei allen gesundheitlichen Fragen und insgesamt 54 % hatten regelmäßig Kontakt mit ihrer*ihrem Gynäkolog*in (Hirsch, Löltgen & Becker, 2016). In einer Studie von Hirsch und Kolleg*innen (2016) gaben 74,1 % der befragten lesbischen Frauen an, mindestens eine gynäkologische Vorsorge-Untersuchung wahrgenommen zu haben, 13,7 % hatten eine Mammographie und 56,1 % einen Pap-Test². In einer früheren Untersuchung von Dennert (2005) gaben noch 22,4 % der befragten lesbischen Frauen an, nie gynäkologische Vorsorge-Untersuchungen wahrzunehmen. Wie ist nun der Umgang in der gynäkologischen Praxis mit queeren, endo, cis Frauen und welche besonderen Anliegen bringen sie im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Frauen mit?

Lesbische (und vermutlich auch alle anderen queeren) Frauen begegnen Ärzt*innen grundsätzlich oft mit Vorsicht und Misstrauen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen oder der Erwartung, diskriminiert zu werden und sie beobachten ihre Umgebung, das Setting und das Verhalten des medizinischen Personals, um ihre eigene Sicherheit abschätzen zu können (Dennert & Wolf, 2009; Wolf, 2004). Studien zeigen, je offener queere Frauen über ihre Identität in medizinischen Settings sprechen können, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie im Gesundheitsbereich adäquat wahrgenommen und behandelt werden

² 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.

(Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW, 2018). Solange allerdings Ärzt*innen annehmen, dass alle ihre Patient*innen endo, cis und heterosexuell sind, besteht das Risiko der Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung und in der Folge auch das Risiko einer Fehlversorgung (Seyler & Dennert, 2021). Auch in der Gynäkologie wird davon oft ausgegangen, obwohl Sexualität, Beziehungen und Geschlechtlichkeit zentrale Kategorien dieser Disziplin sind (→ [Gendermedizin](#)).

Doch inwiefern wissen Gynäkolog*innen über die sexuelle Orientierung ihrer Patient*innen Bescheid und wie reagieren sie auf ein Coming-Out? Gegenüber ihren Gynäkolog*innen sind 45,4 % befragter lesbischer Frauen geoutet – im Vergleich dazu sind 39,2 % bei ihrer*ihrem Hausarzt*in geoutet (Hirsch et al., 2016). Bisexuelle Frauen outen sich seltener und wenn sie es tun, dann eher als lesbisch, wenn sie aktuell in einer Beziehung mit einer Frau sind, um Vorurteilen gegenüber bisexuellen Personen zu entgehen (Soinio, Paavilainen & Kylmä, 2020). Das zeigt auch: Viele queere Frauen outen sich aus verschiedenen Gründen nicht bei ihren Gynäkolog*innen. Ein Grund dafür ist, dass sie grundsätzlich als heterosexuell angesprochen werden (z. B. in Anamnese-Fragen → [Kommunikation](#)) und dies aktiv berichtigen müssen. Außerdem haben sie Angst vor der Reaktion des*der Ärzt*in (Seyler & Dennert, 2021). Zum Coming-Out bei Gynäkolog*innen resümieren Bjorkman und Malterud (2009, S.457, eigene Übersetzung): „Viele Patient*innen hatten sich zu einem Coming-Out gezwungen gefühlt, während sie in einer verletzlichen Situation waren, wie z. B. bei einer Unterleibsuntersuchung, weil die*der Ärzt*in auf eine Erklärung dafür bestand, warum die Patient*innen keine Schwangerschaftsverhütung bei einem aktiven Sexualleben benötigten. Einige Patient*innen erhielten medizinische Informationen, die auf heterosexuelle Sexualität abzielten, andere hatten Rezepte für Verhütungsmittel erhalten oder bei ihnen waren Schwangerschaftstests durchgeführt worden, obwohl die Patient*innen seit langem ihre bestehende lesbische Orientierung offenbart hatten.“

Grundsätzlich wirkt sich allein die Angst vor Diskriminierung oder einer negativen Reaktion auf ein Coming-Out schwerwiegend auf den Aufbau einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung (Dennert & Wolf, 2009 → [Band 1 Beziehung](#)) und weitergehend auf die Inanspruchnahme – auch wichtiger – Untersuchungen und Behandlungen aus (Hirsch et al., 2016). Bei Gynäkolog*innen finden queere Patient*innen ein Coming-Out jedoch auch wichtig und sinnvoll, um die richtige und beste gesundheitliche Versorgung zu erhalten (Soinio et al., 2020). Wenn queere Frauen sich bei ihren Gynäkolog*innen nicht outen, führt dies potentiell zu Verwirrung auf Seiten der Ärzt*innen „bis hin zu fehlerhaften Differentialdiagnosen und Therapieempfehlungen“ (Dennert & Wolf, 2009, S. 50). Wenn sich lesbische oder bisexuelle Frauen outen, wird dies von Ärzt*innen nicht immer positiv aufgenommen. Infolgedessen erhalten die Frauen mangelhafte Informationen und Aufklärung, ihnen wird trotz des Coming-Outs Heterosexualität oder Asexualität unterstellt oder sie werden als „kurios“ oder „absonderlich“ wahrgenommen (Dennert & Wolf, 2009). Manche Ärzt*innen reagieren auf ein Coming-Out auch mit Unbehagen, Vorurteilen, Voyeurismus oder Herablassung oder im Extremfall mit brutalem Vorgehen bei der Behandlung. Manche Ärzt*innen scheinen anzunehmen, dass alle lesbischen Frauen depressiv seien oder dass die sexuelle Orientierung ihrer Patient*innen ausschlaggebend für alle möglichen Beschwerden sei (Bjorkman & Malterud, 2009). Auch scheinen einige Gynäkolog*innen zu denken, dass lesbische Frauen keinen Kinderwunsch hätten und der Uterus für queere Frauen unnötig sei. Deswegen raten sie öfter und schneller zu Hysterektomien (Entfernung des Uterus) als bei heterosexuellen, endo, cis Frauen, z. B. in der Behandlung von Myomen (gutartige Geschwulste; Dennert & Wolf, 2009).

Eine negative Reaktion auf ein Coming-Out oder erlebte Diskriminierung in der Gynäkologie kann schwerwiegende Folgen haben: So gaben in einer deutschen Befragung 7,7 % an, wegen befürchteter Diskriminierung notwendige Untersuchungen oder Behandlungen nicht wahrgenommen zu haben (Hirsch et al., 2016). Über Diskriminierung

im Gesundheitssystem berichteten 12,4 % der Befragten, 3,8 % wurde eine Untersuchung oder Behandlung aufgrund der sexuellen Orientierung verweigert, 11,9 % legten ihre sexuelle Orientierung gegenüber ihren Ärzt*innen nicht offen, obwohl dies für die Untersuchung oder Behandlung wichtig gewesen wäre, und 16,4 % hatten das Gefühl, über ihre sexuelle Orientierung sprechen zu müssen und wurden vom medizinischen Personal nicht ernst genommen (Hirsch et al., 2016).

Wie ist die gesundheitliche Lage von queeren Personen in Bezug auf die Gynäkologie? Und welche spezifischen Gesundheitsanliegen bringen queere Personen mit? Vorsorge-Untersuchungen wie Mammografien und Pap-Tests werden von queeren, cis Frauen weniger häufig in Anspruch genommen als von heterosexuellen, cis Frauen (Bjorkman & Malterud, 2009; Bowen, Boehmer & Russo, 2019; Dennert & Wolf, 2009). Lesbische, endo, cis Frauen haben im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Frauen zusätzliche bzw. andere gesundheitliche Anliegen in der gynäkologischen Versorgung. Zu diesen gehören beispielsweise Fragen nach STI und ihren Auswirkungen. Dazu existiert kaum Forschung – und viele Gynäkolog*innen können auf Fragen wie Übertragungsmöglichkeiten und Safer-Sex-Strategien keine Antworten geben (Pöge et al., 2020). Für alle STI ist eine Übertragungsmöglichkeit beim Sex zwischen zwei Personen mit Vulva möglich (Seyler & Dennert, 2021), darunter auch Humane Papillomviren (HPV), womit das Risiko für Krebs steigt (Bowen et al., 2019). Außerdem gibt es Hinweise auf vermehrtes Auftreten von bakteriellen Vaginosen (Entzündung der Vagina) bei Frauen, die Sex mit Frauen haben, die oft zu einer Infektion von Partner*innen führen können (Pöge et al., 2020; Seyler & Dennert, 2021). Viele Gynäkolog*innen scheinen dies nicht zu wissen und verzichten auf Pap-Tests in der Vorsorge bei queeren, cis Frauen. Da queere, cis Frauen seltener schwanger sind und weniger lang stillen, haben sie ein höheres Risiko für verschiedene Formen von Krebserkrankungen wie Brust-, Eierstock- und Endometriumkarzinome (Soinio et al., 2020 → [Band 1 Gesundheit](#)). Ein weiteres wichtiges Thema für die gesundheitliche Versorgung von queeren, endo, cis Frauen ist, dass

diese oft Erfahrungen mit Gewalt – gerade auch sexualisierter Gewalt – gemacht haben, worauf Ärzt*innen adäquat und sensibel reagieren müssen (Pöge et al., 2020). Außerdem nehmen queere cis Frauen gynäkologische Vorsorge- und Routine-Untersuchungen aus verschiedenen Gründen, insbesondere erwarteter und erlebter Diskriminierung, mangelndem Fachwissen und Kompetenzen bei medizinischem Personal, wohl seltener in Anspruch, so dass Erkrankungen wie Zervixkarzinome (Gebärmutterhalskrebs) bei ihnen erst deutlich später erkannt werden (Pöge et al., 2020), was einen schwereren Verlauf zur Folge haben kann. Gleichzeitig werden „gesundheitliche Beschwerden nicht erkannt [...], da die Leistungserbringer diese teilweise auf die sexuelle Orientierung oder die geschlechtliche Identität der Betroffenen zurückführen“ (Pöge et al., 2020, S. 18).

Trans*, nicht-binäre und inter* Personen in der gynäkologischen Versorgung

In Bezug auf trans* und inter* Patient*innen ist die Datenlage zur gesundheitlichen Situation und zur gynäkologischen Versorgung deutlich schlechter als die in Bezug auf queere, endo, cis Frauen. Während sich die gesellschaftliche Akzeptanz von trans* und inter* Personen langsam verbessert, werden Ärzt*innen immer noch nicht (ausreichend) darauf vorbereitet, trans*, nicht-binäre und inter* Patient*innen zu behandeln (Obedin-Maliver & Makadon, 2016 → [Band 1 Ärzt*innen](#)).

Zur sexuellen Gesundheit von trans* Personen in Deutschland liegen aktuell kaum Daten vor (→ [Band 1 Trans*](#)). Aus internationalen Studien lässt sich aber beispielweise eine höhere Prävalenz von HIV-Infektionen ableiten (Pöge et al., 2020). Viele Gynäkolog*innen sind keine Expert*innen für die gynäkologische Versorgung mit Neo-Vaginas, wie viele trans* Frauen sie haben, so dass z. B. bei ihnen nur selten ein Pap-Test durchgeführt wird, obwohl auch sie Krebs entwickeln können, darunter beispielsweise auch Brustkrebs während der Behandlung mit Östrogen (de Blok et al, 2019). Solange trans* Männer und nicht-binäre Personen keine Hysterektomie (Entfernung des Uterus), Adnektomie (Entfernung der Eileiter und der Eierstöcke) oder Mastektomie

(Entfernung von Brustgewebe) hatten, ist es wichtig, regelmäßig gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Beispielsweise können auch trans* Männer an Zervixkrebs (Gebärmutterhalskrebs) erkranken, werden aber selten darauf untersucht (Bowen et al., 2019). Trans* Männer scheinen aber auch – wie queere, endo, cis Frauen – aus Angst vor Diskriminierung insgesamt selten an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen (Haseen, Kahn, Belton & Roth Bayer, 2020). Zusätzlich zu Vorsorgeuntersuchungen benötigen trans* und nicht-binäre Patient*innen außerdem häufig eine kompetente Begleitung bei Transitionsmaßnahmen, wie beispielsweise Hormonersatztherapien. Oft steht aber auch das elektronische Abrechnungssystem einer angemessenen Gesundheitsversorgung von trans* Menschen im Weg, in dem manche Diagnosen und Interventionen nur bei einem bestimmten Geschlechtseintrag möglich sind, was z. B. bedeutet, dass bei trans* Männern mit einem männlichen Geschlechtseintrag keine gynäkologischen Leistungen abgerechnet werden können (Houben, Dennert, González Athenas & Ohms, 2019). Aber dies ist nicht die einzige Barriere für die schlechtere Gesundheitsversorgung von trans* Menschen: „So berichten transgeschlechtliche Frauen und Männer, dass ihnen die Inanspruchnahme von gynäkologischen [...] Untersuchungen, die an ihr biologisches Geschlecht anknüpfen, verweigert wurden“ (Pöge et al., 2020, S. 19).

Viele inter* Menschen haben mit den Spätfolgen von geschlechtsnormierenden medizinischen Eingriffen (u. a. Hormontherapien, Operationen an den Genitalien, Gonadektomien (Entfernung der Keimdrüsen)) zu kämpfen, die schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben können, darunter chronische Schmerzen, Inkontinenz, sexuelle Funktionsstörungen und psychische Erkrankungen (Pöge et al., 2020; vgl. Victorian Department of Health and Human Services, 2019 → [Band 1 Inter*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)). Hoch problematisch sind auch spezifisch durch medizinische Untersuchungen und Behandlungen ausgelöste Traumata. Gerade deshalb ist es bei inter* Patient*innen besonders wichtig, sie aktiv in Entscheidungen einzubeziehen und traumasen-

sibel zu behandeln (Victorian Department of Health and Human Services, 2019). Viele inter* Menschen wurden gegen ihren Willen sterilisiert oder können ihren Kinderwunsch nicht ohne medizinische Hilfe verwirklichen (Victorian Department of Health and Human Services, 2019). Aber auch analog zu endo, cis Frauen, die Sex mit Frauen haben, geben inter* Menschen an, keine passenden Safer Sex-Strategien zu haben bzw. darüber nur unzureichend aufgeklärt worden zu sein (Victorian Department of Health and Human Services, 2019). In Bezug auf Inter* existieren viele, auch widersprüchliche Vorurteile und Annahmen, die eine gute medizinische Versorgung erschweren. Hierbei zeigt sich exemplarisch, wie wichtig es ist, dass Mediziner*innen zur Vielfalt von Geschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung ausgebildet sind (→ [Band 1 Medizinpädagogik](#)).

Eine einladende Atmosphäre: Queerfreundlichkeit in der Gestaltung Ihrer Praxis schaffen

Schon die Berücksichtigung kleiner Maßnahmen kann durch das Schaffen einer angenehmen und einladenden Atmosphäre dazu beitragen, Diskriminierung für queere Patient*innen zu reduzieren und eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung aufzubauen. Das hierfür wohl wichtigste Werkzeug ist Sprache (→ [Band 1 Sprache](#)). Sprache schafft die Kategorien, innerhalb welcher sich gesellschaftliches Leben abspielt und schafft somit auch einen Zwang, sich in diese Kategorien einzuordnen. Um diesen Zwang und damit einhergehenden Stress für Ihre Patient*innen zu verringern, sollten Sie Suggestivfragen vermeiden, wie z. B.: „Haben Sie einen Partner/Ehemann?“. Fragen Sie stattdessen eher „Sind Sie in einer romantischen Beziehung?“, „(Mit Menschen welchen Geschlechts) Sind Sie sexuell aktiv?“ oder „Ist Verhütung ein Thema für Sie?“ (vgl. Seyler & Dennert, 2021 → [Kommunikation](#)). Dies lässt Ihren Patient*innen mehr Raum, frei über verschiedene Beziehungs- und Familienkonzepte und Partner*innen zu sprechen. Das Ziel sollte es sein, heteronormative Strukturen (→ [Band 1 Vielfalt](#)) aufzubrechen und sie nicht zu reproduzieren. Außerdem können Sie durch die exakte Be-

nennung von Organen und Körperteilen (z. B. „Vulva“, „Uterus“) vergeschlechtlichte Formulierungen wie „weibliche Geschlechtsorgane“ vermeiden und so trans*- und inter*inklusiv sprechen. Seien Sie außerdem aufmerksam dafür, welche Selbstbezeichnungen Ihre Patient*innen in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität, ihre Pronomen und auch für ihre Geschlechtsorgane benutzen und fragen Sie im Zweifelsfall lieber einmal mehr nach. Sie sollten dann auch exklusiv die richtigen Pronomen, Anreden und Bezeichnungen für ihre Patient*innen nutzen.

Überprüfen Sie auch Ihre Öffentlichkeitsarbeit (Webseite, Visitenkarte etc.): Schreiben Sie nur davon, dass Sie Frauen behandeln? Oder kommen z. B. auch trans* und inter* sowie nicht-binäre Personen in Vorstellungstexten ihrer Praxis vor? Sie können auch explizit auf Ihrer Webseite darauf hinweisen, dass Sie offen gegenüber queeren Patient*innen sind und diese gerne bei sich begrüßen. Manche queere Patient*innen wünschen sich von ihren Gynäkolog*innen auch extra Sprechstunden, z. B. für Lesben oder für trans* Personen.

Besonders sei hier außerdem der sensible Umgang mit der Privatsphäre Ihrer Patient*innen erwähnt. Bedenken Sie, dass es manche Menschen aufgrund von Stigmata und Diskriminierungserfahrungen (→ [Band 1 Vorurteile](#)) vorziehen, in ihrem Umfeld nicht über ihre Geschlechtlichkeit und ihre sexuelle Orientierung zu sprechen. Achten Sie daher darauf, niemanden unfreiwillig zu outen. Damit ist nicht gemeint, diese Personen mit Samthandschuhen anzufassen und aufgrund ihrer Geschlechtlichkeit oder ihrer sexuellen Orientierung anders zu behandeln. Versuchen Sie, einen professionellen und natürlichen Umgang mit Ihren Patient*innen zu haben – Sexualität ist für fast alle ein intimes Thema und sollte auch so behandelt werden – unabhängig von Geschlecht und sexueller Orientierung.

Um das Offensichtliche noch einmal zu betonen: Gehen Sie in der Interaktion mit Patient*innen nicht davon aus, dass alle Patient*innen endo, cis und heterosexuell sind. In diesem Kontext ist es wichtig, dass Sie in der Lage sind, sich Ihre eigenen Unsicherheiten, Einstellungen, Vorurteile und Wissenslücken bewusst zu machen, da diese Ihr ärzt-

liches Handeln beeinflussen. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, sich selbst und Ihre Mitarbeitenden zu Themen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt fortzubilden (→ [Lebensort Vielfalt](#) → [Praxis Vielfalt](#)) und Ihre Praxisstrukturen regelmäßig auf queerbezogene Inklusivität kritisch zu prüfen (→ [Diversity Management](#)).

Queerfreundlichkeit bei der Anmeldung, Aufnahme und Anamnese

Bei der Anmeldung und Aufnahme Ihrer Patient*innen kommen vor allem die erwähnten Aspekte der Sprachsensibilität zum Tragen. Achten Sie darauf, dass der Anmeldebogen verschiedene Optionen für die Auswahl des Geschlechts und der vergeschlechtlichten Anrede (z. B. „Herr“/„Frau“ oder einfach Vorname und Nachname), der sexuellen Orientierung und der Sexualpartner*innen bietet. Die hier von Patient*innen verwendeten Begriffe und Pronomen sollten auch in der weiteren Dokumentation und beispielsweise beim Aufrufen der Patient*innen aus dem Wartezimmer beibehalten werden.

Das Ambiente ihrer Praxis hat weitergehend einen großen Einfluss darauf, ob ihre Patient*innen sich bei Ihnen wohlfühlen. Nutzen Sie auch Ihren Wartebereich dafür, zu signalisieren, dass sie offen gegenüber queeren Patient*innen sind. Dazu gehören z. B. spezifische Informationsangebote wie Flyer, die sich an queere Patient*innen richten (z. B. zu STI bei Frauen, die Sex mit Frauen haben). Achten Sie außerdem auf Diversität, z. B. in den Bildern bei den ausliegenden Informationsmaterialien. Für solche Informationsmaterialien können Sie sich auch mit spezifischen Beratungsstellen, Coming-Out-Gruppen etc. vernetzen und auf diese weiterverweisen. Aber auch eine Regenbogenfahne als Dekoration an der Wand o. ä. signalisiert queeren Patient*innen, dass sie bei Ihnen willkommen sind.

Um sich Themen der Sexualität, der Geschlechtlichkeit und sexuellen Orientierung zu nähern und keine relevanten Informationen zu verpassen, ist ein häufig vernachlässigtes, aber dennoch wichtiges Diagnose-Tool die Sexualanamnese. Viele Patient*innen wünschen sich, von ihren Ärzt*innen öfter zu ihrer Sexualität befragt zu werden

(Meystre-Agustoni et al., 2011). Wie die meisten der hier aufgeführten Empfehlungen gilt auch dies grundsätzlich nicht nur für queere Menschen, kann jedoch für bestimmte Personengruppen aus der queeren Community eine besondere Relevanz haben. So kann beispielsweise nach einer operativen Transition bei trans* Personen das Risiko für sexuelle Funktionsstörungen erhöht sein und eine Hormontherapie kann je nach Wirkstoff unterschiedliche Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen haben (Holmberg, Arver & Dhejne, 2019). Bleiben Sie informiert und öffnen Sie für Ihre Patient*innen den Raum, diese Themen anzusprechen.

Queerfreundlichkeit bei Routine-Beratungsanlässen für Verhütung und Schwangerschaft
Was eigentlich in jeder Behandlungs- und Untersuchungssituation selbstverständlich sein sollte, ist es leider oft nicht: Kündigen Sie genau an, was Sie machen und warten Sie das Einverständnis Ihrer Patient*innen ab. Insbesondere bei der Untersuchung von intimen Körperregionen, z. B. bei der vaginalen Untersuchung, kann ein unsensibles Vorgehen als unangenehm, schlimmstenfalls sogar als (re)traumatisierend empfunden werden. Dies gilt insbesondere für Menschen, die in der Vergangenheit schon aufgrund ihrer Körper und ihres Geschlechts Diskriminierung, Ablehnung oder Gewalt erfahren haben (Tillman, 2020).

Ein häufiger Beratungsanlass in der gynäkologischen Praxis ist das Thema Verhütung. Hier gilt: Es existieren noch weitere Verhütungsmethoden neben der Pille und die können insbesondere für Menschen, deren Sexual- und Beziehungsverhalten von der endo-, cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Norm abweichen, eine interessante Alternative darstellen. Seien Sie offen für die Bedürfnisse Ihrer Patient*innen und tappen Sie nicht in die Falle, aufgrund der ersten Erscheinung Ihrer Patient*innen vorauszusetzen, dass z. B. Schwangerschaftsverhütung oder STI-Prävention im Fokus stehen. So ist es z. B. so, dass bei einer Hormonbehandlung einer trans* Person die Fruchtbarkeit zwar eingeschränkt, aber dennoch erhalten sein kann und Safer Sex

daher je nach Partner*in und Praktiken weiterhin eine Rolle spielen kann (Mancini, Alvisi, Gava, Seracchioli & Meriggiola, 2021). Und auch wenn keine Möglichkeit für eine Schwangerschaft besteht, so geht es bei Verhütung ebenfalls um STI-Prävention, weshalb Lecktücher(/Dental Dams), die z. B. beim Oralverkehr auf Anus oder Vulva gelegt werden können, für manche Menschen ein sinnvolles Verhütungsmittel darstellen. Außerdem können Sie von der Selbstdefinition einer Person nicht vorhersagen, ob und wie diese Person sexuell aktiv ist. So haben z. B. 70 bis 90 % der lesbischen Frauen bereits sexuelle Erfahrungen mit Männern gesammelt (O’Hanlan & Isler, 2007). Klären Sie Ihre Patient*innen darüber auf, welche Risiken mit welchen Verhaltensweisen einhergehen, ohne jedoch „von der Norm abweichende“ Verhaltensweisen zu stigmatisieren. Weisen Sie außerdem darauf hin, dass die Möglichkeit von STI-Tests besteht und ermutigen Sie Ihre Patient*innen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst und ihren Sexualpartner*innen.

Ähnliches wie beim Thema Safer Sex und Verhütung gilt auch beim Thema Kinderwunsch. Seien Sie offen und unterstützend bezüglich individueller Bedürfnisse. In unserer Gesellschaft ist Schwangerschaft sehr mit Muttersein und Weiblichkeit verknüpft. Dies führt einerseits dazu, dass von weiblich gelesenen Menschen mit Uterus häufig erwartet wird, dass sie irgendwann Kinder möchten. Auf der anderen Seite lässt es wenig Raum für Konzepte von Elternschaft und Familie abseits der heteronormativen Kernfamilie. Schwangerschaft ist nicht „Frauensache“. Haben Sie, wie auch bei Verhütung und Familienplanung, stets im Kopf, dass z. B. auch trans* Männer, unabhängig von einer Transition, schwanger werden können und wollen und ihnen eine entsprechende Beratung und Schwangerschaftsbetreuung zusteht (→ [Band 1 Geburtshilfe](#)), ebenso wie das Recht auf sicheren Schwangerschaftsabbruch, wenn sich von der schwangeren Person dazu entschieden wurde (Moseson et al., 2021). Versuchen Sie daher, Ihren Patient*innen unvoreingenommen zu begegnen, wenn Sie sie bezüglich Familienplanung beraten. Auch während einer Schwangerschaft ist

Sensibilität geboten: Zur zweiten Ultraschalluntersuchung kann häufig schon erahnt werden, ob das Ungeborene einen Penis oder eine Vulva hat, was nicht selten dazu führt, dass dem Baby, noch bevor es geboren wurde, ein Geschlecht zugeschrieben wird und damit verbundene gesellschaftliche Erwartungen aufgebürdet werden. Seien Sie sich bewusst, dass nicht die körperlichen Geschlechtsmerkmale allein darüber entscheiden, welche Geschlechtsidentität eine Person hat (→ [Band 1 Vielfalt](#)). Hinzu kommt die Tatsache, dass es neben Vulva und Penis weitere Varianten der genitalen Anatomie gibt (→ [Band 1 Inter*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)). Bei (neugeborenen) inter* Kindern – zum Teil nach unzureichender Aufklärung der Eltern – sind geschlechtsnormierende Operationen weit verbreitet, mit dem Zweck, das Genital eindeutig an das männliche oder weibliche Geschlecht anzupassen, obwohl dies nicht mehr den medizinischen Standards entspricht (Siminoff & Sandberg, 2015) und inzwischen juristisch in Deutschland explizit verboten ist (§ 1631e BGB Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung). Diese Eingriffe können nachhaltig negative Auswirkungen auf die psychische, somatische und sexuelle Gesundheit der Betroffenen haben. Seien Sie sich dieser Herausforderung bewusst und beraten Sie die werdenden Eltern informiert und sensibel, wenn sich eine solche Situation bereits während einer von Ihnen betreuten Schwangerschaft abzeichnet. Um informiert zu bleiben und als Anlaufstelle für Elternberatung empfiehlt sich die Vernetzung mit Expert*innen, wie z. B. dem Verein Intergeschlechtliche Menschen.

Fazit

In diesem Artikel wurden Anregungen gegeben, wie eine gynäkologische Praxis queerfreundlicher gestaltet werden kann. Einige davon erfordern viel Arbeit, andere nicht. Eine Meta-Analyse von Dahl, Fylkesnes, Sørli und Malterud (2013) über die Interaktion von Ärzt*innen und Personen in der Geburtshilfe mit lesbischen, endo, cis Frauen ergab: Schon kleine Gesten der Unterstützung, wie die Anerkennung eines Coming-Outs oder der Patientin und ihrer Frau als ganz ge-

wöhnliche Familie, beschrieben die Patient*innen als sehr wichtig. Houben und Kolleg*innen (2019) gaben queeren Frauen und trans* Personen die Möglichkeit, zu formulieren, wie sie sich eine gute Gesundheitsversorgung vorstellten: „Als positive Vision schilderten die Teilnehmer_innen eine Versorgungspraxis, in der Personen mit ihren Lebensentscheidungen und ihrer Körperlichkeit akzeptiert, Interaktionen respektvoll gestaltet und körperliche und psychische Grenzen gewahrt und geschützt werden. Darin nehmen Behandler_innen gesundheitliche Anliegen ernst, verfügen über das nötige Fachwissen und die erforderlichen psychosozialen Kompetenzen, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu fördern. Weiter ermöglichen sie es [...] Patient_innen, aktiv zur eigenen Gesundheit beizutragen“ (S. 115). Queere Patient*innen verdienen eine gute gesundheitliche Versorgung in der Gynäkologie und einen Raum, um angstfrei über Fragen von Identität, Familienplanung, Gesundheit usw. sprechen zu können. Tragen Sie dazu bei, dass sich die gesundheitliche Situation von queeren Patient*innen verbessert!

Literatur

- BJORKMAN, M., & MALTERUD, K. (2009). Lesbian Women's Experiences with Healthcare: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 238-243. <https://doi.org/10.3109/02813430903226548>
- BOWEN, D., BOEHMER, U., & RUSSO, M. (2019). Cancer and Sexual Minority Women. In J. S. Schneider, V. M. B. Silenzio & L. Erickson-Schroth (Hg.), *The GLMA Handbook on LGBT Health. Volume 2* (S. 523-538). Santa Barbara, CA: Praeger.
- DAHL, B., FYLKESNES, A. M., SØRLIE, V., & MALTERUD, K. (2013). Lesbian Women's Experiences with Healthcare Providers in the Birthing Context. *Midwifery*, 29, 674-681. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.008>
- DE BLOK, C. J. M., WIEPJES, C. M., NOTA, N. M., VAN ENGELEN, K., ADANK, M. A., DREIJERINK, K. M. A., ET AL. (2019). Breast Cancer Risk in Transgender People Receiving Hormone Treatment: Nationwide Cohort Study in the Netherlands. *BMJ*, 365, Artikel 1652. <https://doi.org/10.1136/bmj.1652>
- DENNERT, G. (2005). *Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- DENNERT, G., & WOLF, G. (2009). Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. *Femina Politica*, 18, 48-59.
- HASEEN, B., KAHN, A., BELTON, A., & ROTH BAYER, C. (2020). Health Care for Transgender Men: What is Missing in OB/GYN Care? *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 24, 232-233. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000507>

- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HIRSCH, O., LÖLTGEN, K., & BECKER, A. (2016). Lesbian Women's Access to Healthcare, Experiences with and Expectations Towards GPs in German Primary Care. *BMC Family Practice*, 17, Artikel 162. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4>
- HOLMBERG, M., ARVER, S., & DHEJNE, C. (2019). Supporting Sexuality and Improving Sexual Function in Transgender Persons. *Nature Review Urology*, 16, 121-139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>
- HOUBEN, M., DENNERT, G., GONZÁLEZ ATHENAS, M., & OHMS, C. (2019). Gesundheit „jenseits der Mann/Frau-Binarismen“. Bedarfe an eine nicht-normative Versorgung in Bezug auf Körper, Geschlecht und sexuelle Orientierung. In M. A. Appenroth & M. d. M. Castro Varela (Hg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung* (S. 103-123). Bielefeld: Transcript.
- KOMPETENZZENTRUM FRAUEN & GESUNDHEIT NRW (2018). *Lesben – Gewalt, Diskriminierung, Gesundheit*. Bochum: Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW. https://www.gesine-intervention.de/wp-content/uploads/KFG_NRW_Faktenblatt_Lesben_Gewalt_Gesundheit_9_2018.pdf
- MANCINI, I., ALVISI, S., GAVA, G., SERACCHIOLI, R., & MERIGGIOLA, M. C. (2021). Contraception Across Transgender. *International Journal of Impotence Research*. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00412-z>
- MEYSTRE-AGUSTONI, G., JEANNIN, A., DE HELLER, K., PÉCOUD, A., BODENMANN, P., & DUBOIS-ARBER, F. (2011). Talking about Sexuality with the Physician: Are Patients Receiving What They Wish? *Swiss Medical Weekly*, 141, Artikel w13178. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13178>
- MOSESON, H., FIX, L., HASTINGS, J., STOEFFLER, A., LUNN, M. R., FLENTJE, A., ET AL. (2021). Pregnancy Intentions and Outcomes among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results from a National, Quantitative Survey. *International Journal of Transgender Health*, 22, 30-41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- O'HANLAN, K. A., & ILSER, C. M. (2007). Health Care of Lesbians and Bisexual Women. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Hg.), *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (S. 506-522). New York, NY: Springer.
- OBEDIN-MALIVER, J., & MAKADON, H. J. (2016). Transgender Men and Pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9, 4-8. <https://doi.org/10.1177%2F1753495X15612658>
- 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>
- SEYLER, H., & DENNERT, G. (2021). Betreuung von lesbischen und bisexuellen Patientinnen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. *Der Gynäkologe*, 54, 457-464. <https://doi.org/10.1007/s00129-021-04800-w>
- SIMINOFF, L., & SANDBERG, D. (2015). Promoting Shared Decision Making in Disorders of Sex Development (DSD): Decision Aids and Support Tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47, 335-339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>
- SOINIO, J. I. I., PAAVILAINEN, E., & KYLMÄ, J. P. O. (2020). Lesbian and Bisexual Women's Experiences of Health Care: "Do Not Say 'Husband', Say 'Spouse'". *Journal of Clinical Nursing*, 29, 94-106. <https://doi.org/10.1111/jocn.15062>
- TILLMAN, S. (2020). Consent in Pelvic Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65, 749-758. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13189>
- VICTORIAN DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2019). *Health and Wellbeing of People with Intersex Variations. Information and Resources Paper*. Melbourne: State of Victoria. <https://www2.health.vic.gov.au/about/populations/lgbti-health/health-of-people-with-intersex-variations>

WATZLAWIK, M. (2020). Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten: Thinking outside the box(es)? Überlegungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 22-39). Weinheim: Beltz Juventa

WOLF, G. (2004). Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-Out-Prozess. Herbolzheim: Centaurus Verlag.

Autor*innen

Annika Spahn ist Doktorandin an den Universitäten Freiburg und Basel. Sie forscht zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie arbeitet als Lehrbeauftragte u. a. an der Technischen Universität Braunschweig und der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und koordiniert das Queer Lexikon (www.queer-lexikon.net).

Kontakt: annika.spahn@unibas.ch

Lena Ellenberger ist Doktorandin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dort forscht sie in der Arbeitsgruppe Female Desire zu geschlechtsbezogenen Inhalten in der sexualmedizinischen Lehre im Medizinstudium. Sie studiert Medizin in Freiburg und schreibt als Autorin im Bereich der Sexualaufklärung.

Kontakt: lena.ellenberger@charite.de