

4. Forschungsstand Heteronormativität in der Medizin

4.1 Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion

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

Heteronormative Vorannahmen

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

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

4.2 Heteronormativität in der medizinischen Lehre¹

Soziologische Beschäftigung mit medizinischer Lehre

Die Soziologin Tania Jenkins und Kolleg*innen arbeiten vier große Themen der aktuellen soziologischen Beschäftigung mit medizinischer Lehre heraus: Wissensregime, Stratifizierung innerhalb der Profession, professionelle Sozialisation im Medizinstudium und die Soziologie der medizinischen Bildung (Jenkins et al. 2021, S. 256). Innerhalb der Forschung zu Wissensregimen wird danach gefragt, welche Inhalte im Medizinstudium wie vermittelt werden (Jenkins et al. 2021, S. 259). Mit dem Konzept der professionellen Sozialisation gerät in den Blick, wie in medizinischen Fakultäten die Ausübung sozialer Kontrolle und sozialer Autorität erlernt wird² (Jenkins et al. 2021, S. 258; vgl. Becker et al. 2007 [1961]). Es wird also betrachtet, wie Medizinstudierende lernen, sowohl kompetente Ärzt*innen, als auch Mitglieder der Ärzt*innen-Profession zu werden (Becker et al. 2007 [1961]); außerdem

-
- 1 An dieser Stelle ist wichtig anzumerken, dass natürlich nicht alle Ärzt*innen und medizinischen Fachkräfte cisgeschlechtlich und heterosexuell sind und manche Fachkräfte daher aus eigener Erfahrung Wissen und Empathie für queere Patient*innen mitbringen. Zum einen haben sie aber meistens trotzdem keine systematische Ausbildung zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt erhalten, zum anderen haben queere Patient*innen, die selbst medizinischen Expert*innenstatus haben, vermutlich andere Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht, z. B. weil ihr Wissen eher anerkannt wird.
 - 2 Dabei werden Universitäten auch als Orte analysiert, in denen soziale Kontrolle ausgeübt wird, in denen Gehorsam belohnt und Widerspruch sanktioniert wird (Ruebsam-Simon 2002, S. 2840).

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

Der heimliche und der Null-Lehrplan

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

Heteronormativität als heimlicher Lehrplan

Während sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt selten Teil des formellen medizinischen Lehrplans sind⁵, werden über den heimlichen Lehrplan durchaus Informationen darüber vermittelt. Die Soziologin Marie Murphy untersuchte

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

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

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

ethnographisch die Lehre zu Sexualität an verschiedenen amerikanischen Universitäten und beschreibt, wie Heteronormativität als Teil des heimlichen Lehrplans immer wieder evident wird bzw. sich in Form eines heimlichen Lehrplans materialisiert. Wenn in der medizinischen Lehre über Sexualität gesprochen werde und selbst wenn sexuelle, romantische sowie geschlechtliche Vielfalt Erwähnung finde, so Murphy, blieben Heterosexualität und Cisgeschlechtlichkeit dennoch grundsätzlich als normal und natürlich dargestellt. Dabei blieben z. B. Sex zwischen Frauen oder die Existenz von trans Personen für Lehrende und Studierende unintelligibel und exotisch. Heteronormativität in der medizinischen Lehre werde damit unbewusst und unauffällig⁶ aufrechterhalten und reproduziert, mit harmlos erscheinenden Bemerkungen und Auslassungen. Murphy resümiert:

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

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

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

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

Repräsentation von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt

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

Wissensvermittlung zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt

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

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

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

Heteronormativität in medizinischen Lehrbüchern

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

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

Die Anatomie als Schlüsseldisziplin

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis

Konsequenzen aus fehlendem Fachwissen

Medizinisches Personal ist also kaum oder gar nicht zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt ausgebildet, geschweisedenn zu den spezifischen gesundheitlichen Anliegen queerer Patient*innen und dem sensiblen Umgang mit queeren Patient*innen. Das fehlende Fachwissen zeigt sich ganz besonders in Bezug auf Bisexualität (Eady et al. 2011), Asexualität (Flörcken 2017), Trans⁸ (Whittle et al. 2008; Europäische Union 2017a) und Intergeschlechtlichkeit (Brunnett 2020). Fehlendes Fachwissen als Textur von Heteronormativität ist auch darauf zurückzuführen, dass Ärzt*innen annehmen, die »sexuelle Orientierung oder das Geschlecht hätte keinen Einfluss auf die gesundheitliche Lage einer Person und dass sie sich daher nicht mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt befassen müssten (Europäische Union 2017b, S. 39). Mehrere Studien belegen dagegen die Bedeutung von spezifischem und interdisziplinärem Fachwissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt für eine bessere Gesundheitsversorgung queerer Menschen (exemplarisch: Lampalzer et al. 2019). In einer Studie der Europäischen Union wird dieses als »healthcare inequality« beschrieben, gerade weil das fehlende Wissen negative physische, psychische und soziale Folgen hat (Europäische Union 2017b, S. 20–21). Da es nur wenige Ärzt*innen gibt, die einen fachgerechten und informierten Umgang mit queeren Patient*innen haben, kann von einer medizinischen Unterversorgung queerer Personen gesprochen werden (Dennert und Wolf 2009, S. 54). So werden bspw. bei lesbischen und bisexuellen cis Frauen selten oder keine Vorsorgeuntersuchungen zu Cervixkrebs gemacht, was eine frühe Krebserkrankung, einen komplizierteren Verlauf und damit einen frühen Tod zur Folge haben kann (The National LGB&T Partnership 2018). Das liegt auch daran, dass (cis) Frauen, die Sex mit (cis) Frauen haben, bei Vorsorgeterminen oft angeben, keine Verhütung zu nutzen bzw. nicht die »Pille zu nehmen oder zu brauchen. Zusammen mit der Annahme, alle Patient*innen seien heterosexuell, ergibt sich so für Ärzt*innen das Bild einer Patientin, die nicht sexuell aktiv ist und daher keinen »Pap-Abstrich bräuchte (Fish 2006, S. 148–163). Das fehlende Fachwissen erschwert außerdem den Aufbau einer guten »Behandlungsbeziehung zwischen Ärzt*innen und queeren Patient*innen.

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

Heteronormative Vorannahmen

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

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

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

Marginalisierung im Gesundheitssystem

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

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

In einer Studie von Les Migras geben 20 % der Befragten an, von medizinischem Personal respektlos behandelt worden zu sein und 30 % wurden als heterosexuell angesprochen, obwohl ihre lesbische oder bisexuelle Identität bekannt war (Les Migras 2012, S. 22). 44,7 % der befragten trans Teilnehmenden hatten negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich gemacht (Les Migras 2012, S. 23). Der Psychologe Oliver Hirsch und Kolleg*innen fanden heraus, dass 12,4 % der von ihnen befragten lesbischen Frauen Diskriminierung im deutschen Gesundheitssystem erlebt hatten. 3,8 % wurde aufgrund ihrer sexuellen Orientierung eine Behandlung oder eine Untersuchung verweigert (Hirsch et al. 2016, S. 5; vgl. Whittle et al. 2008). In einer weiteren Studie, ebenfalls zur Situation queerer Frauen im Gesundheitssystem, gaben 50 % an, bereits negative Erfahrungen mit Ärzt*innen gemacht zu haben, darunter abwertendes oder mitleidsvolles Verhalten, Voyeurismus bzw. invasive Fragen, Pathologisierung, mangelnde Aufklärung, Verletzungen der Schweigepflicht, sexuelle Belästigung, unnötig grobe und schmerzhaft Behandlung, moralisierende Verurteilungen und Gewalterfahrungen (Dennert und Wolf 2009, S. 51; vgl. Wolf 2004, S. 84–85). In anderen Studien berichten Patient*innen davon, dass ihnen ihre Selbstbezeichnung (wie z. B. *lesbisch*) nicht geglaubt wurde (Equality Network 2021). Wie Regina Brunnett schreibt, haben fast alle inter* Personen negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht. Darunter fallen Pathologisierung, offenes zur Schau stellen von Ekel und Ablehnung, unangemessene Neugier und Schuldzuweisungen, wenn Standarduntersuchungen nicht funktionieren (Brunnett 2020, S. 138). Inter* Personen berichten davon, von medizinischem Personal dazu gedrängt worden zu sein, sich (z. B. in Aussehen und Verhalten) in ein binäres Geschlechtersystem einzufügen (Victoria State Government 2019, S. 28). Daher vermeiden viele inter* Personen den Kontakt mit dem Gesundheitssystem und nehmen dafür Leiden in Kauf (Brunnett 2020, S. 138). Zu den Diskriminierungserfahrungen queerer Personen in medizinischen Kontexten gehört auch, dass ihnen z. B. ein Trauma unterstellt wird, das ihre sexuelle Orientierung ausgelöst haben

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Heteronormative Behandlungspraxis

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

Inanspruchnahme-Verhalten von medizinischer Versorgung

(Antizipierte) Diskriminierungserfahrungen können, wie bereits ausgeführt, dazu führen, dass queere Patient*innen sich in medizinischen Räumen unwohl fühlen (Dean et al. 2016) und daher keine medizinische Versorgung in Anspruch nehmen oder dies nur selten bzw. spät tun (also wenn Beschwerden schon lange existieren)¹⁰ (Europäische Union 2017a, S. 24; Skidmore et al. 2019; Zeeman et al. 2019; Pöge et al. 2020a; Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe 2023, S. 115–116). Das gilt sowohl für Vorsorgeuntersuchungen¹¹ als auch für akute Beschwerden. Gerade trans Personen nehmen Vorsorgeuntersuchungen, z. B. regelmäßige Termine bei Zahnärzt*innen, nicht in Anspruch, wenn z. B. die juristische Namens- und Personenstandsänderung (noch) nicht erfolgt ist und der »Deadname und ein falsches Geschlecht auf der Krankenkassenskarte vermerkt sind (Spahn und Ellenberger 2020). Falsch angesprochen und aus dem Wartezimmer aufgerufen zu werden, bzw. alleine die Vorstellung oder Erwartung davon, kann also so viel Stress verursachen, dass komplett auf Kontakte mit dem Gesundheitssystem verzichtet wird, auch in gesundheitlichen Notfällen (Bauer et al. 2014; Hirsch et al. 2016; Zeeman et al. 2019, S. 974; Augst und Spahn 2023).

4.4 Zusammenfassung von Theorie- und Forschungsstand und Entwicklung von Forschungsfragen

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

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

-
- 10 Außerdem kann diskriminierendes Verhalten von Ärzt*innen dazu führen, dass Patient*innen Therapievorschlüsse (wie das Einnehmen von Medikamenten) ablehnen oder ignorieren – auch dies kann gesundheitliche Auswirkungen haben (Campbell Orphanidis et al. 2022, S. 63).
- 11 Dies gilt z. B. auch in der Schwangerschaft: queere cis Frauen sowie trans und inter* Personen bleiben u. a. Geburtsvorbereitungskursen, sowie prä- und postnataler Versorgung fern, weil diese stark vergeschlechtlicht und heterosexualisiert sind (Equality Network 2021, S. 15).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

