

1. Einleitung

1.1 Einführung

In ihrem Buch ›The Care we Dream of. Liberatory & Transformative Approaches to LGBTQ+ Health‹ entwirft die queere Gesundheitsaktivistin Zena Sharman eine Vision eines queersensiblen und postheteronormativen Gesundheitssystems:

»What if we [queer people, AS] could always trust in getting health care that felt good, accessible, and even pleasurable, wherever and whenever we needed it? What if it felt safe enough to bring our whole selves into the process? What if health care felt healing and helped us flourish? What if all health care providers and healers genuinely honored and valued queer and trans people, worked collaboratively with us, and trusted in our expert knowledge of our own bodies?« (Sharman 2021a, S. 12).

In der Beschäftigung mit dem Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung queerer Menschen (s. u.) wird eins schnell klar: Das, was Sharman beschreibt, ist eine utopische Vision – und weit entfernt von der aktuellen Realität. Stattdessen ist das Gesundheitssystem¹ für viele queere Menschen ein Ort, der von Angst, Gewalt und Trauma geprägt ist, und keineswegs ein Ort der Sicherheit, der Fürsorge, des Vertrauen und des Heilens:

»Our health system often demands queer and trans people take the care we are given without complaint, even if it's violent, inadequate, or just plain wrong, often at great personal and/or financial cost. It gaslights us into disbelieving what we deeply know and understand to be true in our bodies. It pathologizes, shames, and blames us. It categorizes and ranks us in a hierarchy of worthiness that dictates how we are treated or if we are treated at all. Our health system excludes so many queer and trans people from receiving care, and it sometimes kills us or hastens our deaths« (Sharman 2021b, S. 47).

1 Sharman bezieht sich im folgenden Zitat vor allem auf die Gesundheitssysteme in Kanada und den USA. Ihre Diagnosen sind aber, wie ich im Folgenden zeigen werde, auch für das schweizerische und deutsche Gesundheitssystem gültig.

Doch wie stellt sich diese Marginalisierung queerer Personen im Gesundheitssystem konkret dar? Anhand zweier Vignetten möchte ich dies verdeutlichen:

Erstens erzählt die lesbische Bloggerin Madita Hausteineinen Termin mit ihrer Gynäkologin nach:

»Im Erstgespräch stellte sie [die Gynäkologin, AS] mir einige Fragen zu Vorerkrankungen, Allergien und Verhütung.

»Ich verhüte nicht.«

Sie schaute entsetzt auf.

»Haben Sie denn gar keinen Sex?«

[...]

»Oooh doch,« antwortete ich. »Aber ich bin mit einer Frau zusammen.« (Hausteine 2018, o. S.)

Es wird klar, dass die Gynäkologin unter sexueller Aktivität ausschließlich eine bestimmte Form von Sexualität fasst: Penis-in-Vagina-Sex, der grundsätzlich potentiell reproduktiv ist. Andere Formen sexueller Aktivität und insbesondere queere Sexualität sind in ihrem Denken nicht nur unsichtbar, sie scheinen auch unintelligibel, d. h. für sie nicht verstehbar zu sein (Butler 1996, S. 24). Als ihre Patientin angibt, keine Verhütung zu nutzen, ist die Schlussfolgerung der Ärztin nicht, dass potentiell andere Formen von Sexualität infrage kommen. Stattdessen nimmt sie an, dass die Patientin offenbar überhaupt nicht sexuell aktiv sei – was sie aber ebenfalls irritiert. Anders als »heterosexuelle², »cisgeschlechtliche Patient*innen muss die Patientin in diesem Beispiel nun die Ärztin informieren und aufklären – und sich damit dem Risiko aussetzen, dass die Ärztin auf die Information über die nicht-heterosexuelle Orientierung ihrer Patientin vielleicht mit Ablehnung reagiert. Queere Patient*innen, so zeigt sich in diesem Beispiel, passen nicht in die standardisierten Anamnesefragen der »Gynäkologie, sondern sind unselbstverständlich und erklärungsbedürftig.

In der Monographie des Pflegewissenschaftlers Klaus-Dieter Neander zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege (2014) findet sich *zweitens* ein ausführlicher Erfahrungsbericht des trans Manns Maik, der nach einem Verkehrsunfall in die Notaufnahme eingeliefert, anschließend operiert wurde und einige Zeit stationär im Krankenhaus verbringen musste. Darin schildert Maik eindrücklich das brutale Erleben von Marginalisierung in der Medizin und die emotionalen Folgen:

»Plötzlich wurde es totenstill! Mein [»]Abbindeshirt war offen und meine Brüste kamen zum Vorschein. Der Chirurg war völlig überrascht und rief: »Was ist das

2 Mit einem »-Symbol markierte Begriffe und Abkürzungen werden im Glossar im Anhang der Arbeit erklärt.

denn! [sic!] Titten? Was ist denn das hier für ein Spinner!« [...] ich zitterte innerlich vor Angst... Dann hörte ich eine Krankenschwester rufen: »Igitt, sowas habe ich ja noch nie erlebt... der kommt mit einem Personalausweis mit einem Männernamen und ist dann eine, ja was denn jetzt?« Der Chirurg lästerte los und sagte: »Naja, das werden wir ja gleich sehen... scheint ne kleine Transe zu sein, die sich ein bisschen verkleidet hat.« Und ohne Vorwarnung wurden meine Hosenbeine mit der Schere der Länge nach aufgeschnitten und meine Scham freigelegt, indem meine Unterhose zerrissen wurde. [...] Während der ganzen Aufnahme-prozedur ging das so weiter! Alle unterschiedlichen Ärzte, die mich untersuchten, sprachen mich mit Frau Maier an, ganz selbstverständlich und keiner nahm Notiz davon, dass mein Personalausweis mich als Maik Maier auswies. [...] Nur wenig später kamen zwei Pfleger, die offenbar die Aufgabe hatten, mich zu betten, denn irgendwie waren wohl Laken und Bettdecke verdeckt. »Hi, ich hab dir ja gesagt, ne tolle Frau hier, Supertitten hat die – nennt sich aber wohl Maik!« [...] Ich hörte nur zu, wie er [der Oberarzt, AS] zu seinen Mitarbeitern sagte »Ob der mehr am Hirn hat seit seinem Unfall? Wenn er ein Mann ist, bin ich ne Topfpflanze!« Alles brüllte und wieherte vor Lachen ... ich begann zu weinen. [...] Ich heulte, denn ich fühlte mich so hilflos, so unverstanden. Keiner der Mitarbeiter der Klinik machte sich die Mühe herauszufinden, wieso ich auf MAIK bestand und wieso ich einen Ausweis mit mir führte, der diesen Vornamen bestätigte. [...] Morgens kam eine Krankenschwester und flötete »nichtwahr [sic!], Frau Meier [sic!], wir machen uns jetzt ein bisschen frisch und richten uns ein bisschen her, schließlich ist [?]Chefvisite und der Chef mag junge, gutaussehende Frauen!« Sie wusch mich und war irritiert, dass ich keinen Lippenstift hatte und das [sic!] ich mehrfach darauf bestand, mit Herr Meier [sic!] angesprochen zu werden. [...] Der Chefarzt drehte sich um, denn er war schon zur Tür geeilt, vorbei an seinen kichernden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. »Nochmal Frau Meier [sic!], – und ich will ihnen mal zu Gute halten, dass Ihre Gehirnverletzungen wohl doch schwerwiegender sind, als ich angenommen habe – mich interessiert Medizin und das, was wir tun können, damit Sie gesund werden. Und wenn ich einen Menschen mit Brüsten und ohne Penis sehe, ist das eine Frau [...]. Sie haben kein verbrieftes Recht darauf [sic!] von uns zu fordern, dass wir hier eine Schmierenkomödie für ne durchgeknallte Transe mitmachen. Wenn Sie nicht noch fachärztliche Betreuung bräuchten, würde ich Sie sofort in die Psychiatrie verlegen lassen [...]«. Keiner machte sich die Mühe, auf mich einzugehen. Ich war verzweifelt und kraftlos und nach einem Gespräch fasste ich den Entschluss, mich gegen den ausdrücklichen ärztlichen Rat auf eigene Gefahr zu entlassen« (Neander 2014, S. 16–20).

In dieser Schilderung ist die Marginalisierungserfahrung nicht so subtil wie die der lesbischen Bloggerin. Maik wird ignoriert, lächerlich gemacht, beleidigt, gedemütigt und grob behandelt. Er wird »psychopathologisiert, d. h. ihm wird eine psychische Erkrankung zugeschrieben, weil er darauf besteht, ein Mann zu sein. Das medizinische Personal reagiert mit Ekel und Abscheu (»Igitt!« (ebd., S. 16)) auf seinen

Körper. Ihm wird permanent sein Geschlecht und seine geistige Fähigkeit, über sein Geschlecht selbst bestimmen zu können, abgesprochen. Sein Mannsein wird nicht anerkannt, er wird fortlaufend »misgendered« und »gedeadnamed«. Er wird also nicht als Subjekt anerkannt, das über Wissen zu sich oder zu Geschlecht insgesamt verfügt. In Form von einzelnen Äußerungen und Interaktionen zeigt sich hier sowohl die Mikroebene von Marginalisierung, als auch die strukturelle bzw. Makroebene in Form von Unwissen, Vorurteilen etc. der Ärzt*innen über geschlechtliche Vielfalt.

Maik wird zusätzlich sexualisiert, d. h. einem sexualisierten Blick auf sich zugänglich gemacht, indem ohne Notwendigkeit seine Unterhose zerrissen und seine Genitalien sichtbar gemacht werden. Außerdem wird er wiederholt auf seine Brüste reduziert – und damit verbunden immer wieder als Frau angesprochen und positioniert. Eine Krankenschwester möchte ihn mithilfe von Lippenstift in Weiblichkeitsnormen disziplinieren und ihn für den Blick des Chefarztes, der »junge, gutaussehende Frauen« mag (ebd., S. 18) herrichten. Für das medizinische Personal gibt es demnach nur eine akzeptable Form von Geschlecht; es setzt voraus, dass alle Menschen mit Brüsten und ohne Penis Frauen sind – und dass alle Menschen, die davon abweichen, (psychisch) krank sind. Wieder und wieder beschreibt Maik in dieser Passage, wie hilflos und ausgeliefert er sich fühlt, wie viel Angst er empfindet, wie er zittert und weint und um Respekt und Anerkennung fleht. Aus einer ergänzenden Fußnote von Neander zum Ende von Maiks Bericht erfahren wir, dass diese Erfahrung maßgeblich zu seinem Suizid beitrug (Neander 2014, S. 127).

Das, was die lesbische Bloggerin Madita und der trans Mann Maik in der medizinischen Behandlungspraxis erleben, fasse ich in dieser Arbeit als Heteronormativität. Heteronormativität in der Medizin tritt, wie ich zeigen werde, in verschiedenen Dimensionen auf, z. B. als Heterosexismus und Transfeindlichkeit. Sie findet auf verschiedenen Ebenen statt – z. B. in den (teils) subtilen Interaktionen zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen, aber auch in der strukturellen mangelhaften Ausbildung von medizinischem Fachpersonal zum sensiblen Umgang mit queeren Patient*innen. Zudem nimmt Heteronormativität verschiedene Formen an, wie bspw. Unsichtbarmachung, Pathologisierung oder Normierung, mit denen sie wirkt, sich durchsetzt, manche Menschen privilegiert – und andere marginalisiert.

In den beiden Vignetten ist bereits erkennbar, dass das Erleben von Heteronormativität im Gesundheitssystem (oder, wie ich zeigen werde, auch bereits die Angst davor, Heteronormativität zu erleben) deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit queerer Menschen hat. So sind queere Menschen bspw. nicht in Anamnesebögen und -fragen abgebildet und abbildbar, weswegen eine angemessene Versorgung nicht automatisch erfolgen kann. Daher brechen sie ggf. Behandlungen ab, vermeiden diese oder nehmen sie nicht in Anspruch, weil die Marginalisierung, die sie erleben, so schwer wiegt – oder weil die in der Medizin erlebte Marginalisierung mehr schadet, als sie hilft und (neue) Traumata verursacht.

1.2 Forschungsstand

Viele internationale Studien belegen die schlechte(re) gesundheitliche Lage und Versorgung queerer Menschen (exemplarisch: Plöderl und Tremblay 2015; Europäische Union 2017a; Government Equalities Office 2018; Jellestad et al. 2018; Zeeman et al. 2019; Pöge et al. 2020a; Timmermanns et al. 2022). Außerdem zeigen sie konsistent, dass queere Personen spezifische Gesundheitsanliegen haben, die vom Gesundheitssystem nur unzureichend abgedeckt werden (exemplarisch: Sauer und Güldenring 2017; Schweizer 2017; Guethlein et al. 2021; Wunn und Rogenz 2022). Weiterhin wurde nachgewiesen, dass queere Menschen innerhalb der Medizin Marginalisierung erleben (exemplarisch: Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017). So beschreibt bspw. Ines Pohlkamp (2014) die Auswirkungen von Heteronormativität in der Medizin auf trans- und intergeschlechtliche Menschen als Gewalt und zeigt kleinteilig Marginalisierungsmechanismen innerhalb der Medizin auf.

Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis bzw. der Umgang der Medizin und aus dem Bereich mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt ist in Bezug auf einzelne Aspekte bereits erforscht: So wurde mehrfach analysiert (exemplarisch: MacFife 2019), dass in der Medizin häufig von einem Standardpatienten ausgegangen wird, der als männlich, androgeschlechtlich, cisgeschlechtlich, allosexuell und a-romantisch, heterosexuell, monogam lebend etc. imaginiert wird. An ihm ist der Standard für medizinische Behandlung ausgerichtet. In Bezug auf Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion legen z. B. Cottingham und Fisher (2015) eine Analyse von heteronormativen Vorannahmen in klinischen Medikamentenstudien vor und Carrotte et al. (2016) eine Studie zur mangelnden Inklusion queerer Personen in Forschung zu sexueller Gesundheit.

Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt, so arbeitet Heinz-Jürgen Voß (2021; vgl. Banwari et al. 2015; Robertson 2017) in seiner Analyse der Curricula von gesundheitsbezogenen Studiengängen heraus, ist entweder unsichtbar oder wird medikalisiert und problematisiert. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Marie Murphys (2016) ethnographische Analyse US-amerikanischer Medizinstudiengänge. Sie spricht von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan, in dem Heterosexualität und Cisgeschlechtlichkeit ständig und subtil als normal und natürlich markiert werden. Auch medizinische Lehrmaterialien sind bereits auf ihre Auslassungen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt hin bzw. als heteronormativ analysiert worden (Metoyer und Rust 2011; Campo-Engelstein und Johnson 2014; Parker et al. 2017). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass medizinisches Personal kaum oder nicht zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, spezifisch queeren gesundheitlichen Anliegen und dem sensiblen Umgang mit queeren Patient*innen ausgebildet ist. Dabei arbeiten bspw. Lampalzer et al. (2019) die Bedeutung von spezifischem und interdisziplinärem

Fachwissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt für eine bessere Gesundheitsversorgung queerer Menschen heraus. Erste Veröffentlichungen versuchen, Mediziner*innen Kompetenzen im Hinblick auf die Versorgung queerer Patient*innen zu vermitteln (Wierz und Nürnberg 2024).

Auch Interaktionen zwischen Patient*innen und medizinischem Personal sind bereits in Bezug auf Heteronormativität erforscht worden (Dennert 2009; Garcia Nuñez und Jäger 2011; Utamsingh et al. 2016). Danach erleben queere Personen in der Interaktion mit Ärzt*innen Marginalisierung und Gewalt (Hirsch et al. 2016), abwertendes oder mitleidsvolles Verhalten, »Pathologisierung, mangelnde Aufklärung, Verletzungen der Schweigepflicht, sexuelle Belästigung, unnötig grobe und schmerzhaft Behandlung und moralisierende Verurteilungen (Dennert und Wolf 2009), sowie offenes Zur-Schau-Stellen von Ekel und Ablehnung, unangemessene Neugier und Schuldzuweisungen (Brunnett 2020). Es ist außerdem erwiesen, dass (antizipierte) Marginalisierungserfahrungen dazu führen können, dass queere Patient*innen sich in medizinischen Räumen unwohl fühlen (Dean et al. 2016) und daher oft keine oder kaum medizinische Versorgung in Anspruch nehmen (Europäische Union 2017a; Skidmore et al. 2019; Zeeman et al. 2019; Pöge et al. 2020a). Das gilt sowohl für Vorsorgeuntersuchungen als auch für akute Beschwerden und gesundheitliche Notfälle. Es besteht darüber hinaus das Risiko einer Über-, Unter- und Fehlversorgung queerer Personen, weil klischeehafte Annahmen einer angemessenen Behandlung im Weg stehen (Sander 2017, S. 9). Aufgrund all dieser Faktoren sind queere Personen oft mit ihrer Versorgung unzufrieden (Thyen et al. 2014) und begegnen Ärzt*innen mit Vorsicht und Misstrauen (Wolf 2004; Dennert und Wolf 2009; Foster und Scherrer 2014; Pohlkamp 2014; Mittedorf et al. 2019).

Während also bereits erforscht ist, dass Heteronormativität Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Medizin durchzieht – indem bspw. sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt entweder überbetont wird oder unsichtbar ist, sind folgende vier Aspekte bisher unzureichend erforscht:

Erstens beziehen sich die erwähnten Studien meistens nicht auf Deutschland oder die Schweiz, sodass hier noch Forschungsbedarf besteht: Wie gestalten sich Heteronormativität und ihre Auswirkungen spezifisch im deutschen und schweizerischen Gesundheitssystem?

Zweitens betrachten die erwähnten Studien alle nur einen Teilbereich der Medizin (Wissensproduktion, Lehre oder Behandlungspraxis; exemplarisch: Logie et al. 2019), so dass der Zusammenhang zwischen diesen Bereichen bisher kaum erforscht ist: Inwiefern ist z. B. die Unsichtbarkeit von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der medizinischen Lehre mit einer heteronormativen Behandlungspraxis assoziiert?

Drittens fokussieren sich die erwähnten Studien in den meisten Fällen nur auf eine Teilgruppe der queeren Community (bspw. ausschließlich trans Personen oder lesbische Frauen; exemplarisch: Hirsch et al. 2016). Heteronormativität besteht al-

lerdings, wie ich zeigen werde, aus verschiedenen, miteinander verwobenen Dimensionen (wie z. B. Cisnormativität und Allonormativität), die nicht ohneinander versteh- oder analysierbar sind: Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin? Wie hängen diese zusammen? Wie sieht eine umfassende Analyse von Heteronormativität in der Medizin aus, die queere Körper, Geschlechter, Sexualitäten, Beziehungen- und Familienformen mitdenkt?

Viertens liegen zwar Analysen zum Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung queerer Personen (exemplarisch: Timmermanns et al. 2022) und Analysen zu Heteronormativität im Gesundheitssystem (exemplarisch: Murphy 2016) vor, doch nur selten wird der Versuch unternommen, diese beiden Aspekte miteinander zu verknüpfen: Welchen Einfluss hat Heteronormativität innerhalb der Medizin auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung queerer Menschen? Wie erleben queere Menschen Heteronormativität im Gesundheitssystem, welche Handlungsstrategien entwickeln sie damit und welche Konsequenzen ziehen sie für ihr Gesundheitshandeln³?

Um die Auswirkungen von Heteronormativität innerhalb der Medizin angemessen analysieren zu können – einen Aspekt, den ich in meinem Fazit weiter vertiefe –, benötigt es eine kleinteilige Analyse von Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Medizin, spezifisch für den deutschen und schweizerischen Kontext. Es muss also etabliert werden, was Heteronormativität in der Medizin beinhaltet, welche Formen sie annimmt, auf welchen Ebenen sie wirkt und wie sie reproduziert und legitimiert wird. Dabei muss Queerness bzw. sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in ihrer Vieldimensionalität und Komplexität allumfassend miteinbezogen und ernstgenommen werden.

1.3 Zielsetzung, Forschungsgegenstand und Fragestellung

Der zentrale Begriff dieser Arbeit ist Heteronormativität. Heteronormativität verstehe ich kurzgefasst als gesellschaftliches Machtverhältnis und als soziale Struktur, in der Heterosexualität und das damit verbundene binäre Geschlechterverhältnis und -verständnis als Norm gelten und Abweichungen sanktioniert werden (Butler 2016 [1991]; Degele 2005; Degele et al. 2012). Butler postuliert, dass in einem heteronormativen System Geschlecht (sowohl im Sinne von *sex*, d. h. körperlichem Geschlecht als auch von *gender*, d. h. Geschlechtsidentität und -rolle) und »sexuelle Orientierung (*desire*) untrennbar miteinander verwoben sind. Butler bricht in diesem Zuge also *erstens* mit der Vorstellung, dass ein bestimmtes körperliches Ge-

3 Mit diesem Begriff meine ich z. B. das Wahrnehmen von präventiven Untersuchungen, regelmäßiges Sport-Treiben, das Achten auf eine gesunde Ernährung oder das Tragen einer Fitness-Uhr.

schlecht eine bestimmte Geschlechtsidentität und eine bestimmte sexuelle Orientierung hervorbringt (vgl. Degele 2005; Wagenknecht 2007; Bublit 2013) und entlarvt *zweitens* alle drei Kategorien als gesellschaftliche Konstruktionen (Butler 2016 [1991], S. 24). *Drittens* wird in Butlers Überlegungen deutlich, dass Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit sich gegenseitig ideologisch absichern und regulieren (vgl. Maihofer 2015; Hark 2016). Die Butlersche Triade von *sex*, *gender* und *desire* wird u. a. von Rachel Epstein erweitert. Sie zeigt, dass in einem heteronormativen System ein bestimmtes Begehren auch mit bestimmten sexuellen Praktiken verbunden wird und konstatiert deshalb »sex = gender = sexual orientation = sexual practices« (Epstein 2018, S. 1047).

In Texten zu Heteronormativität findet sich häufig eine Aufzählung von Institutionen, die Heteronormativität (re-)produzieren. Zwei Beispiele: »This [heteronormativity, AS] has been sanctified by churches and states, sustained by education, medicine, welfare services, popular prejudice – and even patterns of housing« (Baird 2007, S. 5). Peter Wagenknecht macht auf die institutionelle Diskriminierung durch Heteronormativität aufmerksam: »Heteronormativität [reguliert] die Wissensproduktion, strukturiert Diskurse, leitet politisches Handeln, bestimmt über die Verteilung von Ressourcen und fungiert als Zuweisungsmodus in der Arbeitsteilung« (Wagenknecht 2007). Hierbei bleibt aber offen, inwiefern und womit Heteronormativität legitimiert und reproduziert wird oder wie Heteronormativität strukturiert, reguliert, privilegiert und marginalisiert – kurz: wie Heteronormativität operiert und erhalten wird. In der Soziologie und der Geschlechterforschung ist etabliert, dass die Medizin, so wie jede gesellschaftliche Institution, in gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebunden und verwickelt ist und damit auch das Geschlechterverhältnis und Heteronormativität reproduziert und legitimiert (Lucht und Paulitz 2008, S. 11). Unklar ist aber bisher, wie Heteronormativität bspw. in der Medizin konkret aussieht, welche Formen sie annimmt, mit welchen Techniken sie regiert und wie sie aufrechterhalten wird. In dieser Arbeit lege ich einen systematischen Versuch vor, Heteronormativität anhand verschiedener Dimensionen und Herrschaftstechniken konkret analysierbar zu machen – auch außerhalb der Medizin.

Seit den ersten Theoretisierungen von Heteronormativität in den 1970er bis -90er Jahren gab es im Bereich sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt viele medizinische, juristische und gesellschaftliche Veränderungen. Darunter sind z. B. die Entpathologisierung von Homosexualität, sowie die Einführung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare in Deutschland und der Schweiz. Heteronormativität verändert sich also, wobei sich einige Aspekte modernisieren und andere persistieren (Maihofer 2014; Nay 2017; Woltersdorff 2019). Gleichzeitig wird die Anerkennung sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vermehrt infrage gestellt und Akteur*innen, die Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit kritisch analysieren oder sich für queere Existenzweisen einsetzen, werden abge-

wertet und bedroht (Engelmann 2019; Gössl 2022). Eine Frage, die ich mit dieser Arbeit beantworten will, ist daher auch, wie die Medizin in den 2020er Jahren mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgeht. Außerdem frage ich, ob und wie innerhalb der Medizin Heteronormativität bzw. die Marginalisierung queerer Personen verhandelt wird – auch in Bezug auf den gesundheitlichen Zustand, die gesundheitliche Versorgung und das Gesundheits Handeln queerer Personen. Kurzgefasst: Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der aktuellen medizinischen Praxis?

Am Beispiel der Medizin zeige ich in dieser Arbeit, wie sich Heteronormativität als dynamisches Normengefüge (Nay 2017) in soziale Institutionen einschreibt und Personen durch (die Androhung von) Marginalisierung reguliert. Ich lege in meiner Analyse den Fokus darauf, inwiefern Geschlecht und Sexualität innerhalb der Medizin heteronormativ definiert und konstruiert sind und welche Folgen dies für queere Patient*innen hat.⁴ Meine Analyse kann somit auch 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.

Damit ergeben sich folgende Forschungsfragen für diese Arbeit:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin?
- Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität in der Medizin? Wie materialisiert sich Heteronormativität in der Medizin?
- Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin und wie hängen diese zusammen?
- Welche Formen nimmt Heteronormativität in der Medizin an? Wie regiert Heteronormativität in der Medizin? Wie wird Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten?
- Wie geht die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um?
- Welches Wissen existiert in der Medizin über Heteronormativität und über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt?
- Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der Medizin?
- Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das gesundheitliche Handeln queerer Menschen aus?

4 Es geht mir also in dieser Arbeit darum, den aktuellen IST-Stand in der Medizin zu erheben. Diese Arbeit hat nicht den Anspruch, eine utopische Vision eines queerfreundlichen Gesundheitssystems abzubilden.

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist die wissenschaftliche Medizin (im Gegensatz zur »Alternativmedizin) in Deutschland und der deutschsprachigen Schweiz. Dabei konzentriere ich mich auf aktuelle Tendenzen, d. h. ich nutze Material, das nicht älter als 20 Jahre ist. Aufgrund des gewählten Themas stehen meistens die medizinischen Disziplinen im Fokus, die sich explizit mit Geschlecht und Sexualität befassen, wie die Gynäkologie.

1.4 Aufbau des Forschungsprojekts

Ich untersuche jeweils in einem Analysekapitel, inwiefern sich in der medizinischen Wissensproduktion (1), der Lehre (2) und der Behandlungspraxis (3) Heteronormativität zeigt. Ich nutze für diese Arbeit die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz/Rädiker (2022) als methodischen Überbau und wende in den verschiedenen Analysekapiteln spezifische Analyseheuristiken an.

Für die *medizinische Wissensproduktion* untersuche ich exemplarisch den medizinischen Diskursstrang rund um Uterustransplantationen. Dazu führe ich eine kritische feministische Diskursstranganalyse (Keller 2004; Lazar 2007a; Fairclough und Wodak 2009) von 26 medizinischen und medizinethischen Fachartikeln über Uterustransplantationen durch. Uterustransplantationen sind ein hochaktuelles Forschungsfeld und haben *einerseits* das Potential, Schwangerschaft und Fortpflanzung zu de-heterosexualisieren und zu ent-geschlechtlichen – *andererseits* aber auch das Potential, Zweigeschlechtlichkeit zu zementieren und Reproduktion zu biologisieren und zu essentialisieren. Daher lässt sich hier untersuchen, wie in der Medizin aktuell Wissen zu Geschlecht und Sexualität konstruiert und konsolidiert wird (vgl. Fleck 1980 [1935]). Ich arbeite heraus, welche Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität dieser Forschung zugrunde liegen, welche heteronormativen Vorannahmen Mediziner*innen über ihre Patient*innen treffen und welche Auswirkungen das hat. Ich stelle bspw. heraus, wie die Forschung zu Uterustransplantationen durch das Transplantieren eines Uterus normerfüllende Frauen symbolisch und materiell herstellt.

Für die *medizinische Lehre* untersuche ich die Lernplattform AMBOSS, sowie Lehrbücher und Präsentationsfolien von vier ausgewählten Medizinstudiengängen in Deutschland und der Schweiz. Hierbei analysiere ich, welches Wissen in der Medizin über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt aktuell als gültig betrachtet wird, welche entsprechenden Lehrinhalte vermittelt werden, welches Wissen darüber, sowie über Heteronormativität in der Medizin vorhanden ist und inwiefern von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan (Murphy 2016, 2019) in der Medizin ausgegangen werden kann. Für die Analyse verstehe ich die Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning-Module als Dokumente (Gitelman 2014)

und führe eine inhaltlich strukturierte Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) durch.

Für die *medizinische Behandlungspraxis* analysiere ich zwei Gruppendiskussionen (Loos und Schäffer 2001; Bohnsack et al. 2006a; Bohnsack 2014; Kruse 2015) mit asexuellen Personen zu ihren Erfahrungen in der Medizin. Ich arbeite heraus, auf welche Arten und Weisen queere Patient*innen in der Medizin mit Heteronormativität konfrontiert werden, bspw. in der Analyse heteronormativer Medikalisierung von Asexualität. Außerdem wird deutlich, was dieses Erleben von Heteronormativität für queere Patient*innen bedeutet und welche Umgangsstrategien sie mit dieser Behandlung finden (müssen). Die Transkripte der Gruppendiskussionen werden mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) ausgewertet, wobei diese um Analyseheuristiken, die Jan Kruse (2015) als Teil des integrativen Basisverfahrens vorschlägt, erweitert wird.

1.5 Gliederung der Arbeit

In *Kapitel 2* etabliere ich die *theoretische Basis* für meine Arbeit. Darin zeige ich auf, inwiefern Heteronormativität die ganze Gesellschaft – und somit auch die Medizin – durchzieht. Ich vollziehe darin die Ideen- und Begriffsgeschichte, sowie die Theoretisierung von Heteronormativität nach (Kapitel 2.1). Ich beziehe mich in meinem Verständnis des Konzepts insbesondere auf Judith Butlers (2016 [1991]) Werk (Kapitel 2.2). Ich differenziere die Begriffe *Queer* und *Sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt* und operationalisiere diese für meine Analyse (Kapitel 2.3). Ich beziehe mich außerdem auf Kritiker*innen aus den Gender und Queer Studies, die darauf aufmerksam machen, dass der Begriff *Heteronormativität* trotz seiner breiten Verwendung kaum analytisch ausgearbeitet ist. Das bedeutet, dass unklar ist, wie Heteronormativität wirkt und welche Formen sie annimmt (exemplarisch: Nay 2017) (Kapitel 2.2). Einen Versuch für eine analytische Ausarbeitung lege ich mit dieser Arbeit vor. Dazu schlage ich *erstens* vor, verschiedene, miteinander verschränkte Dimensionen von Heteronormativität in den Blick zu nehmen (Kapitel 2.4). Diese Dimensionen bilden den ›Inhalt‹ von Heteronormativität, d. h. sie sind bspw. die inhaltlichen Vorannahmen, die in einem heteronormativen System über Menschen getroffen werden. Ich argumentiere, dass ohne ein entsprechendes Verständnis dieser Dimensionen Heteronormativität nicht fass- oder analysierbar ist:

- Geschlechterbinarität und Geschlechterverhältnis
- Heterosexismus und Homofeindlichkeit
- Mononormativität und Bifeindlichkeit
- Allonormativität und Afeindlichkeit
- Amatonormativität und Afeindlichkeit

- Cisnormativität und Transfeindlichkeit
- Endonormativität und Inter*feindlichkeit
- Mononormativität und Polyfeindlichkeit

Zweitens schlage ich für die Analyse von Heteronormativität eine Beschäftigung mit verschiedenen Herrschaftstechniken vor (Kapitel 2.5). Als Herrschaftstechniken verstehe ich in Anschluss an Michel Foucault (2005 [1981], S. 210) Formen, mit denen Heteronormativität regiert, sich reproduziert, Menschen privilegiert oder marginalisiert. Folgende Herrschaftstechniken von Heteronormativität in der Medizin u. a. in Anlehnung an das Werk Iris Marion Youngs (1990) schlage ich vor:

- Ideologie
- Marginalisierung
- Othering
- Epistemische Gewalt
- Definitionsmacht
- Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung
- (Ent-)Sexualisierung
- Problematisierung
- Medikalisierung
- Normierung und Disziplinierung
- Hervorbringung von sexuellen, romantischen und geschlechtlichen Existenzweisen

Außerdem schlage ich für die Analyse vor, verschiedene Ebenen und Texturen von Heteronormativität zu betrachten (Kapitel 2.6). In einem letzten Schritt gehe ich auf die gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte ein, und frage mit Volker Woltersdorff, ob »Heteronormativität verschwinde[t] oder zumindest abgeschwächt oder flexibilisiert« (Woltersdorff 2019, S. 327) wird, und was dies für die Analyse von Heteronormativität bedeutet (Kapitel 2.7).

In *Kapitel 3* nehme ich die *Medizin* als meinen *Forschungsgegenstand* in den Blick. Ich verorte meine Arbeit in der Medizinsoziologie (Kapitel 3.1) und stelle die Analyse medizinischer Macht in den Vordergrund (Kapitel 3.2). Hierzu beziehe ich mich zentral auf das Werk Foucaults (exemplarisch: 1978b), der fragt, wie medizinische Macht(-ausübung) durch die Katalogisierung von Abweichung funktioniert oder durch die Disziplinierung derer, die als krank oder abweichend eingeordnet werden, funktioniert. Hierzu konzipiere ich die Medizin als Normierungswissenschaft. In einem nächsten Schritt vollziehe ich die soziologische Beschäftigung mit Ärzt*innen als (Leit-)Profession und mit der Ärzt*innen- und Patient*innenrolle nach, da sich diese Arbeit vor allem auf die Analyse ärztlichen (im Gegensatz zu z. B. pflegerischen) Handelns fokussiert (Kapitel 3.3). Hierbei nehme ich auch ärztliche

Autorität und den Machtunterschied in der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen in den Blick (Mol 2003). Ein zentraler Aspekt ist dabei die Wissenshierarchie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen bzw. grundlegend Wissen und Erkenntnis in der Medizin (Kapitel 3.4). Hierzu führe ich zunächst in das Werk Ludwik Flecks (1980 [1935]) und seine Begriffe *Denkkollektiv* und *Denkstil* ein, nehme dann Bezug auf Peter Bergers und Thomas Luckmanns (2007 [1980]) Werk *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* sowie auf Miranda Frickers (2010) Theoretisierung von *Epistemischer Ungerechtigkeit*. Anschließend führe ich in den Begriff der *Medikalisierung* ein und beleuchte die historische und aktuelle Medikalisierung von Queerness (Kapitel 3.5). In einem letzten Schritt stelle ich den Forschungsstand zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der Medizin vor und gebe einen Überblick über die psychische und physische Gesundheit(-sversorgung) queerer Personen (Kapitel 3.6).

In *Kapitel 4* führe ich die beiden Stränge aus Kapitel 2 und 3 zusammen und präsentiere den *Forschungsstand zu Heteronormativität in der Medizin*, aufgeschlüsselt nach Wissensproduktion (Kapitel 4.1), Lehre (Kapitel 4.2) und Behandlungspraxis (Kapitel 4.3). Ich illustriere, wie die Medizin in gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebunden ist und inwiefern sich dies bspw. bei normativen Annahmen in der medizinischen Forschung zu Geschlecht und Sexualität zeigt. Ich beziehe mich auf die Arbeit Marie Murphys (2016, 2019), die in ihrer ethnographischen Forschung Heteronormativität als Teil des heimlichen medizinischen Lehrplans herausarbeitet. Außerdem beschreibe ich den Forschungsstand zur Repräsentation von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, sowie zu Heteronormativität in medizinischen Lehrmaterialien. Ich argumentiere schließlich, dass Heteronormativität und die Marginalisierung queerer Personen in der medizinischen Behandlungspraxis u. a. eine Folge der unzureichenden Aus- und Weiterbildung zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt bei Ärzt*innen ist. Weiterhin gebe ich einen Überblick über bisherige Forschung zu Marginalisierungserfahrungen queerer Personen in der medizinischen Behandlungspraxis und den Folgen u. a. für das Inanspruchnahmeverhalten von medizinischer Versorgung.

Kapitel 5 expliziert den *Aufbau meines Forschungsprojekts und die Methodologie*. Ich beginne das Kapitel mit einer Selbstpositionierung (Kapitel 5.1) und erläutere anschließend den Aufbau des Forschungsprojekts und mein Erkenntnisinteresse (Kapitel 5.2). Anschließend führe ich in die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) ein, die als methodischer Überbau für diese Arbeit fungiert (Kapitel 5.3). Für jeden Teil meiner Analyse (also für Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis) führe ich jeweils meine Analyseheuristik für die Datenerhebung und -auswertung aus, gehe auf den Samplingprozess ein und stelle den jeweiligen Analysekörper vor (Kapitel 5.4-5.6). Zum Abschluss des Kapitels gehe ich auf Gütekriterien qualitativer Forschung ein, stelle Überlegungen zur Validität meiner For-

schung an und reflektiere, welche Schlussfolgerungen aus meinen Ergebnissen gezogen werden können (Kapitel 5.7).

Kapitel 6 ist das erste von drei *Analysekapiteln*. Darin untersuche ich *Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion* am Beispiel des Diskursstrangs zu Uterustransplantationen. Ich begründe zunächst die Auswahl des Beispiels Uterustransplantationen und stelle dann Hintergrundinformationen des Verfahrens vor (Kapitel 6.1). Nach einer Beschreibung der untersuchten Diskursfragmente und des Diskursstrangs (Kapitel 6.2) analysiere ich exemplarisch drei heteronormative Herrschaftstechniken. *Erstens* zeige ich auf, wie in der medizinischen Wissensproduktion normative und essentialistische Definitionen von Geschlecht und Familie getroffen werden und wie damit trans Personen unsichtbar gemacht und geothert werden (Kapitel 6.3). *Zweitens* stelle ich die These auf, dass die Organspender*innen und -empfänger*innen mithilfe von Uterustransplantationen symbolisch und materiell zu Frauen gemacht werden (Kapitel 6.4). Hieran wird ersichtlich, inwiefern heteronormative Disziplinierung alle, d. h. auch heterosexuelle und cisgeschlechtliche Individuen, trifft – und wie damit Heteronormativität als Ideologie und Struktur aufrechterhalten wird. Außerdem wird hier deutlich, dass Heteronormativität kein natürlicher Zustand ist, sondern ständig reproduziert, naturalisiert und legitimiert werden muss. *Drittens* arbeite ich Repronormativität als spezifische Erscheinungsform von Disziplinierung heraus, d. h. das Einfügen von Individuen in gesellschaftliche Normen und Ideen zu Kinderwunsch, Familiengründung, Schwangerschaft usw. (Kapitel 6.5). Wie ich im Fazit zu diesem Kapitel (Kapitel 6.6) ausformuliere, haben Uterustransplantationen theoretisch das Potential, gesellschaftliche Bilder und Normen zu Geschlecht und Körpern zu queeren, d. h. infrage zu stellen und zu wandeln. Stattdessen werden sie als Reproduktionstechnologien eher dazu benutzt, Heteronormativität als System zu stützen. Queere Körper, Reproduktionspraxen und Verwandtschaftsverhältnisse werden in diesem Diskursstrang nicht sichtbar und scheinen unintelligibel, solange sie nicht in heteronormative Reproduktionslogiken diszipliniert werden können.

Kapitel 7 stellt meine Analyseergebnisse zu *Heteronormativität in der medizinischen Lehre* vor. Mit einer Analyse von Lehrmaterialien (d. h. Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning-Module), die im Medizinstudium zum Einsatz kommen, präsentiere ich, wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in medizinischen Lehrmaterialien dargestellt werden, d. h. was und wie Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen (sollen). Nach einer Beschreibung der analysierten Dokumente (Kapitel 7.1) zeige ich auf, dass Medizinstudierenden vermittelt wird, dass es zwei (und nur zwei) Geschlechter gibt, die klar voneinander abgrenzbar sowie einfach unterscheidbar sind und die ausschließlich cis- und endonormativ definiert werden (Kapitel 7.2). Außerdem wird in den analysierten Materialien eine konstitutive Verwobenheit von Geschlecht und Sexualität erkennbar und damit genau das, was Judith Butler (2016 [1991]) als *Heterosexuelle*

Matrix theoretisiert. Sexualität findet in der Darstellung der Lehrmaterialien ausschließlich zwischen cis Männern und cis Frauen in Form von potentiell reproduktivem Penis-in-Vagina-Sex innerhalb romantischer und monogamer Beziehungen statt. Queere Sexualität wird nicht thematisiert oder (im Fall von Männern, die Sex mit Männern haben) als gefährlich, exzessiv und evolutionsbiologisch nutzlos dargestellt (Kapitel 7.3). Ich stelle hier die These auf, dass sich in den Lehrmaterialien (und damit in der Medizin als Ganzer) eine *Rhetorische Akzeptanz* von Homo- und Bisexualität zeigt, wobei ich auf Angelika Wetterers (2003) Konzept der rhetorischen Modernisierung recurriere (Kapitel 7.4). Auf der sprachlichen Ebene wird Homosexualität in den Lehrmaterialien einerseits als normale, akzeptanzwürdige sexuelle Orientierung präsentiert. Gleichzeitig wird sie als erklärungsbedürftig und fundamental anders als Heterosexualität konzipiert, während Heterosexualität als Norm weder hinterfragt noch dekonstruiert wird. Dies mache ich fest am Fehlen komplexer, d. h. multidimensionaler Darstellungen queerer Existenzweisen sowie an heteronormativen Vorannahmen, die über Patient*innen getroffen werden. Diese *Rhetorische Akzeptanz* verunmöglicht also eine Thematisierung der vergangenen und gegenwärtigen Marginalisierung queerer Personen in der Medizin. Ich gehe in Kapitel 7 außerdem auf verschiedene Herrschaftstechniken ein, wie ich sie in Kapitel 2 entworfen habe, darunter die Unsichtbarkeit von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt (Kapitel 7.5-7.7). Anschließend formuliere ich aus, inwiefern die Lehrmaterialien die Grundlage für die medizinische Normierung, Disziplinierung und Kontrolle queerer Personen darstellen (Kapitel 7.8).

In Kapitel 8 analysiere ich *Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis* am Beispiel der Erfahrungen von asexuellen Patient*innen in der Medizin. In zwei Gruppendiskussionen berichten asexuelle Personen aus Deutschland und der Schweiz, wie sie Interaktionen mit Ärzt*innen erleben. Ich analysiere, wie sich in ihren Schilderungen das Erleben von Heteronormativität zeigt und welche Konsequenzen diese Erlebnisse für sie haben. Zu Beginn des Kapitels arbeite ich heraus, was diese Perspektive auf das Patient*innen-Erleben und auf asexuelle Personen in ihrer spezifischen Position und Vulnerabilität für meine Ergebnisse bedeutet und gebe eine kurze Einführung in Asexualität als sexuelle Orientierung (Kapitel 8.1). Ich zeige in der Analyse auf, dass die Teilnehmer*innen in der medizinischen Behandlungspraxis heteronormativen Vorannahmen zu Sexualität ausgesetzt sind, die sie in ihrer Asexualität unsichtbar machen und die sie ggf. aktiv berichtigen müssen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten. Außerdem erarbeite ich, ob und wie die Teilnehmer*innen anhand ihrer Positionierung als junge, nicht-cis-männliche, queere Patient*innen epistemische Gewalt erleben, da ihnen von ihren Ärzt*innen nicht geglaubt wird und sowohl Ärzt*innen als auch Patient*innen epistemische Ressourcen zu Asexualität fehlen. Ich thematisiere, inwiefern Asexualität in der Medizin (z. B. in der Anamnese) unsichtbar und unintelligibel ist und welche Auswirkungen dies auf die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitshandeln asexuel-

ler Patient*innen hat. Es wird dabei insbesondere deutlich, dass es keine feststehenden Behandlungsrichtlinien für sexuell nicht aktive Patient*innen in der Gynäkologie gibt. Die Patient*innen müssen daher selbst *Health Literacy* aufbringen, um ihr individuelles Risiko z. B. für \rightarrow Cervixkrebs abzuschätzen und eine angemessene Behandlung zu erhalten. Ich beschreibe weiterhin, ob und wie Asexualität heute in der Medizin medikalisiert ist und wie Ärzt*innen und Patient*innen mit dieser spezifischen Form der Problematisierung umgehen. Wenn also Ärzt*innen Asexualität nicht als legitime sexuelle Orientierung anerkennen bzw. anerkennen können, problematisieren und medikalisieren sie sie, d. h. sie machen Asexualität zum Gegenstand von (medizinischen) Erklärungsversuchen, Diagnosen und Therapien (Kapitel 8.2-8.3). Zum Schluss illustriere ich, welche Folgen die Erfahrungen der asexuellen Patient*innen für ihren Gesundheitszustand, ihre Gesundheitsversorgung und ihr Gesundheitshandeln haben. Außerdem gebe ich wieder, welche Handlungsstrategien die Teilnehmer*innen für Kontakte mit dem Gesundheitssystem entwickeln müssen und was sie sich von einer nicht-heteronormativen Behandlung wünschen (Kapitel 8.4).

Im *Fazit* dieser Arbeit fasse ich die zentralen Ergebnisse anhand meiner Forschungsfragen zusammen (Kapitel 9.1). Ich expliziere, was es bedeutet, dass die Medizin von Heteronormativität durchzogen ist, wie sich dies zeigt und beziehe mich auf den ausgeführten Forschungsstand zurück (Kapitel 9.2). Ich schlage vier Erweiterungen von Heteronormativität vor, die sich aus meinen Ergebnissen ableiten lassen, um Heteronormativität als analytisches und theoretisches Konzept weiterzuentwickeln (Kapitel 9.2). Ich schlage außerdem eine Analysematrix mit vier Aspekten vor, um Heteronormativität als theoretisches und analytisches Konzept auf andere Untersuchungsgegenstände anwendbar zu machen: Dimensionen, Ebenen, Texturen und Herrschaftstechniken von Heteronormativität (Kapitel 9.3). Anschließend arbeite ich heraus, inwiefern Heteronormativität in der Medizin als Erklärungsmodell für die schlechte Gesundheitsversorgung und den schlechten Gesundheitszustand queerer Menschen fungieren kann (Kapitel 9.3). Nach einer kurzen Reflexion meines Forschungsprozesses (Kapitel 9.4) gehe ich auf die Frage ein, wie eine queer-affirmative Gesundheitsversorgung für queere Menschen aussehen kann (Kapitel 9.5).

1.6 Reflexion von Normativität

Wie ich in dieser Einleitung kurz angesprochen habe (und in Kapitel 3.6 weiter ausführe), haben lesbische, schwule, bisexuelle, asexuelle, aromantische, trans, inter*, polyamoröse und (andere) queere Personen insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand und eine schlechtere Gesundheitsversorgung als endogeschlechtliche, cisgeschlechtliche, allosexuelle, alloromantische, monoamoröse

und heterosexuelle Personen. Manche queeren Personen nehmen auch in Notfallsituationen keine medizinische Hilfe in Anspruch, weil sie Marginalisierung antizipieren. Queere Menschen erleben, wie ich zeige, auf vielfache Weise Marginalisierung im Gesundheitssystem. Dieser Arbeit liegt die normative Haltung zugrunde, dass queere Personen ein Recht auf eine gute Gesundheitsversorgung haben. Das impliziert den Zugang zu marginalisierungssensibler und -freier Gesundheitsversorgung, sowie denn Anspruch, dass queere Personen das Gesundheitssystem als einen sicheren Raum wahrnehmen können sollten. Ich distanziere mich also von pathologisierenden, normierenden und *othernden* Perspektiven auf sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt. Dennoch geht es mir in dieser Arbeit nicht darum, das Gesundheitssystem im Allgemeinen bzw. Ärzt*innen im Spezifischen zu verurteilen – sondern zu analysieren, inwiefern Heteronormativität in der Medizin systematischen Charakter hat, wie subtil Heteronormativität sich in medizinische Strukturen und Praxen eingeschrieben hat und wie Ärzt*innen in eine heteronormative medizinische Praxis sozialisiert werden. Insofern ist mein Forschungsvorhaben kein normatives, sondern ein analytisches, das auf eine qualitativ gute, gerechte, angemessene und sensible Gesundheitsversorgung zielt.

