

7. Heteronormativität in der medizinischen Lehre

7.1 Einführung

In meiner Analyse aktueller Wissensproduktion in der Medizin (Kapitel 6) zeige ich auf, wie neues Wissen konstruiert und konsolidiert wird und wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt darin repräsentiert sind. Dagegen nehme ich in der folgenden Analyse zu Heteronormativität in der medizinischen Lehre in den Blick, welches Wissen als gültiges und grundlegendes Wissen der Fachdisziplin gilt. Für die Analyse interessieren mich folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Lehre? Welche Formen nimmt sie an?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität und Beziehungen in der medizinischen Lehre konzipiert und verhandelt?
- Inwiefern und wie werden sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt dargestellt? Wo bleibt sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt unsichtbar?
- Was sollen Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen?
- Gibt es spezifische Inhalte zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von queeren Patient*innen?
- Welche Position(en) zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, Heteronormativität und queeren Menschen wird den Studierenden zugeschrieben bzw. nahegelegt?

Dazu werden Lehrmaterialien, d. h. medizinische Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning Module, analysiert, die aktuell in Deutschland und der Schweiz im Medizinstudium eingesetzt werden.¹ Diese beschreibe ich im Folgenden kurz, bevor ich in die Analyse einsteige.

¹ Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang der Arbeit.

Lehrbücher

Fast alle Autor*innen der analysierten Lehrbücher sind Professor*innen und praktizierende Ärzt*innen an (Universitäts-)Kliniken. Die Lehrbücher wurden spezifisch für Medizinstudierende geschrieben, teilweise zielen sie zusätzlich auf die Fort- und Weiterbildung praktizierender Ärzt*innen ab. Manche Lehrbücher sind eher wie Sammelbände aufgebaut, einzelne Kapitel sind also von unterschiedlichen Autor*innen geschrieben und in sich geschlossen (exemplarisch: Sigusch und Becker 2007). Andere Lehrbücher sind dagegen komplett von Einzelautor*innen geschrieben und folgen einer kleinteiligen Gliederungsstruktur, statt nur lose verbundenen Kapiteln (exemplarisch: Weber 2020). Die Lehrbücher wurden professionell lektoriert, gelayoutet und veröffentlicht. Die meisten von ihnen haben ein einheitliches Layout mit spezifischen farblichen Markierungen oder Hervorhebungen für Tipps oder Zusammenfassungen (exemplarisch: Goerke et al. 2021). Einige sind allerdings schlicht gehalten, d. h. sie enthalten kaum oder keine farblichen Markierungen, Grafiken oder ›Merke!‹-Kästen (exemplarisch: Kiefer und Luger 2022). Der Text aller Lehrbücher wird oft durch Grafiken und Tabellen untermauert und illustriert. In manchen Lehrbüchern gibt es im Text und/oder am Ende von Kapiteln Quellenangaben und Literaturverweise (exemplarisch: Krause et al. 2011), allerdings nicht in allen (exemplarisch: Marischler 2013).

Präsentationsfolien

Die auf den Präsentationsfolien genannten Vortragenden sind vermutlich in den meisten Fällen auch die jeweiligen Verfasser*innen. Sie sind häufig Professor*innen, Dozierende für Medizin und/oder Ärzt*innen an den Universitätskliniken der untersuchten Universitäten, teilweise auch an anderen Universitäten. In seltenen Fällen handelt es sich um praktizierende Ärzt*innen ohne Affiliation an der entsprechenden Universität. Die Zielgruppe der untersuchten Präsentationsfolien sind grundsätzlich Medizinstudierende. Anders als die Lehrbücher und E-Learning-Module wirken die Präsentationen nicht professionell gelayoutet oder lektoriert. Die Textoberflächen der Präsentationsfolien unterscheiden sich stark voneinander: Manche sind sehr einheitlich formatiert, andere nicht.² In einigen Foliensätzen finden sich fast nur (beschriftete) Grafiken (exemplarisch: Stadt C,

² Hieran lässt sich m.E. erahnen, dass die Foliensätze häufig erweitert und überarbeitet werden, um sie dann Semester für Semester wiedereinzusetzen. Dabei wird vermutlich aus Zeitgründen auf eine Gesamtaktualisierung und Vereinheitlichung des Foliensatzes verzichtet.

FS 6³), in anderen eine Mischung oder fast ausschließlich Text ohne (oder mit sehr wenigen) Grafiken (exemplarisch: Stadt A, FS 15). Häufig sind die Inhalte nur in Stichworten dargestellt. Manche Grafiken scheinen eher der Dekoration als der Information zu dienen. Die Foliensätze unterscheiden sich stark in der Angabe von Quellen und Literaturverweisen: Teilweise enthalten Folien Literaturverweise (exemplarisch: Stadt D, FS 1), teilweise gibt es Quellenangaben (exemplarisch: Stadt A, FS 16), selten auch eine Literaturliste am Ende der Präsentation (exemplarisch: Stadt C, FS 34). Teilweise werden gar keine Quellen oder Literaturverweise genannt (exemplarisch: Stadt A, FS 1).

E-Learning Module

Die E-Learning-Module von AMBOSS (vgl. Kapitel 5.5.1) enthalten keine Angaben zu den Verfasser*innen, da vermutlich an der Entstehung und Weiterentwicklung ein großes Team beteiligt ist. Die Zielgruppen für die Inhalte von AMBOSS sind sowohl Medizinstudierende als auch praktizierende Ärzt*innen – so gliedern sich die Inhalte u. a. in einen vorklinischen und einen klinischen Teil. Wie die Lehrbücher sind die Inhalte auf der AMBOSS-Plattform professionell lektoriert und gelayoutet. Die Textoberfläche der Inhalte ist auf der AMBOSS-Plattform standardisiert und auch die Gliederung der Inhalte folgt einem Muster⁴ (bspw. bei der Beschreibung von Organen: Abstract, Makroskopische Anatomie, Mikroskopische Anatomie, Funktion, Wiederholungsfragen, Tipps & Links und Quellen). Alle Inhalte verfügen über Literaturverweise und Quellenangaben.

7.2 Geschlecht in medizinischen Lehrmaterialien

Geschlechterbinarität

Grundsätzlich lernen die Studierenden aus den Lehrmaterialien, dass es zwei (und nur zwei) Geschlechter gibt, die klar voneinander abgrenzbar und einfach unterscheidbar sind. So wird konstant von den »beiden Geschlechtern« gesprochen (exemplarisch: Frohneberg und Westermann 2014, S. 3). In den Lehrmaterialien werden die Unterschiede zwischen Männern und Frauen betont (exemplarisch: Beier et

- 3 Da die Präsentationsfolien nicht veröffentlicht sind, wurden sie anonymisiert und nummeriert, um sie zitieren zu können. Die Angabe »Stadt C, FS 6, F 1« steht für die erste Folie im sechsten Foliensatz der Stadt C.
- 4 Teilweise fehlen auch Unterkapitel oder es sind themenspezifische Kapitel eingefügt, aber die grobe Struktur bleibt auf der Plattform gleich.

al. 2021c, S. 66). Abweichungen von der Geschlechterbinarität oder Überschreitungen von Geschlechtergrenzen werden häufig *→pathologisiert* (s. u.). Die Geschlechterbinarität gilt in den Lehrmaterialien als essentiell wichtig für das Selbstverständnis von Menschen. So schreibt Hertha Richter-Appelt (2007, S. 248) über die Forderung, intergeschlechtliche Kinder keinem binären Geschlecht zuzuweisen: »Kinder würden es gar nicht verkraften, nicht einem Geschlecht zugeordnet zu werden.«

Cis- und endonormative Geschlechterdefinition

Geschlecht wird in den Lehrmaterialien fast ausschließlich körperlich, also cisnormativ, verstanden – aber jeweils an anderen Kriterien festgemacht. Das bedeutet: Eine Person ist laut den Lehrmaterialien männlich oder weiblich, z. B. aufgrund ihres Chromosomensatzes (Marischler 2013, S. 38), ihrer *→Gonaden* (Conrad et al. 2014, S. 405) oder ihrer Reproduktionsfähigkeit (Beier et al. 2021b, S. 40). In manchen Geschlechtsdefinitionen kommen auch psychologische und soziale Aspekte vor, z. B. ist von *→Zuweisungsgeschlecht*, *→Erziehungsgeschlecht*, Geschlechtsidentität (Beier et al. 2021c, S. 66) oder Gender (Richter-Appelt 2007, S. 238) die Rede. Überwunden wird die *sex/gender-Trennung* in keinem der Lehrmaterialien. Es wird also grundsätzlich davon ausgegangen, dass alle Menschen *→cisgeschlechtlich* sind und körperliche Merkmale mit der Geschlechtsidentität zusammenhängen bzw. kongruent sind. Bei AMBOSS findet sich eine große Fülle biologischer Geschlechterdefinitionen. An einer Stelle heißt es:

»Doch nicht allein das biologische Geschlecht ist für die Ausprägung der geschlechtlichen Identität von Relevanz. Ebenso wichtig ist das psychische und soziale Geschlecht, unter dem man die individuelle Identifizierung eines Menschen mit dem eigenen Geschlecht und dessen Wahrnehmung in der Gesellschaft versteht« (AMBOSS o. J.g, o. S.).

Auch wenn hier eine Offenheit gegenüber nicht-biologisierten Geschlechterverständnissen anklingt, werden Organe, Körperfunktionen und -flüssigkeiten in den Lehrmaterialien insgesamt permanent vergeschlechtlicht. So schreiben Keil und Kiecker (2021, S. 71) z. B. vom »männlichen Sperma[...]«, im Foliensatz 9 der Stadt C (F 5) wird vom »männlichen Glied[...]« gesprochen und in vielen Lehrmaterialien wird Testosteron als ein Hormon dargestellt, das einzig für Männer bedeutend ist (exemplarisch: Zitzmann 2011, S. 71). Beier et al. (2021b, S. 40) erteilen eine explizite Absage an ein nicht-biologisiertes Geschlechterverständnis:

»Die Fakten und Strukturen führen ein Dasein, das kulturell nicht beliebig überformt werden kann. Als ein solches essenzielles Faktum gilt z.B. die unterschiedliche Gestalt der Genitalien beider Geschlechter, die Tatsache, dass Schwanger-

schaft und Geburt nur für Frauen möglich ist, oder auch die (person-, kultur- und epochenübergreifende) Physiologie der sexuellen Reaktion«.

Wir finden damit also in den Lehrmaterialien ein Verständnis von Geschlecht vor, bei dem es nur zwei voneinander klar unterscheidbare und sich gegenseitig ausschließende Geschlechter gibt. Diese sind rein über körperliche Merkmale definiert, womit Trans- und Intergeschlechtlichkeit von vorneherein unsichtbar gemacht werden.

Sexuelle Identität

Geschlecht und Sexualität werden in den Lehrmaterialien konstitutiv miteinander verwoben, ganz so wie Judith Butler (2016 [1991]) dies als fundamentales Merkmal von Heteronormativität beschrieben hat. So beschwichtigt Gasser bspw. (2019, S. 111): »Die [>]Vasektomie bewirkt keine Veränderung des Hormonstoffwechsels und beeinträchtigt deshalb weder die Attribute der ›Männlichkeit‹ noch die Erektions- oder Orgasmusfähigkeit«. Männlichkeit bedeutet hier eine männliche Identität, die sich auf körperliche Attribute und Fähigkeiten stützt. Eine spezifische Art von Sexualität (die z. B. eine Erektion beinhaltet) gilt dabei als Voraussetzung für eine konfliktfreie männliche Selbstidentifikation. Sonja Düring (2007, S. 31) führt in ihrem Artikel aus: »Eine weibliche Geschlechtsidentität kann sich nur herstellen, indem ein Mädchen [>]heterosexuell begehrt«. Eine weibliche Geschlechtsidentität sei auch bei lesbischen Frauen möglich, dies erfordere aber »gegensätzliche erotische Positionen« (Düring 2007, S. 31) innerhalb der Beziehung. Auch wenn hier gleichgeschlechtliche Sexualität gedacht werden kann, so muss diese den heterosexuellen Geschlechterunterschied imitieren, um im heteronormativen System intelligibel zu werden.

Beier et al. erarbeiten ein Konzept der sexuellen Identität, das den konstitutiven Zusammenhang zwischen Geschlecht und Sexualität noch deutlicher macht:

»Es geht also für die Betroffenen darum, ob sie sich selbst auch und besonders im Sinne sexueller Attraktivität als ›richtiger Mann‹ oder ›richtige Frau‹ wahrnehmen und annehmen können. Während bezüglich der geschlechtlichen Identität die Frage sexueller Attraktivität keine primäre Rolle spielt, geht es bei der sexuellen Identität um die Möglichkeit, die eigenen geschlechtsbezogenen Eigenschaften in ein sexuelles Selbstkonzept integrieren und kongruent in geschlechtstypisches Sexualverhalten umsetzen zu können [...]. [...] Sind diese bspw. bei einem sexuell auf Frauen orientierten Mann nicht auf vaginale Penetration ausgerichtet, etwa wenn der Frauenfuß eine [>]fetischistische Besetzung erhalten hat, kann dies zu dem Empfinden beitragen, ›kein richtiger Mann zu sein‹, weil fortlaufend die Feststellung gemacht wird, den Erwartungen einer Sexualpartnerin nicht gerecht geworden zu sein (wobei dies in der Regel daran gemessen wird, was der Be-

treffende glaubt, was – vermeintlich – »Frauen wollen« (Beier et al. 2021b, S. 21; vgl. auch Beier 2009, S. 560).

Dies wird auch an der Illustration der entsprechenden Stelle deutlich:

Abbildung 1



(Beier und Loewit 2021, S. 359)

Diese Illustration ist mit ›Angenommensein im eigenen Geschlecht‹ betitelt und zeigt ein Paar, das sich gegenseitig an den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen berührt. Geschlecht wird hier also rein körperlich verstanden und in seinem Geschlecht angenommen zu werden, bedeutet demnach, sexualisierte Berührungen an vergeschlechtlichen Körperteilen durchzuführen. Es wird vorausgesetzt, dass es ein geschlechtsspezifisches Sexualverhalten gibt, das sich aus dem

eigenen Geschlecht speist und damit kongruent sein muss.⁵ Wenn dies den Patient*innen nicht gelingt, wird der sexuellen Identität ein Störungswert zugeschrieben, der durch die Medizin behandelt werden muss. Auch wenn in der zitierten Passage kritische Töne angeschlagen werden, wird Medizinstudierenden keine kritische Dekonstruktion des Zusammenhangs von Sexualität und Geschlecht geboten, so dass sie diese Verwebung ggf. unkritisch übernehmen.

Geschlechterstereotype

Dass Geschlecht eine zentrale Kategorie für Menschen und ihre Gesundheit ist, wird zumindest in explizit gendermedizinischen Inhalten transportiert. Neben körperlichen Unterschieden wird hier auch auf soziale Faktoren eingegangen (vgl. Stadt C, FS 42). Dabei behandeln die Lehrmaterialien auch Geschlechterstereotype und ihre Auswirkungen, meistens jedoch, ohne diese zu hinterfragen oder zu dekonstruieren. Damit werden Geschlechterstereotype essentialisiert und festgeschrieben, also zu natürlichen Eigenschaften von Männern und Frauen gemacht. Während Beier et al. (2021c, S. 82) zwar betonen, dass Geschlechterstereotype »ungeprüft und unbewiesen« sind, werden Männer in ihren Ausführungen (Beier et al. 2021c, S. 83–84) als aggressiv, autokratisch, leistungsbezogen und eher bereit zu anonymen Sexualkontakte festgeschrieben, während Frauen als gruppenbezogen und sorgend gelten. Auf einer Folie in einer »gynäkologischen Vorlesungseinheit« heißt es, Frauen als Patientinnen seien körper- und gesundheitsbewusster, offener in Gesundheitsfragen, sensitiv, aber »hart im Nehmen« (Stadt C, FS 11, F9). Auch das Bild der hysterischen Patientin wird in den Lehrmaterialien weiter perpetuiert. So zählen Goerke und Valet (2021, S. 496) als Gründe für Menstruationsschmerzen u. a. Konflikte bei der »Übernahme des weibl. Rollenverhaltens in der Pubertät«, die psychologische Übernahme traumatischer Menstruationsschmerzen der Mutter, Beziehungskonflikte oder Unzufriedenheit mit dem Sexualleben bzw. der beruflichen Stellung auf. Nur selten wird in den Lehrmaterialien eine Meta-Perspektive eingenommen und Geschlechterstereotype definiert und re- bzw. dekonstruiert. Stattdessen werden diese häufig unkritisch reproduziert und auch der gesellschaftliche Wandel rund um Geschlechterbilder und -rollen wird selten abgebildet (exemplarisch: Faller und Schowalter 2016, S. 175).

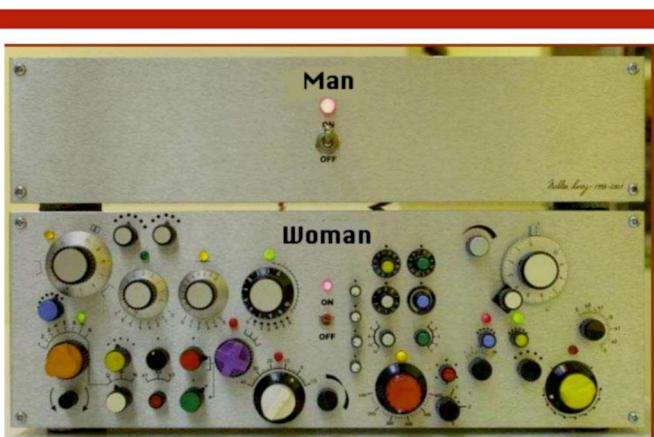
⁵ An anderer Stelle heißt im selben Lehrbuch, dass durch das Erlebnis, sich im eigenen Geschlecht angenommen zu fühlen, auch Geschlechtsdysphorie verschwinden kann, dass Menschen dann also ihr zugewiesenes Geschlecht für sich akzeptieren (Bosinski et al. 2021b, S. 409).

Sexismus

In den Lehrmaterialien finden sich neben dem binären, endo- und cisnormativen, essentialisierenden Geschlechterverständnis auch Sexismus, bspw. in der Darstellung vergeschlechtlichter Sexualität in den Lehrmaterialien. Während bei männlicher Sexualität die Lustdimension im Vordergrund stehe und diese durch Gelegenheitssex geprägt sei, sei die der Frau eher beziehungs-, reproduktions- und zärtlichkeitsorientiert, sowie störungsanfälliger (Beier et al. 2021a, S. IX, 13, 125, 742; Faller und Schowalter 2016, S. 191; Faller et al. 2016b, S. 293; AMBOSS o. J.m. o. S.; Stadt A, FS 1, F 4). Das Thema Sexualität soll vermutlich durch die folgende Grafik in einer Präsentation humoristisch aufgelockert werden:

Abbildung 2: (Stadt C, FS 16, F 20)

Männliche und weibliche Sexualität?!



Nachweis der Originalgrafik: <https://www.gdargaud.net/Humor/Engineer.html> vom 02.06.2002, abgerufen über <http://web.archive.org/web/20020602210930/www.gdargaud.net/Humor/Engineer.html> (Abruf 22.08.2025)

Männliche Sexualität wird hier mit einem einzigen, phallusförmigen Schalter dargestellt, der ein- oder ausgeschaltet werden kann, während weibliche Sexualität mit über 30 verschiedenen Knöpfen, Rädchen und Schaltern, die alle mehr als zwei mögliche Einstellungen (d. h. mehr als *an* oder *aus*) haben, gezeigt wird. Männliche Sexualität erscheint damit mindestens unterkomplex, während weibliche Sexualität als kompliziert und störanfällig festgeschrieben wird. In den analysierten Lehrmaterialien findet sich also Sexismus, so wie ich den Begriff in Anlehnung an Grisard

und Maihofer (2016) und Mills (2008) in Kapitel 2.4.1 ausbuchstabiert habe: Die vermittelten Inhalte beruhen auf stereotypen und veralteten binären Geschlechtervorstellungen, setzen männliche Erfahrungen mit allgemein-menschlichen gleich und trivialisieren bzw. werten weibliche Erfahrungen ab.

7.3 Sexualität in medizinischen Lehrmaterialien

In den Lehrmaterialien wird Sexualität *erstens* fast ausschließlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen imaginiert – die einzige Ausnahme bildet Sexualität zwischen (cis) Männern, die grundsätzlich als risikoreich dargestellt wird (s. u.). *Zweitens* ist Penis-in-Vagina-Sex in den Lehrmaterialien die einzige sichtbare Sexualpraktik. Zwar wird in einigen (längst nicht allen) Lehrmaterialien erwähnt, dass nicht alle Personen heterosexuell sind (s. u.), in den Ausführungen zu Sexualität wird dies jedoch ignoriert.

Sexualität zwischen Männern und Frauen

Dass Sexualität in der Darstellung der Lehrmaterialien grundsätzlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen stattfindet, zeigt sich daran, dass in allen Beispielen männliche Patienten weibliche Partnerinnen haben und umgekehrt: Wenn es um die Patient*innen-Zufriedenheit z. B. bei Erektionsproblemen geht, wird neben der Zufriedenheit der (männlich imaginierten) Patienten auch die der (weiblich imaginierten) Partnerinnen aufgeführt: »Patientenzufriedenheit mit den [...]Penisimplantaten ist hoch und beträgt bis zu 93 %. Die Erfolgs- und Akzeptanzraten sind ausgesprochen gut, >85 % der Partnerinnen würden erneut einer Implantation zustimmen« (Kliesch et al. 2014, S. 340; vgl. Berberich 2012, S. 353). Beim Krankheitsbild der Penisverkrümmung wird darauf hingewiesen, dass diese erhebliche Kohabitationsschmerzen bei der Partnerin hervorrufen könne (Kliesch et al. 2014, S. 340). Für die »Anamnese bei einer sexuellen Aversion schlagen Beier et al. (2021d, S. 240) folgende Frage vor: »Resultiert der Rückzug der Frau aus der Ablehnung eines bestimmten Partners oder stellt er eine unbewusste, gegen alle Männer gerichtete Abwehrhaltung dar?«. Hier zeigt sich auch die amatonormative und mononormative Annahme, dass Sexualität ausschließlich innerhalb von romantischen und »monogamen« Paarbeziehungen stattfindet. Andere Formen sexueller Kontakte und romantischer Beziehungsformen bleiben unthematisiert. Hier materialisiert sich Heteronormativität also bspw. in Anamnesefragen.

In einem Artikel, in dem an anderer Stelle »Queerfeindlichkeit thematisiert wird, findet sich dieser Satz: »Für die große Mehrheit der Jugendlichen ist der Zeitraum vom 14. bis zum 17. Lebensjahr eine Zeit der intensiven körperlichen Annäherung an das andere Geschlecht – vom ersten Kuss bis zum ersten Ge-

schlechtsverkehr» (Quenzel o. J., o. S.). Sexualität findet in diesen Darstellungen also grundsätzlich nur zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen statt. Dies zeigt sich auch an den illustrierenden Grafiken zu Sexualität, die in den Lehrmaterialien genutzt werden und die Sexualität zwischen Männern und Frauen auf klischeehafte Weise darstellen:

Abbildung 3: (Stadt A, FS 1, F1)



Nachweis der Originalgrafik: <https://stock.adobe.com/de/images/man-and-woman-lips-wants-to-kiss/99572178> (Zuletzt aberufen 22.08.205)

Abbildung 4: (Stadt A, FS 1, F48)



Nachweis der Originalgrafik: <https://www.emilyilluminate.com/> (Abruf 07.08.2024).

Eine weitere Grafik aus dem Foliensatz 7 der Stadt A (Folie Nr. 75), die aus urheberrechtlichen Gründen nicht abgebildet werden kann, zeigt eine anatomische Zeichnung eines männlichen Oberkörpers mit sichtbarem Gehirn. Der Mann schaut nach links, auf ein Foto einer nackten Statue einer Frau. Von der Statue hin zur Zeichnung des Mannes ist ein Pfeil zu sehen, der mit »Stimulus für Erektion« beschriftet ist. Darüber findet sich das Logo der Zeitschrift Playboy.

Im gesamten Korpus der Lehrmaterialien lassen sich nur wenige Stellen finden, an der gleich- und verschiedengeschlechtliche Sexualität nebeneinandergestellt werden. So werden auf einer Folie, die die Auswirkungen von Beschneidung thematisiert u. a. Auswirkungen auf den betroffenen Mann, sowie Frauen und Männer als Sexpartner*innen von beschnittenen Männern beschrieben (Stadt C, FS 6, F 42; vgl. Stadt C, FS 16, F 7; Stadt C, FS 38, F 52–54).

Penis-in-Vagina-Sex

Nicht nur findet in den Lehrmaterialien Sexualität fast ausschließlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen statt, Sexualität wird auch ausschließlich als Penis-in-Vagina-Sex konzipiert. Das ist insbesondere dadurch erkennbar, dass in den Lehrmaterialien Sexualität als unmöglich gilt, wenn Penis bzw. Vagina fehlen oder nicht »funktionieren«: Patient*innen mit dem Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH), die keine oder nur eine sehr kurze Vagina haben, gelten bspw. als »[k]ohabitationsunfähig [...]« (Stadt A, FS 4, F 23).⁶ Ein Erektionsproblem wird in zahlreichen Lehrmaterialien definiert als: »Unfähigkeit, eine Erektion aufzubauen bzw. zu halten, die zum Geschlechtsverkehr ausreicht« (Keil und Kiecker 2021, S. 70; vgl. Kliesch et al. 2014, S. 273; Gasser 2019, S. 108; AMBOSS o. J.n, o. S.). Auch in einem Fallbeispiel bei Gasser (2019, S. 109) wird dies sichtbar: »Anamnese[:] Ein 71-jähriger, nicht insulinpflichtiger Diabetiker, Nichtraucher, seit 5 Jahren Witwer, mit 55-jähriger Partnerin, konsultiert wegen Erektionsschwäche, die einen normalen Geschlechtsverkehr unmöglich macht«. Als normaler Geschlechtsverkehr gilt hier Penis-in-Vagina-Sex, der wegen der Erektionsstörung des Patienten verunmöglich wird. An anderer Stelle werden in den Lehrmaterialien diagnostische Messwerte⁷ bei Erektionsproblemen daran festgemacht, dass: »eine mindestens 70 %ige Rigidität (ausreichend für eine vaginale Penetration) erreicht werden sollte« (Kliesch et al. 2014, S. 333). Eine Vaginalplastik soll bei trans- und intergeschlechtlichen Personen »zur Ermöglichung des Koitus« (Bosinski et al. 2021a, S. 384; vgl. Richter-

6 Eine existierende Vagina dagegen reicht für die Autor*innen für die Kohabitationsfähigkeit aus. So schreiben Beier et al.: »Inappetente Frauen können im Gegensatz zu erektionsgestörten Männern Koitus durchführen, den sie auch häufig – aus nichtsexuellen Motiven – über sich ergehen lassen« (Beier et al. 2021d, S. 232).

7 Hier materialisiert sich Heteronormativität also in Diagnoseinstrumenten.

Appelt 2007, S. 238) durchgeführt werden. Andere Sexualpraktiken wie Oralverkehr müssen letztlich als unnatürlich verstanden werden.⁸ Nur in einem Lehrmaterial wird Geschlechtsverkehr nicht mit Penis-in-Vagina-Sex gleichgesetzt, sondern verschiedene Praktiken nebeneinander gestellt (vgl. AMBOSS o. J.i., o. S.):

- Ungeschützte Sexualkontakte: Häufigster Infektionsweg
 - Analverkehr: Übertragungsrisiko für den aufnehmenden Sexualpartner höher als für den eindringenden
 - Vaginalverkehr: Übertragungsrisiko für den aufnehmenden Sexualpartner höher als für den eindringenden
 - Oralverkehr: Sehr geringes Übertragungsrisiko

Repronormativität

Die Annahme, dass grundsätzlich alle Sexualität zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen stattfindet und Penis-in-Vagina-Sex ist, führt auch dazu, dass alle Sexualität als potentiell reproduktiv gefasst wird. So soll bei allen Frauen im gebärfähigen Alter zur Abklärung unklarer Unterbauchbeschwerden grundsätzlich ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden, empfiehlt die Plattform AMBOSS (o. J.e, o. S.), ungeachtet dessen, ob diese Patient*innen überhaupt sexuell aktiv sind bzw. auf eine Weise sexuell aktiv sind, bei der sie schwanger werden können. Reproduktion wird, wie sich bereits in Kapitel 6 zu Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion zeigte, als fundamentales menschliches Bedürfnis gerahmt. Bei AMBOSS lernen Studierende, dass eine Vasektomie bei kinderlosen Personen kontraindiziert ist (AMBOSS o. J.j, o. S.). In einer Vorlesung zum weiblichen Genitalapparat (Stadt C, FS 1, F 114) findet sich eine Grafik zur Entwicklung von Eizellen, die hier aus urheberrechtlichen Gründen nicht reproduziert werden kann. In der Grafik, die mit »Was für eine Verschwendungs...« übertitelt ist, wird dargestellt, dass sich aus 7.000.000 Primordialfollikel nur 1,5 Embryonen entwickeln. Jede Station, an der Eizellen unbefruchtet absterben, (z. B. weil es sich um atretische Follikel handelt oder weil die Eizelle unbefruchtet bleibt), ist mit weinenden und traurigen Emojis markiert, während ausschließlich das Endprodukt eines Embryos mit einem lächelnden Emoji bedacht wird. Eizellen, die sich nicht zu einem Embryo weiterentwickeln, werden hier als Verschwendungs bezeichnet und mit weinenden und traurigen Emojis begleitet, während die Weiterentwicklung zum Embryo ein freudiges Emoji

8 Während Sexualpraktiken wie Oral- und Analsex von Menschen verschiedenster sexueller Orientierungen praktiziert werden, sind diese bei queeren Personen die eher primären Sexualpraktiken (im Gegensatz zu Penis-in-Vagina-Sex bei cisgeschlechtlichen heterosexuellen Paaren). Daher trifft die Abwertung von Sexualpraktiken, die kein Penis-in-Vagina-Sex sind, queere Personen in besonderem Maße.

als Dekorationselement erhält. Schwanger zu werden ist damit etwas Gutes und das Ziel der Produktion von Eizellen.

Wie ich bereits ausgeführt habe, basiert Heteronormativität auf der Verknüpfung von körperlichen Merkmalen, Geschlecht und sexueller Orientierung (Butler 2016 [1991]). Genau diese heteronormative Verknüpfung findet sich auch in den Lehrmaterialien: Beier et al. definieren Geschlecht bspw. als »bipolar-dichotom« (Beier et al. 2021c, S. 66), da »nur biologische Frauen menstruieren, Kinder empfangen, gebären und stillen können, während biologische Männer die hierfür notwendigen Strukturen bzw. Funktionen nicht haben, dafür aber diejenigen, die es ihnen ermöglichen, Kinder zu zeugen« (Beier et al. 2021c, S. 66). Intergeschlechtliche Menschen sind in dieser Denkart, in der Menschen anhand ihrer Reproduktionsfähigkeit grundsätzlich als männlich oder weiblich eingeordnet werden können, eine Störung (Beier et al. 2021c, S. 66). Hier wird die Butlersche Triade (vgl. Kapitel 2.2), die Heteronormativität ausmacht, um eine Dimension erweitert: ein Ausschluss aus der intelligiblen Geschlechternorm kann auch deswegen erfolgen, weil eine Person nicht (oder nicht normativ) reproduktionsfähig ist. Diese heteronormative Gleichsetzung von Körper, Reproduktionsfähigkeit, Geschlechtsidentität, Geschlechterrolle, sexueller Orientierung und Sexualpraktiken (vgl. Epstein 2018, S. 1047) wird in den medizinischen Lehrmaterialien, aber auch in der Analyse medizinischer Wissensproduktion und Behandlungspraxis immer wieder deutlich.

Darstellungen queerer Sexualität

Queere Sexualität findet sich in den Lehrmaterialien auf vier verschiedene Arten. Entweder ist sie unsichtbar (insbesondere in Bezug auf Sexualität zwischen Menschen mit Vulva), risikobehaftet (insbesondere bei »MSM«), exzessiv (insbesondere in Bezug auf die Zuschreibung von »Promiskuität«) oder im Licht der Evolutionsbiologie nutzlos. Diese vier Darstellungsformen führe ich nun nacheinander aus.

Erstens: An keiner einzigen Stelle im Material finden sich Lerninhalte zu Sexualität zwischen Personen mit Vulven. Diese Form der Sexualität bleibt im Material damit völlig unsichtbar, was Konsequenzen für die Behandlungspraxis queerer Patient*innen hat (siehe Kap 8).

Zweitens: Als risikobehaftete und devante Sexualität gilt in den Lehrmaterialien insbesondere Sexualität zwischen Männern. Dies ist zudem die einzige Instanz, in der queere Sexualität in den Lehrmaterialien überhaupt sichtbar wird: »MSM haben häufig ein erhöhtes Risiko für den Erwerb von »STI, vor allem bei hoher Partnerzahl und ungeschütztem Analverkehr, nicht selten kombiniert mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen« (Köhne und Spornraft-Ragaller 2021, S. 762; vgl. Ochsendorf und Schöfer 2012, S. 202).

Drittens: In Bezug auf das STI-Risiko sind »HIV und »AIDS besonders relevant. Zur metaphorischen Aufladung von HIV und AIDS und zur damit verbundenen Marginalisierung von u. a. queeren Personen schrieb Susan Sontag (1989) »AIDS und seine Metaphern«. Über AIDS wird, so Sontag, als Invasion, Verunreinigung, Ausschweifung, Kriminalität und Abartigkeit gesprochen. Außerdem ist mit AIDS ein Schulddiskurs verknüpft. AIDS gilt also als Folge sexuellen Exzesses und Perversion (also als Resultat ganz bestimmter sexueller Praktiken wie Analsex, nicht Sexualität als solcher) – ja sogar als Strafe für eine ganze Gruppe (Sontag 1989, S. 28). Damit wird klar: AIDS ist eine Krankheit der anderen, der geothernten – derer, die z. B. nicht weiß, nicht heterosexuell, nicht cisgeschlechtlich – kurz: nicht privilegiert sind (Sontag 1989, S. 30). Damit dient sie gleichzeitig auch einem didaktischen Zweck (Sontag 1989, S. 60), nämlich Menschen daran zu erinnern, welche Strafe ihnen für normabweichendes Verhalten droht. Das Sprechen über AIDS ist also immer wieder auch Ausdruck von Homofeindlichkeit und allgemeiner Ängste der jeweiligen Zeit:

»Aids eignet sich so vortrefflich zur Erregung von vertrauten, konsenserzeugenden Ängsten, wie sie seit mehreren Generationen kultiviert worden sind, etwa der Angst vor »Subversion« – wie auch von Ängsten, die erst neuerdings aufgekommen sind, wie der vor unkontrollierbarer Verschmutzung [...], daß es wohl unvermeidlich war, sich in dieser Gesellschaft Aids als etwas Totales, Zivilisationsgefährdes vorzustellen« (Sontag 1989, S. 68).

In den analysierten Lehrmaterialien zeigt sich diese metaphorische Aufladung: Als Hauprisikogruppen für eine HIV-Infektion zählen Köhn und Spornraft-Ragaller (2021, S. 763) »promiskue Heterosexuelle, Homosexuelle, i.v.-Drogenabhängige« auf. Während heterosexuelle Menschen also nur mit einem bestimmten Verhalten (Promiskuität) als gefährdet gelten, gilt dies nicht für homosexuelle Menschen, denen das Risiko pauschal unterstellt wird. Ähnliche Formulierungen über heterosexuelle Sexualität finden sich in den Lehrmaterialien fast nicht (Ausnahmen: Stadt C, FS 26, F 15; AMBOSS o. J. i. o. S.). MSM tauchen in Lehrmaterialien auch ausschließlich im Hinblick auf sexuell übertragbare Infektionen auf (vgl. Stadt C, FS 26, F 10) und sie werden unter dem Begriff »heterosexuelles Bridging« (Stadt A, FS 5, F 82) als Gefahr für die heterosexuelle Bevölkerung dargestellt. *Heterosexuelles Bridging* ist kein feststehender Begriff. Ich vermute, dass es sich hierbei um MSM handelt, die auch »heterosexuellen« Geschlechtsverkehr haben. Dadurch schlagen sie eine Brücke (im Englischen »bridge«) zwischen der queeren Community mit ihrem zugeschriebenen HIV-Risiko und der heterosexuellen Gesellschaft und können diese – um mit Sontag zu sprechen – verunreinigen. Queere Sexualität, spezifisch Sexualität zwischen Männern, wird damit in den Lehrmaterialien als gefährlich und als exzessiv (da in

Kombination mit Drogenkonsum und mit wechselnden Partner*innen) konstruiert und so problematisiert.

Viertens: Dass alle Sexualität als potentiell reproduktiv gerahmt wird, führt auch dazu, dass nicht-reproduktive, d. h. insbesondere queere Sexualitäten zu erkläungsbedürftigen Phänomenen werden:

»Die aus den bisherigen Ausführungen ableitbare Bejahung einer biologischen Prädisposition für die geschlechtstypische (kontinuierliche oder bimodale) Verteilung der sexuellen Orientierung wirft die Frage nach deren biologischem Sinn auf. Während dieser für die exklusiv heterosexuelle Orientierung unstrittig ist – nur so ist geschlechtliche Fortpflanzung und damit Weitergabe genetischer Information möglich [sic!] –, ist dies für exklusiv homosexuelle Orientierung umstritten. [...] Der ›altruistische‹ Verzicht auf eigenen Reproduktionserfolg [bei homosexuellen Personen, AS] würde demnach eine Erhöhung des Reproduktionserfolges naher Verwandter – und damit indirekt eine Reproduktion der eigenen Gene (die man bis zu einem gewissen Prozentsatz mit ihnen teilt) – befördern. Dies könnte unter bestimmten Umständen ›effektiver‹ sein als direkte eigene Fortpflanzung« (Beier et al. 2021c, S. 100–101).

Homosexualität braucht also einen biologischen Sinn um in einem repro- und heteronormativen Rahmen intelligibel werden zu können. Solange sich keine reproduktive Funktion für queere Menschen hypothetisieren lässt, gilt ihre Sexualität als unnütz und erkläungsbedürftig – anders als Heterosexualität, deren Funktion »unstrittig« (ebd.) ist.

7.4 Rhetorische Akzeptanz von Homosexualität

Rhetorische Akzeptanz

Ich stelle die These auf, dass sich in den analysierten Lehrmaterialien eine rhetorische Akzeptanz von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, bzw. spezifisch von Homosexualität zeigt. Dabei rekurriere ich auf Angelika Wetterers (2003) Begriff der rhetorischen Modernisierung. Wetterer konstatiert, dass sowohl im Alltag als auch in der Wissenschaft grundsätzlich von einer Modernisierung des Geschlechterverhältnisses und erreichter Gleichberechtigung gesprochen wird. Gleichzeitig folgen soziale Strukturen, Institutionen und das Alltagshandeln (z. B. in Bezug auf die Berufswahl oder Aufteilung von Care-Arbeit in Paarbeziehungen) von Menschen jedoch veralteten und stereotypen Geschlechterbildern (Wetterer 2003, S. 289–290). Dies führt dazu, so Wetterer, dass über die weiterhin existente Ungleichheit nicht gesprochen werden könne. Das bedeutet, dass auf die rhetori-

sche Modernisierung zu einer Dethematisierung von Ungleichheit führt (Wetterer 2003, S. 290–291).

Ein vergleichbares Phänomen gibt es in den analysierten Lehrmaterialien: So findet sich zwar auf der sprachlichen Ebene eine Akzeptanz, insbesondere von Homosexualität. Sie wird als normale »sexuelle Orientierung präsentiert, die gesellschaftliche Akzeptanz verdient: Studierende lernen Homosexualität als Begriff kennen, erfahren, dass Teil der sexuellen Präferenzen von Patient*innen ist, welches Geschlecht die bevorzugten Partner*innen haben (Hartmann 2011, S. 74), und dass es gleichgeschlechtliche Sexualität historisch und kulturübergreifend schon immer gab (Beier et al. 2021c, S. 90–91). Häufig wird betont, dass Homosexualität inzwischen entpathologisiert ist und dass Konversionstherapien schädlich und unwissenschaftlich sind (Beier et al. 2021c, S. 92). Beier et al. (2021c, S. 93) schreiben auch, nachdem sie den Forschungsstand zu gleichgeschlechtlicher Sexualität unter Menschenaffen nachvollziehen: »Allein schon diese Befunde der Tierverhaltensforschung führen die (gottlob mittlerweile obsolet gewordene) Bezeichnung der Homosexualität als ›widernatürliche Unzucht‹ ad absurdum«. In einem Foliensatz zu Geschlechtervarianz werden verschiedene sexuelle Orientierungen aufgezählt, darunter auch Asexualität, Pansexualität und Heterosexualität – die dadurch ein einziges Mal im gesamten Korpus ihren Status als unsichtbare Norm verliert (Stadt A, FS 19, F 16). Im Hintergrund wird Homosexualität jedoch als erklärungsbedürftig und anders konzipiert. Heterosexualität als Norm dagegen wird nicht hinterfragt oder dekonstruiert. Als Konsequenz lernen Studierende kaum Inhalte, um die spezifische Situation queerer Patient*innen adäquat zu verstehen und sie dementsprechend kompetent behandeln zu können.

Fehlen komplexer Darstellungen

Entsprechend mangelt es in den Lehrmaterialien an komplexeren, d. h. multidimensionalen Darstellungen von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt: Nur an einer Stelle gibt es Hinweise darauf, dass es schwierig ist, von einer einzigen und eindeutigen Definition von Homosexualität auszugehen, da der Begriff ein komplexes Phänomen beschreibt (Plöderl 2012, S. 277). Außerdem wird nur im Artikel von Plöderl eine Offenheit für die Fluidität und Multidimensionalität sexueller Orientierung expliziert: »Die gängige Praxis, Menschen entweder als heterosexuell oder homosexuell zu klassifizieren, ist abzulehnen, weil sie der Vielfalt und der graduellen Abstufung menschlicher Sexualität nicht entspricht« (Plöderl 2012, S. 278; vgl. Faller et al. 2016b, S. 295). Dieser Artikel ist ebenfalls das einzige Lehrmaterial, das schwul und bisexuell als Selbstbezeichnungen erklärt und in dem das »Coming Out und seine Bedeutung erklärt werden (Plöderl 2012, S. 277–279).⁹

⁹ Bei Beier et al. wird der Begriff zwar erwähnt, aber nicht erklärt (Beier et al. 2021c, S. 103).

Nur in zwei Lehrmaterialien wird Studierenden erklärt, dass das Sexualverhalten und die Selbstdefinition von Menschen nicht zueinander passen müssen (Hartmann 2011, S. 82; Beier et al. 2021c, S. 87). Außerdem werden Medizinstudierende in den Lehrmaterialien nur zwei Mal dazu aufgefordert, stereotype Vorstellungen von Homosexualität zu hinterfragen (Dannecker 2007, S. 63; Beier et al. 2021b, S. 33), entsprechende konkrete Reflexionsaufgaben o. ä. gibt es allerdings nicht. Die Fluidität sexueller Orientierung, die Vielfalt von Selbstbezeichnungen und spezifische Inhalte zur Lebenssituation queerer Personen sind in den Lehrmaterialien damit als Leerstelle einzurichten.

Heteronormative Vorannahmen

Grundlegend wird in den Lehrmaterialien davon ausgegangen, dass alle Patient*innen heterosexuell sind, was ich als *heteronormative Vorannahme* bezeichne. Gleichzeitig wird vermittelt, dass Homo- und Bisexualität Normvarianten menschlicher Sexualität seien (Beier et al. 2021c, 20, 104), »regelhafte Abweichungen vom Mittelwert der sexuellen Orientierung« (Beier et al. 2021c, S. 94) oder sogar »mögliche Variation menschlicher Sexualität« (Beier 2009, S. 559) – ganz so als seien sie hypothetisch denkbar, aber nicht real existent. In diesen Formulierungen wird Heterosexualität explizit als Norm gesetzt, von der queere Personen abweichen. Das zeigt sich auch an der Definition für sexuelle Orientierung, die bei Beier et al. (s. u.) gegeben wird. Diese macht zwar deutlich, dass nicht alle Personen heterosexuell sind, lässt nicht-heterosexuelle Personen aber unerwähnt: »Sexuelle Orientierung: Die Mehrzahl der Frauen fühlt sich durch Männer, die Mehrzahl der Männer durch Frauen sexuell-erotisch angezogen« (Beier et al. 2021c, S. 85). Auch in Bezug auf schwangere Patient*innen (die ausschließlich als Frauen imaginiert werden) ist häufig ausschließlich von einem Partner die Rede (Stadt A, FS 5, F 77; Stadt C, FS 25, F 2).

Darstellung von Bisexualität

Der Begriff Bisexualität taucht nur äußerst selten in den Lehrmaterialien auf – und wenn, dann steht er häufig nicht für die sexuelle Orientierung.¹⁰ In einigen Lehrmaterialien wird im Rückbezug auf Kinsey von einem »heterosexuell-homosexuellen Kontinuum« gesprochen (Düring 2007, S. 31; Beier et al. 2021c, S. 86), wobei Bisexualität häufig unerwähnt bleibt. Studierende lernen, dass die Existenz sowohl des heterosexuell-homosexuellen Kontinuums wie auch von Bisexualität als sexueller Orientierung »aufgrund neuerer empirischer Untersuchungen bestritten« wurden (Beier et al. 2021c, S. 86). Im Fazit zu einem Fallbeispiel erfahren Studierende:

¹⁰ Bei Steller et al. (2021, S. 7) steht Bisexualität bspw. für Androgenisierungserscheinungen bei weiblich zugewiesenen Neugeborenen, also für Intergeschlechtlichkeit.

»In einer Partnerschaft mit einem bisexuellen Partner findet ein ›sexuelles Outing‹ nicht selten erst anlässlich der Diagnose mit einer STI bzw. einer HIV-Diagnose statt« (Köhn und Spornraft-Ragaller 2021, S. 776). Hier wird suggeriert, dass bisexuelle Personen häufig von STIs und insbesondere HIV betroffen sind und dass sie ihre sexuelle Orientierung gegenüber ihren Partner*innen verschweigen. Bisexuelle Personen werden so auf Stereotype reduziert. Das bedeutet: Im gesamten Korpus gibt es keine einzige ausführliche Erwähnung von Bisexualität, Informationen zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage von bisexuellen Personen oder Hinweise zu einem spezifisch affirmativen Umgang mit bisexuellen Patient*innen. Stattdessen finden sich Inhalte, die mononormativ bzw. bifeindlich sind, d. h., in denen die Existenz von Bisexualität angezweifelt wird bzw. in denen bifeindliche Stereotype reproduziert werden.

Darstellung von Asexualität

Asexualität ist bis auf eine Präsentation in den Lehrmaterialien unsichtbar. Die Lehrmaterialien sind von Allonormativität und Afeindlichkeit geprägt. Der Begriff Asexualität wird entsprechend nicht erwähnt. Dass manche Menschen keine oder wenig sexuelle Anziehung verspüren, wird weder aufgegriffen noch die Annahme dekonstruiert, dass alle Patient*innen sexuell aktiv sind oder sein wollen. So ist z. B. in dieser Definition von Beier et al. (2021c, S. 86) zu sexueller Orientierung kein Platz für asexuelle Menschen:

»Bei der sexuellen Orientierung handelt es sich um eine lebenslang überdauern-de, tief in der Persönlichkeit verankerte sexuell-erotische Attraktion durch und Ausrichtung auf Angehörige des eigenen, des anderen oder beider Geschlechter.«.

Asexualität wird zudem auch explizit als legitime Identität und Orientierung verworfen. So schreiben Richter et al. (2012, S. 275) in ihrem Kapitel zu Sexualität im Alter über die notwendige Enttabuisierung von Sexualität als Gesprächsthema zwischen Senior*innen und ihren Ärzt*innen: »Um dies langfristig zu installieren, bedarf es einer Enttabuisierung von Sexualität im Alter, indem [...] die Vorstellung der Asexualität im Alter verworfen wird.¹¹ Asexualität wird hier rein als Abwesenheit von sexueller Aktivität, anstatt als Abwesenheit sexueller Anziehung verstanden.

In einer Vorlesungseinheit zu ›Sexualmedizin findet sich dagegen eine Folie, in der Studierende eine Definition für Asexualität lernen, die Häufigkeit von Ase-

¹¹ Diese Textstelle kann auch produktiv gelesen werden, da hier älten Menschen eine eigene und aktive Sexualität zugeschrieben wird und damit die Entsexualisierung alter Menschen dekonstruiert wird. Durch die normative Formulierung, die Asexualität im Alter grundlegend verwirft, werden allerdings asexuelle alte Menschen unsichtbar gemacht.

xualität erfahren und das Netzwerk AVEN als asexuelle Organisation kennenlernen (Stadt C, FS 16, F 8). In der zusammenfassenden Folie am Ende des Foliensatzes wird außerdem nochmal auf Asexualität hingewiesen: »Sexualität ist für die meisten Ihrer zukünftigen Patient:innen wichtig« (Stadt C, FS 16, F 42). Es ist also möglich, das Thema Asexualität in der medizinischen Lehre affirmativ aufzugreifen, nur wird das in den meisten Lehrmaterialien nicht umgesetzt.

7.5 Unsichtbarkeit

Unsichtbarkeit von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt

In den untersuchten Lehrmaterialien zeigt sich Heteronormativität deutlich darin, dass die Vielfalt von sexueller und romantischer Orientierung und Geschlecht – mit der Ausnahme von (medikalisierenden Inhalten zu) Trans- und Intergeschlechtlichkeit (s. u.) – unsichtbar ist und Studierende nichts dazu erfahren. Das schließt das Fehlen expliziter Informationen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt mit ein sowie das Fehlen der Anwendbarkeit der bereitgestellten Informationen auf queere Personen und die Unsichtbarkeit von Themen wie z. B. Asexualität. Auch wird nur selten auf den sozialen Wandel der vergangenen Jahrzehnte aufmerksam gemacht, der (wie in Kapitel 2.7 ausgeführt) zu einer größeren Akzeptanz queerer Existenzweisen geführt hat (exemplarisch: Sperlich und Geyer o. J., o. S.). Zur queeren Community gibt es in den Lehrmaterialien keine Inhalte, Begriffe wie *Coming Out* oder »LSBATIQ« werden nur in Ausnahmefällen aufgegriffen (Stadt C, FS 14, F 10), auch die Bedeutung und Geschichte der Community werden Medizinstudierenden nicht vermittelt. Außerdem werden Begriffe wie *cisgeschlechtlich* nicht benutzt, womit die Norm, von der ausgegangen wird, unmarkiert bleibt.

Queerness ist in den Stichwort- und Inhaltsverzeichnissen der Lehrmaterialien nicht vorhanden. Dies fasse ich als eine Materialisierung von Heteronormativität, die bestimmte Themen als unwichtig konzipiert und daher unsichtbar macht. Homosexualität wird nur selten als Stichwort z. B. bei Beier et al. (2021a, S. 910) genannt, die Stichworte »schwul« oder »lesbisch« allerdings finden sich nur bei Nieschlag et al. (2009b, S. 666). Bisexualität taucht nur im Stichwortverzeichnis von Beier et al. (2021a, S. 906) auf; auch auf AMBOSS finden sich dazu keine Inhalte. Damit ist Bisexualität in den untersuchten Dokumenten fast vollständig unsichtbar. Dies gilt ebenso für Asexualität. Heterosexualität findet sich als Stichwort nur bei Beier et al. (2021a, S. 910) – auch auf AMBOSS gibt es dazu keine ausführlichen Inhalte.¹² Wie sich in dieser Analyse zeigt, erscheint Heterosexualität als unhinterfragbare

12 An zwei Stellen wird der Kondomgebrauch bei heterosexuellem Sex bei Vorliegen bestimmter Erkrankungen diskutiert.

Norm und ist daher nicht erkläруngsbedürftig. Trans- und Intergeschlechtlichkeit sind dagegen in den Lehrmaterialien deutlich sichtbar, weil sie darin medikalisiert werden.

Unsichtbarkeit in den Lehrmaterialien

Wie bereits beschrieben, wird in den Lehrmaterialien davon ausgegangen, dass es nur zwei Geschlechter gibt und dass Sexualität grundsätzlich zwischen (cis) Männern und (cis) Frauen in Form von Penis-in-Vagina-Sex stattfindet. So wird meistens (Ausnahmen s. o.) nur die Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen bei verschiedengeschlechtlichen Paaren gelehrt und damit keine spezifischen Inhalte zu Übertragungswegen und Behandlung bei queeren Paaren gegeben. In einem Lehrbuch heißt es bspw. in einem Merke!-Kasten: »Die Diagnose einer STI bedeutet: Partnerdiagnostik und -therapie« (Ochsendorf und Schöfer 2012, S. 201). Dieser Merksatz differenziert nicht nach Sexualpraktiken und Genitalien der beteiligten Partner*innen. So werden an mehreren Stellen auch Erkrankungen wie »bakterielle Vaginosen nicht als sexuell übertragbare Infektionen gefasst, die eine Partnertherapie erforderlich machen würden (Stadt A, FS 5, F 43; Stadt B, FS 1, F 9; Stadt C, FS 38; F 14; AMBOSS o. J.d. o. S.). Dies ist in Bezug auf Geschlechtsverkehr zwischen zwei Personen mit Vulva faktisch falsch (Boston Women's Health Book Collective 2011, S. 88). Damit werden Medizinstudierende weder dazu befähigt, queere Patient*innen spezifisch über die Risiken und angemessenen Präventionsmaßnahmen bei Geschlechtsverkehr zu beraten, noch sie zu behandeln. Diese Unsichtbarkeit von queeren Existenzweisen gilt sowohl für die Lehrbücher, als auch für die Präsentationen und die AMBOSS-Artikel. Auch ganz grundsätzlich wird z. B. in der sexualmedizinischen Lehre eine Paarzentrierung für die Behandlung gefordert, die ausschließlich verschiedengeschlechtliche Beziehungen imaginiert:

»Im Sinne des Paracelsus-Wortes ›Der Patient ist der Arzt und der Arzt ist sein Gehilfe‹ liegt die eigentliche, therapeutisch wirksame Arbeit beim Paar; der ›Gehilfe‹ begleitet es durch seinen Blick auf das Paar – Anregungen gebend, klarend, stützend, konfrontierend, möglicherweise als Dolmetscher zwischen unterschiedlichen Persönlichkeiten und Geschlechtern agierend« (Beier et al. 2021b, S. 9).

Unsichtbarkeit von Heteronormativität

Dass verschiedene Gruppen gesellschaftlich marginalisiert sind und Marginalisierung Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann, vermitteln einige der Lehrmaterialien. Auf Wissen aus der Geschlechterforschung zu Marginalisierung und spezifisch zu Heteronormativität wird dabei nicht zurückgegriffen. So wird nicht weiter ausgearbeitet, was Begriffe wie *Diskriminierung* oder *Benachteiligung*

bedeuten und welche Auswirkungen sie auf die Lebenssituation queerer Personen haben. Begriffe wie »soziale Norm« (Sperlich und Geyer o. J., S. 1) »soziale Ungleichheit« (Gutzwiller und Paccaud 2011, S. 24) oder »Diskriminierung« (AMBOSS o.J.c, o. S.) werden in manchen medizinsoziologischen Lehrmaterialien zwar erklärt, aber nicht mit der Marginalisierung queerer Personen in Verbindung gebracht. An anderer Stelle wird Medizinstudierenden z. B. in den Lehrbüchern erklärt, dass queere Personen »sozial benachteiligt« (Kliesch et al. 2014, S. 317) sind oder historisch »Pönalisierung« (Beier et al. 2021c, S. 86), »Marginalisierung, Pathologisierung und Kriminalisierung« (Beier et al. 2021c, S. 103) erlebt haben. Interessanterweise werden diese Begriffe nur in Bezug auf die Vergangenheit und nicht die Gegenwart verwendet. Hier zeigt sich wiederum die *Rhetorische Akzeptanz*: Die Lehrbücher stellen es so dar, als gehöre die Marginalisierung queerer Personen in- und außerhalb der Medizin der Vergangenheit an, womit das Sprechen über die tatsächlichen Marginalisierungserfahrungen queerer Personen verunmöglich wird.

Allein in einer kurzen Passage wird auf die Verantwortung der Medizin für die Marginalisierung und Pathologisierung eingegangen und eine Aufarbeitung davon gefordert (Poluda 2007, S. 43). Dass Homosexualität unter Ärzt*innen bis vor wenigen Jahrzehnten als behandlungsbedürftige Krankheit galt, fehlt als Information in den allermeisten Lehrmaterialien (Ausnahme: Dannecker 2007) oder wird nur als Beispiel für den Wandel sozialer Normen genannt, aber nicht weiter ausgeführt (Sperlich und Geyer o. J., S. 2). Entsprechend lernen Medizinstudierende nicht, dass Heteronormativität eine Struktur ist, welche die ganze Gesellschaft durchzieht und auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Mechanismen wirkt. Stattdessen verbleibt die Auklärung über Diskriminierung z. B. nur bei der Erwähnung von »homosexualitätsabwertende[n] [...] Beschimpfungen« (Quenzel o. J., S. 4).

Nur an wenigen Stellen wird darauf hingewiesen, dass Diskriminierung Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit marginalisierter Menschen haben kann (Lampert et al. o. J., S. 4), die spezifische Situation queerer Personen wird dabei nur selten erwähnt (Plöderl 2012, S. 280–281; Beier et al. 2021c, S. 89). So lernen Studierende auf AMBOSS, dass sozialer Stress und »Zugehörigkeit zu Randgruppen in der Gesellschaft« (AMBOSS o. J.o, o. S.) die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Alkoholabhängigkeit oder Suizidalität zu entwickeln, queere Personen werden hier aber nicht spezifisch erwähnt (vgl. Stadt A, FS 12, F 3; Stadt A, FS 15, F 12; Stadt A, FS 18, F 40; Ausnahmen: Plener und Freudenmann 2012, S. 293; Beier et al. 2021c, S. 105). Der Begriff der *internalisierten Homophobie*, mit dem die Auswirkungen von Diskriminierung sichtbar werden könnten, fällt bspw. in allen Lehrmaterialien nur einmal (Plöderl 2012, S. 279–280).

In den Präsentationen zu Geschlechtervarianz dagegen lernen Studierende spezifische Informationen über das Suizidrisiko von trans Patient*innen (Stadt A, FS 19, F 20). In einer der Präsentationen wird spezifisch der Begriff *Transfeindlichkeit*

erklärt¹³ und als Teilaspekt der mentalen Gesundheit von trans Personen behandelt (Stadt A, FS 19, F 11, 23). In einer anderen Präsentation werden Forschungsergebnisse zu Gewalt gegen nicht-binäre Personen zusammengefasst (Stadt C, FS 42, F 13, 60) und erwähnt, dass nicht-binäre Personen Kontakte zum Gesundheitssystem meiden, weil sie dort Stigmatisierung befürchten bzw. Diskriminierung erleben (Stadt C, FS 42, F 61, 62). Hiermit kommt die Medizin als Institution in den Blick, die Diskriminierung ausübt. Wie sich in der weiteren Analyse noch zeigen wird, unterscheiden sich die Präsentationsfolien stark von den Lehrbüchern und von AMBOSS in Bezug auf die Darstellung von Transgeschlechtlichkeit. Medizinstudierende lernen folglich in den Lehrbüchern kaum etwas über die Marginalisierung von queeren Personen und die Auswirkungen auf ihre Gesundheit. In den Präsentationsfolien wird teilweise auf Transfeindlichkeit eingegangen, andere Marginalisierungen von queeren Personen (wie z. B. Homofeindlichkeit) werden aber nicht vermittelt.

Null-Lehrplan zur Versorgung queerer Patient*innen

Grundsätzlich findet sich auch im Hinblick darauf, was Medizinstudierende spezifisch über die Versorgung queerer Patient*innen lernen, dieselbe Unsichtbarkeit von sexueller, romantische und geschlechtlicher Vielfalt. Wenn queere Patient*innen überhaupt erwähnt werden, geht es in den allermeisten Fällen um das HIV-Risiko von queeren Männern (Faller et al. 2016a, S. 349). Beier et al. geben als eins von insgesamt zwei Lehrbüchern überhaupt Hinweise dazu, wie Ärzt*innen das Coming Out von jugendlichen Patient*innen begleiten sollen (z. B. den Eltern eine Beratung anzubieten, Kontakte zu lokalen Community-Angeboten zu schaffen oder eine »Safer-Sex-Beratung zu geben¹⁴) (Beier et al. 2021c, S. 103–104). Queere cis Frauen werden im gesamten Korpus nur ein einziges Mal thematisiert – und zwar in Bezug darauf, dass sie mithilfe einer Samenspende ein Kind bekommen können (Kliesch et al. 2009, S. 522). An vereinzelten Stellen wird bei AMBOSS eine sprachliche Repräsentation von gleichgeschlechtlicher Sexualität geschaffen, indem z. B. im Artikel zu »Entzündungen des weiblichen Genitaltrakts« eine »Mitbehandlung des Partners oder der Partnerin« empfohlen wird (AMBOSS o. J.f, o. S.). Entsprechende Formulierungen finden sich in den Lehrbüchern oder Präsentationen nicht.

¹³ Bei AMBOSS heißt es an einer Stelle: »Gegenüber Menschen mit Transidentität gibt es nochmal spezielle Bias und Diskriminierung, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen wird« (AMBOSS o. J.c, o. S.).

¹⁴ Wie ich an anderer Stelle zeige, wird Medizinstudierenden aber keinerlei Wissen dazu vermittelt, wie Safer Sex für queere Personen (abgesehen von MSM) funktioniert. Insofern ist dieser Hinweis für Medizinstudierende und ihre zukünftigen Patient*innen nicht besonders hilfreich.

Durch die Lehrmaterialien erlangen die Medizinstudierenden also kaum Wissen über Heteronormativität und ihre Wirkungsweisen. Auch über die Versorgung queerer Patient*innen, sowohl was ihre Regelversorgung als auch spezifische Anliegen angeht, erhalten sie kaum Informationen. Ohne spezifisches Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt sowie zu Heteronormativität wird es allerdings für Medizinstudierende kaum möglich sein, internalisierte Stereotype zu überwinden, das eigene klinische Handeln zu reflektieren und nicht-heteronormative Behandlungspraxen zu etablieren.

7.6 Medikalisierung von geschlechtlicher Vielfalt

Während in den Lehrmaterialien betont wird, dass Homosexualität entpathologisiert sei und dies auch als gesellschaftspolitische Errungenschaft dargestellt wird, wird geschlechtliche Vielfalt weiterhin medikaliert. So schreiben Korte et al. (2021, S. 454) bspw., dass das Verbot von Konversionstherapien an Minderjährigen, das 2020 in Deutschland in Kraft trat »vorbehaltlos zu begrüßen« sei, wenn es um Homosexualität gehe – kritisieren aber, dass dies auch für transgeschlechtliche Minderjährige gelte.

7.6.1 Transgeschlechtlichkeit

Darstellung von Transgeschlechtlichkeit

Transgeschlechtlichkeit wird in der Medizin – und damit auch in den Lehrmaterialien noch medikaliert und medizinischer Kontrolle unterworfen.¹⁵ Das bedeutet: Transgeschlechtlichkeit gilt als Störung, die durch die Medizin behandelt werden muss. So verwenden die untersuchten Lehrbücher Begriffe wie »Transsexualität«, »Transsexualismus« (Sigusch 2007b, S. 97)¹⁶ und »Störungen der Geschlechtsidentität« (Faller et al. 2016b, S. 297) und bieten bspw. folgende Definition an:

»Der bekannte Terminus Transsexualismus wird heute für die bezüglich der Geschlechtsidentitätsproblematik schwerste Ausprägung dieser Störung reserviert, die praktisch immer mit dem Wunsch nach (hormoneller und/oder chirurgischer) Geschlechtsumwandlung verbunden ist« (Hartmann 2011, S. 82).¹⁷

¹⁵ Die Veränderungen durch die Einführung im ICD-11 2022 werden durch die Lehrmaterialien häufig (noch) nicht abgebildet, sodass Studierende veraltete Informationen erlernen.

¹⁶ Nur in einem einzigen Lehrbuch finden sich Informationen darüber, welche Selbstbezeichnungen trans Personen für sich selbst verwenden und präferieren (Plöderl 2012, S. 278).

¹⁷ Außerdem werden in den Lehrbüchern Transgeschlechtlichkeit und Homosexualität mehrfach miteinander vermischt, z. B. in dem es heißt, dass geschlechtsuntypisches Verhalten

In diesem Satz wird Transgeschlechtlichkeit explizit als Problem und Störung bezeichnet und damit medikaliert. Hier wird außerdem postuliert, dass alle trans Personen den Wunsch nach medizinischen Transitionsmaßnahmen haben und so die Vielfalt transgeschlechtlicher Existenzweisen auf eine einzige Existenzweise verengt und normiert. Bei Bosinski et al. werden diese »echten« transgeschlechtlichen Menschen mit »transsexuelle[...][r] [↗]Geschlechtsdysphorie« von Menschen abgegrenzt, die sich z. B. als »divers« oder »transgender« bezeichnen würden (Bosinski et al. 2021a, S. 375; vgl. Bosinski et al. 2021b, S. 401). Bosinski et al. (2021b, S. 411) beschreiben außerdem »androphile« und »gynäophile« trans Personen als jeweils fundamental unterschiedliche Typen. So würden sich androphile trans Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren ousen und ihre »Menarche als traumatisch erleben, während gynäophile trans Männer mit über 35 Jahren ihr Coming Out hätten und ihre Menarche als unproblematisch wahrnehmen. Hier zeigt sich die Festlegung queerer Personen auf jeweils einen Typus (wie z. B. den schwulen trans Mann), wobei keine Offenheit für die Komplexität und Vielfalt der trans Community existiert. Trans Personen (bzw. hier spezifisch ↗transmaskuline Personen), so lernen Studierende bspw. im folgenden Ausschnitt, hassen ihren Körper, sind belastet durch Körperfunktionen wie Menstruation, haben eine gestörte Sexualität und vermeiden Körperflege:

»Die Menarche sowie die wiederkehrenden Monatsblutungen werden zumeist als extrem belastende Ereignisse empfunden und sind ein steter Grund zur Klage. Der Genitalstatus selbst wird eher duldet hingenommen, die eigenen Geschlechtsorgane aber nicht als potentielle Quelle der Lust akzeptiert. Beginnend mit der [↗]Thelarche berichten die betroffenen Personen über unüberwindbare Schwierigkeiten den eigenen, sich weiblich entwickelnden Körper zu akzeptieren. Als grundsätzlich sichtbares Zeichen der Weiblichkeit werden die Brüste vehement abgelehnt [...]. [...] [U]nd die Betroffenen meiden beinahe phobisch jegliche Exposition des verhassten Körpers in der Öffentlichkeit [...] oder bei der Körperflege,« (Bosinski et al. 2021b, S. 412)

Trans Personen werden hier als grundlegend unzufrieden und unglücklich definiert und damit in ihrem ganzen Sein problematisiert (s. u.). Eine Kritik an dieser medikalisierenden und normierenden Sicht auf Transgeschlechtlichkeit findet sich in nur einem Lehrbuch. So schreibt Volkmar Sigusch (2007a, S. 347), die Medikalisierung von Transgeschlechtlichkeit sei: »ein Postulat, das aus mehreren Gründen [...] höchst problematisch ist«. Sigusch macht dies daran fest, dass es eine gesellschaftliche Pluralisierung von geschlechtlichen Existenzweisen gegeben habe und dass die Medizin alle Phänomene, die ich hier als Transgeschlechtlichkeit bezeichne, nicht

oder Geschlechtsdysphorie auch auf Homosexualität hindeuten könnte (Korte et al. 2021, S. 454).

differenziere. Außerdem kritisiert er die starke Abhängigkeit von trans Personen von der Medizin (Sigusch 2007a, S. 347).

Anders als bei Homosexualität finden sich in den Lehrmaterialien kaum kontextualisierende Hinweise dazu, dass es sich bei Transgeschlechtlichkeit z. B. um eine Variante menschlicher Geschlechtlichkeit handelt, oder dass es historisch und kulturübergreifend immer schon trans Personen gab (Ausnahme: Bosinski et al. 2021b, S. 396). Auch Nicht-Binarität wird in den Lehrbüchern kaum erwähnt (Ausnahme: Bosinski et al. 2021b, S. 397) und weder erklärt noch weiter ausgeführt. Nur selten werden auf die gesellschaftliche Pluralisierung geschlechtlicher Existenzweisen und die möglichen Auswirkungen für die medizinische Behandlung hingewiesen (Hartmann 2011, S. 83).

In den Präsentationen dagegen zeigt sich ein anderes Bild: Hier werden statt ›Transsexualität‹ Begriffe wie »Transidentität« verwendet, auf die Vielfalt von Geschlechtlichkeit hingewiesen (Stadt A, FS 19, F 2, 9), sprachliche Formen¹⁸ verwendet, die nicht-binäre Menschen sichtbar machen (wie z. B. das Gendersternchen (Stadt A, FS 10, F 4; Stadt C, FS 30, F 1) oder den Doppelpunkt (Stadt C, FS 16, F 2)) und Entpathologisierungsbestrebungen nachgezeichnet (Stadt A, FS 19, F 12). Außerdem wird auch Nicht-Binarität erläutert (Stadt C, FS 42, F27-31; Stadt A, FS 19, F 14–15) und darauf hingewiesen, dass nicht alle trans Personen medizinische Transitionmaßnahmen wünschen oder durchführen (Stadt A, FS 19, F 41). Auch wenn die Präsentationen im selben gesellschaftlichen Kontext und wissenschaftlichem Diskurs entstehen, zeichnet sich hier ein anderes Bild von Transgeschlechtlichkeit, das davon geprägt ist, trans Personen in ihrer Vielfalt ernst zu nehmen und Transgeschlechtlichkeit nicht als Störung aufzufassen.

Bei AMBOSS wird Transgeschlechtlichkeit unter dem Begriff »Transsexualität« (AMBOSS o. J.g, o. S.) bzw. »Geschlechtsinkongruenz« (AMBOSS o. J.h, o. S.) gefasst. Der aktuelle Prozess der Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit wird kurz erwähnt und u. a. damit begründet, dass die Zuordnung zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen problematisch sei (AMBOSS o. J.h, o. S.). Tiefergehende Informationen fehlen bei AMBOSS, im entsprechenden Artikel finden sich ausschließlich Hinweise zur Diagnostik und Kodierung nach ICD-10 und ICD-11 (AMBOSS o. J.h). Während also Begriffe und Herangehensweisen in den Lehrbüchern, E-Learning-Modulen und Präsentationen deutlich unterschiedlich

¹⁸ In den Lehrbüchern wird für Patient*innen und Ärzt*innen jeweils ausschließlich entweder das generische Maskulinum verwendet oder die Beidnennung. Auf AMBOSS finden sich sowohl das generische Maskulinum, die Beidnennung und verschiedene Formen geschlechterneutraler Sprache – ebenso in den Präsentationsfolien. Eine Ausnahme davon stellen gynäkologische Lehrmaterialien dar, die in Bezug auf die Patient*innen fast ausschließlich im generischen Femininum gehalten sind.

sind, zeigt sich dennoch in allen Materialien ein cisnormativ definiertes Geschlechterbild – in dem also Menschen dann der Norm entsprechen, wenn sie nicht transgeschlechtlich sind.

Medikalisierung des ganzen Seins

Gerade bei Transgeschlechtlichkeit betrifft die Medikalisierung nicht nur das Geschlecht der Patient*innen, sondern sie werden in den Lehrmaterialien in ihrem gesamten Sein, in ihren gesamten Lebensumständen, medikaliert. Hartmann schreibt bspw.:

»Da viele Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen, muss die psychiatrische Diagnostik breit angelegt sein und u.a. Persönlichkeits- und neurotische Störungen, das psychosoziale Funktionsniveau, Substanzmissbrauch, [↗]Paraphilien, Psychosen und hirnorganische Störungen im Blick haben« (Hartmann 2011, S. 82).

Eine ähnliche Aussage findet sich auch bei Bosinski et al. (2021b, S. 414):

»Unter allen Patienten mit Geschlechtsdysphorie sind sie zumeist diejenigen mit den meisten psychopathologischen Auffälligkeiten. Es finden sich unter anderem histrionische oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Pathologien, affektive Erkrankungen mit Suizidgefahr oder auch manifeste Abhängigkeitserkrankungen.«

Trans Personen werden hier also nicht nur in Bezug auf ihre »Geschlechtsmodalität medikaliert, sondern ihnen werden verschiedenste Psychopathologien unterstellt (vgl. Pohlkamp 2014, S. 284). Hartmann (2011, S. 75) postuliert sogar: »Generell gilt, dass Paraphilien und Störungen der Geschlechtsidentität auf Defiziten [sic!] und psychischen Traumatisierungen innerhalb der frühen Entwicklungsstadien zurückzuführen sind«. Hier wird außerdem ersichtlich, inwiefern die medikalierte Transgeschlechtlichkeit eng mit (devianter) Sexualität (bspw. Paraphilien und sexueller Traumatisierung) verknüpft wird. Bosinski et al. (2021b, S. 413) beschreiben z. B., dass die Transgeschlechtlichkeit lesbischer trans Frauen sich entweder aus einer transvestitisch-fetischistischen oder einer »autogynäphilen Präferenzbesonderheit entwickle, also immer eine paraphile bzw. sexuell-deviante Grundlage habe. Sie stellen außerdem eine Liste an Anamnesefragen bei Geschlechtsinkongruenz zur Verfügung, in der sich u. a. Fragen zum Verhältnis des*der Patient*in zu den eigenen Eltern, präferierten Spielsachen, kindlichem Cross-Dressing, Geschlecht der Lieblingslehrer*innen, sexuellen Erfahrungen in der Pubertät und aktuell bevorzugte Sexualpraktiken finden (Bosinski et al. 2021b, S. 405–407). Es wird das ganze

Leben der trans Patient*innen medikaliert, ganz besonders jeglicher Aspekt von Geschlecht und Geschlechterrollen und jegliche sexuelle Erfahrung. Eine nicht-medikalierte Form transgeschlechtlicher Sexualität oder überhaupt Existenz gibt es in diesem Verständnis nicht.

7.6.2 Intergeschlechtlichkeit

Im Gegensatz zu Transgeschlechtlichkeit, wo zumindest in den Präsentationsfolien Entpathologisierungstendenzen aufgegriffen und auf Wissen von trans Personen über sich selbst (z. B. im Hinblick auf Selbstbezeichnungen) zurückgegriffen wird, wird Intergeschlechtlichkeit in allen analysierten Lehrmaterialien medikaliert. Das bedeutet, sie wird als Problem mit Krankheitswert definiert, das medizinischer Interventionen bedarf. Intergeschlechtlichkeit wird mit Begriffen wie »Aberrationen« (Beier et al. 2021c, S. 72) »Mutationen« (Kraupp et al. 2022, S. 63), »Störung« (Marischler 2013, S. 102; AMBOSS o. J., o. S.), »Fehlbildung« (Keil und Kiecker 2021, S. 27), »Missbildungen« (Stadt C, FS 10, F 22), »gravierende [...] Beeinträchtigung« (Beier et al. 2021c, S. 66), »Krankheit« (Beier et al. 2021c, S. 66), »abnormal« (Stadt C, FS 14, F 42) oder als Abweichung vom »normalen weiblichen und männlichen Erscheinungsbild« (Conrad et al. 2014, S. 408) beschrieben.¹⁹ Über intergeschlechtliche Personen wird außerdem häufig ausschließlich als Patient*innen (und nicht etwa Personen oder Menschen) geschrieben (Beier et al. 2021c, S. 68), was die anhaltende Medikalisierung weiter unterstreicht.²⁰ Insbesondere in den Lehrbüchern finden sich lange Abschnitte und Kapitel zu verschiedenen Formen von Intergeschlechtlichkeit, wie z. B. zum »Klinefelter-Syndrom (Tüttelmann und Röpke 2011, S. 90–91), wobei auf Nosologie, Diagnostik und Therapie eingegangen wird. Auch hier zeigt sich, dass Intergeschlechtlichkeit als rein medizinisches Problem festgeschrieben wird.

Intergeschlechtlichkeit wird also in den Lehrmaterialien grundsätzlich als Störung aufgegriffen und nicht z. B. als normale Variation menschlicher Körpern, also so, wie inter* Aktivist*innen über Intergeschlechtlichkeit nachdenken.²¹ Daher

¹⁹ Das gilt auch für die Stichwort- und Inhaltsverzeichnisse, sowie Suchfunktion bei AMBOSS.

²⁰ Teilweise verwechseln die Lehrmaterialien Trans- und Intergeschlechtlichkeit auch und lehren z. B., dass es sich bei Intergeschlechtlichkeit um eine »Missbildung [handelt], wobei in einem Menschen mehr oder weniger ausgebildete körperliche und geistige Merkmale beider Geschlechter vereint sind« (Stadt C, FS 14, F 20).

²¹ Die Ausnahme hierbei bildet ein einziger Foliensatz, in dem dargestellt wird, dass »einige Kulturen [...] nicht nur 2 Geschlechtsrollen« haben (Stadt C, FS 14, F 11) und in dem ein historischer Abriss über die Repräsentation und Behandlung von Intergeschlechtlichkeit gegeben wird. Dabei wird Intergeschlechtlichkeit allerdings im kulturellen Anderen (z. B. bei den »Amerikanischen Ureinwohnern« (ebd., F 12) verortet und mit Transvestismus und Transgeschlechtlichkeit vermischt (ebd., F 15–16). In diesem Foliensatz werden Studierende auch

wird in den Lehrmaterialien das Konzept einer biologischen Zweigeschlechtlichkeit weder hinterfragt noch dekonstruiert. In der Diagnostik und Behandlung geht es darum, das »richtige Geschlecht« (Kraupp et al. 2022, S. 65) (das entweder männlich oder weiblich ist) einer intergeschlechtlichen Person zu erkennen und sie dementsprechend zu behandeln. Eine Ausnahme hiervon stellt das Kapitel von Hertha Richter-Appelt (2007, S. 249) dar, wenn sie über das ›wahre Geschlecht‹ schreibt: »Vielleicht ist diese Frage aber falsch gestellt, und es gibt für Personen mit Intersexualität gar kein ›wahres Geschlecht‹, das weiblich oder männlich ist.«

Nur selten wird in den Lehrmaterialien auf die Kritik intergeschlechtlicher Personen am medizinischen Umgang eingegangen, insbesondere in Bezug auf Geschlechtszuweisungen und kosmetische Normierung von Geschlechtsorganen (Richter-Appelt 2007, S. 238; Conrad et al. 2014, S. 404). Grundlegend hinterfragt oder abgelegt wird die medizinische Normierungsmacht dadurch allerdings nicht:²² »Bei allem Verständnis für die Vielzahl der ungeklärten Fragen erscheint ein undifferenziertes Konzept der Nicht-Intervention fragwürdig« (Bosinski et al. 2021a, S. 391). In vielen Fällen lehren die untersuchten Dokumente nach wie vor eine rasche operative Korrektur ›uneindeutiger‹ Genitalien aus psychosozialen Gründen (Nieschlag et al. 2009a, S. 233). Obwohl in einigen Lehrmaterialien eine solche Operation von der Identität der inter* Person und ihrem Selbstbestimmungsrecht abhängig gemacht wird, wird die Praxis nicht grundsätzlich infragegestellt oder aufgegeben (AMBOSS o. J.b, o. S.). Die medizinische Definitionsmacht über Geschlechtervielfalt wird außerdem in der Benennung von Menschen deutlich, die Geschlechtergrenzen überschreiten. Hierbei ist es für die Autor*innen der Lehrmaterialien nicht von Bedeutung, welche geschlechtliche Selbstbezeichnung die Patient*innen präferieren. Sie werden dagegen z. B. als ›Patient(in)‹ (Nieschlag et al. 2009a, S. 229) bezeichnet, und damit geschlechtlich geothert.

7.7 Problematisierung von Queerness

Wie bereits ausgeführt, zeigt sich in den Lehrmaterialien eine *Rhetorische Akzeptanz* von Homosexualität – allerdings wird Queerness in den Lehrmaterialien gleichzeitig *geothert* und teilweise offen problematisiert. Diese Stellen finden sich insbesondere in den untersuchten Lehrbüchern. Das lässt sich vor allem daran festmachen,

über rechtliche Änderungen für weitere Geschlechtseinträge neben männlich und weiblich informiert (ebd., F 17).

²² Dies gilt auch für die verwendeten Begriffe. Teilweise wird in den Lehrmaterialien aufgegriffen, dass Begriffe wie ›Hermaphroditismus‹ oder ›Intersexualität‹ veraltet sind. Diese werden dann aber durch andere, medizinisch geprägte Begriffe wie ›Disorders of sex development‹ ersetzt (Wieacker et al. 2009, S. 326), statt durch Begriffe, welche die inter* Community für sich nutzt.

dass diese im Gegensatz zu den Präsentationen und den AMBOSS-Artikeln in ganzen Sätzen verfasst werden (und nicht in Stichworten), womit Argumentationen und Anspielungen leichter interpretierbar sind.

Othering

An vielen Stellen werden queere Menschen in den Lehrmaterialien *geotheriert*, d. h. als fundamental anders als cisgeschlechtliche, heterosexuelle Menschen konzipiert. Einmal heißt es z. B. über Jugendliche: »Vorübergehende homoerotische Phasen sind häufig und im Sinne eines ›Ausprobierens‹ zu sehen. Allerdings konnten manche später homosexuell ausgerichtete Menschen rückblickend schon in diesem Lebensabschnitt ihre ›Andersartigkeit‹ zumindest unterbewusst erfahren« (Weber 2020, S. 12). Diese hier konstruierte Andersartigkeit von Homosexualität zeigt sich oft auch an den Kontexten, in denen über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt gesprochen wird. So kommt es im folgenden Absatz einer thematischen Gleichsetzung von Homosexualität und »Pädophilie:

»Sexuelle Orientierung und Perversion[:] Beispielsweise wird ein eher homosexuell orientierter Mann in der Begegnung mit einer Frau keine oder keine genügende sexuelle Stimulierung erfahren können. Pädophile tendieren häufig aus Angst vor einer emanzipierten Partnerin zum sexuellen Missbrauch einer wehrlosen ›Kinderfrau‹, die sie in ihrem Kontroll- und Machtbedürfnis nicht in Frage stellt« (Faller et al. 2016b, S. 298).

In einer Tabelle aus einer Vorlesungseinheit (Stadt A, FS 1, F 2), die die Erfahrung mit verschiedenen sexuellen Praktiken dokumentiert, wird dies ebenso deutlich. Die Tabelle listet verschiedene »sexuelle Erfahrungen« auf und gibt jeweils an, wie viel Prozent der Schweizer Bevölkerung und wie viel Prozent der Weltbevölkerung diese Erfahrungen bereits gemacht haben. Die letzte Spalte der Tabelle dokumentiert die Range. Als sexuelle Erfahrungen werden in der Tabelle u. a. Sadomasochismus, Analsex, außereheliche Beziehungen und eben auch Homosexualität aufgeführt, die so auch als gleichwertig dargestellt werden. Homo- und Bisexualität werden damit nicht als gleichwertige sexuelle Orientierungen konzipiert, sondern gelten entweder als Teil einer exotischen Palette erotischer Spielarten (wie One Night Stands) oder werden mit Paraphilen und dämonisierten Sexualitäten (wie Pädophilie) gleichgesetzt.

Das Othering präsentiert sich auch im folgenden Tipp für die Gesprächsführung, wenn bei einer Patientin diagnostiziert wird, dass sie XY-Chromosomen hat, also intergeschlechtlich ist: »Bei ungeschickter Formulierung könnte etwa der Partner einer XY-Frau mit »CAIS erschrecken und glauben, er führe in Wirklichkeit eine homosexuelle Partnerschaft, was er nur bisher nicht wusste« (Richter-Appelt 2007,

S. 245). Homosexualität wird hier als Schreckensgespenst dargestellt, wovor der „die Ärzt“ in Patient*innen und ihre Angehörigen beschützen müsse. Othering spiegelt sich auch besonders in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit wider. Ganz buchstäblich werden inter* Personen an einigen Stellen als nicht normal bezeichnet (Conrad et al. 2014, S. 404; Weber 2020, S. 4; Kraupp et al. 2022, S. 65). An anderen Stellen wird ihnen eine erhöhte Kriminalitätsrate (Nieschlag et al. 2009a, S. 221; Zitzmann 2011, S. 68) und eine erhöhte Rate an Paraphilien (Beier et al. 2021c, S. 94) zugeschrieben.²³ Vordergründig wird in den Materialien also vermittelt, dass die Vielfalt sexueller Orientierung moralisch gut bzw. neutral ist – gleichzeitig finden sich weiterhin Berührungsängste, affektive Aufladungen und die Gleichsetzung von Homosexualität mit Perversion, Fetisch und unmoralischem Verhalten.

Vermeintliche Herkunft und Entstehung von Queerness

Die Problematisierung lässt sich auch an den Darstellungen der Lehrmaterialien zur Herkunft und Entstehung von Queerness festmachen. Das »Adrenogenitale Syndrom (AGS) bspw. soll durch Heiraten »innerhalb der Blutlinie« (Kraupp et al. 2022, S. 63), also »Inzest, verursacht sein. Wieder wird sexuelle Devianz mit Intergeschlechtlichkeit vermischt. Bei Richter-Appelt wird die Vermutung geäußert, dass einige Frauen Sex mit Frauen bevorzugen, weil sie »negative Erfahrungen« mit Männern gemacht haben (Richter-Appelt 2007, S. 248) – ein Vorurteil, das queeren Frauen häufig begegnet. Beier et al. (2021c, S. 97–103) verwenden in ihrem Lehrbuch sieben Seiten auf die Darstellung von Forschungsergebnissen zur Herkunft und Entstehung von Homosexualität, wie genetischen Ursachen, hormonellen und hirnorganischen Abweichungen, abweichender Anatomie der Finger und Hände und evolutionsbiologischen Erklärungen. So heißt es bspw. in einem »Merke!«-Kasten:

»In der Literatur finden sich keine konsistenten Belege für hormonelle Deviationen bzw. Funktionsstörungen bei Personen mit exklusiver homosexueller Orientierung oder transsexueller Geschlechtsidentitätsstörung. Dies gilt zumal für biologische Männer; bei biologischen Frauen mehren sich Hinweise auf hyperandrogenämische Störungen der Ovarial- und/oder Nebennierenrindenfunktion« (Beier et al. 2021c, S. 98).

²³ Ines Pohlkamp (2014, S. 89) arbeitet in Anschluss an Foucault heraus, dass intergeschlechtliche Menschen bis heute u. a. in medizinischen Diskursen als monströs konzipiert werden: »Die Figur des Zwitters als heteronormative Faszination, als Mahnmal der morphologischen Devianz, als Unmöglichkeit [und, AS] als Absurdität der Natur [...] trug dazu bei, dass die Be lange intersexuell geborener Personen über Jahrzehnte nur im Angesicht der sozialen, medizinischen und rechtlichen Möglichkeiten der binären Anpassung virulent wurden und ihre Existenz sonst vergessen gemacht wurde.«

Hier werden Medizinstudierenden also zwei widersprüchliche Informationen über die Entstehung und Ursache von Queerness vermittelt. Was aber eindeutig ist, ist, dass eine Grenze zwischen Personen, deren Geschlecht und deren sexuelle Orientierung nicht erklärbungsbedürftig sind, und queeren Personen gezogen wird. So wird bei Beier et al. kein Raum darauf verwendet, die Entstehung und Ursache von Heterosexualität zu erklären. Im Gegenteil, Heterosexualität ist die Folie, an der sich abweichendes Verhalten wie Homo- und Bisexualität messen muss. Damit wird ein Unterschied klar: Heterosexualität wird nicht hinsichtlich ihrer Ursachen und Entstehung kritisch hinterfragt, sondern einfach hingenommen und bleibt unangefochten als Norm bestehen. Heterosexualität und Homo- bzw. Bisexualität sind damit nicht gleichgestellt oder gleich legitim.

Zirkuläre Verstärkung von Problematisierungen

Eine weitere Form der Problematisierung von Queerness, die die Lehrmaterialien durchzieht, ist, dass Homo- und Bisexualität mit geschlechtsuntypischem Verhalten gleichgesetzt werden und sich damit Problematisierungen gegenseitig verstärken. Folgende Tabelle findet sich beispielsweise bei Beier et al. 2021c, S. 101:

Tabelle 2: Übersicht über Zusammenhänge zwischen der sexuellen Orientierung und anderen psychischen geschlechtstypischen Unterschieden (Beier et al. 2021c, S. 101)

Geschlechtstypischer Unterschied	Ausprägung bei Personen mit homosexueller Orientierung
Aggressionsverhalten	In der Kindheit zeigen später homosexuell werdende Knaben eher mädchenotypische geringere Beteiligung an Rauf- u. Tobespielen (sog. <i>Sissy-Behavior</i>), später lesbisch werdende Mädchen eher eine jungentypisch höhere Beteiligung daran (sog. <i>Tomboy Behavior</i>)
Räumliche Orientierung (gemessen mittels MRT)	Homosexuelle Männer zeigen durchschnittlich schlechtere Leistungen als heterosexuelle Männer, homosexuelle Frauen zeigen durchschnittlich bessere Leistungen als heterosexuelle Frauen
Feinmotorische Koordination (gemessen mittels PPT)	Homosexuelle Männer zeigen durchschnittlich bessere Leistungen als heterosexuelle Männer
Wortassoziation, Sprachflüssigkeit	Homosexuelle Männer zeigen eine höhere Sprachflüssigkeit als heterosexuelle Männer, bei Frauen widersprüchliche Befunde
Interesse an unverbindlichen Sexualkontakte	Gleich hoch bei homo- und heterosexuellen Männern, gleich niedrig bei homo- und heterosexuellen Frauen

In dieser Tabelle werden verschiedene Formen ›geschlechtstypischen Verhaltens‹ aufgezählt und dann mit den Ausprägungen bei schwulen und lesbischen Personen verglichen. Dieser Tabelle zufolge gibt es fundamentale Unterschiede zwischen homo- und heterosexuellen Personen, wobei erstere die Abweichung von der Norm darstellen. Mit den Informationen aus der Tabelle wird ein Bild eines typischen schwulen Mannes bzw. einer typischen lesbischen Frau entworfen, die kategorial anders als ihre heterosexuellen Pendants sind. Dies findet sich auch in anderen Lehrmaterialien: Dannecker bezeichnet den »Femininitätsschub« von »prähomosexuellen Jungen« als Teil einer »normalen homosexuellen Entwicklung« (Dannecker 2007, S. 60; vgl. Düring 2007, S. 33). Homosexuelle Menschen, die sich nicht geschlechtsuntypisch verhalten, sind damit nicht denkbar, da sexuelle Orientierung und Geschlecht untrennbar miteinander verwoben erscheinen (Butler 2016 [1991]). Es zeigt sich: In den Lehrmaterialien ist kein Raum für eine Darstellung der Komplexität und Vielfalt queerer Existenzweisen, stattdessen werden queere Personen auf jeweils ein stereotypes Bild verengt. Queere Geschlechtlichkeit und Sexualität werden genutzt, um sich wechselseitig zu problematisieren, d. h., dass wir es mit einer zirkulären Verstärkung von Problematisierung zu tun haben.

Diese sich zirkulär verstärkende Problematisierung gilt auch für geschlechtsuntypisches Verhalten und nicht-heterosexuelle Orientierungen bei intergeschlechtlichen Menschen:

»Bei erwachsenen Frauen mit bereits in der (frühen) Kindheit diagnostiziertem und behandeltem Adrenogenitalem Syndrom [...] fand sich eine deutlich erhöhte Rate bi- und homosexueller Fantasien und/oder Verhaltensweisen« (Beier et al. 2021c, S. 95).

Beier et al. (2021c, S. 95) problematisieren auch das ›Tomboy-Verhalten von Mädchen mit AGS,

»d.h. maskuline Verhaltensmuster mit Bevorzugung von jungentypischem Raufen und Tobespiel, energieintensivem Spiel im Freien und Peer-grouping mit Jungen im vorpubertären Alter bei gleichzeitig herabgesetztem Mädchenverhalten (Puppenspiel, Interesse für Babys, weibliche Rollen beim ›Vater-Mutter-Kind-Spiel‹) und geringem Interesse an romantischen Fantasien über die spätere Frauenrolle, an Kleidern, Schmuck und femininer Aufmachung«.

Wir sehen hier also: auf der einen Seite wird in den Lehrmaterialien Homosexualität als unproblematisch und akzeptanzwürdig dargestellt. Auf der anderen Seite sind die Raten von Homosexualität unter inter* Menschen bemerkenswert. Dies deutet darauf hin, dass Homosexualität für die Autor*innen der Materialien doch nicht so unproblematisch ist, wie vordergründig dargestellt wird. Weil intergeschlechtlich-

keit medikaliert ist, kann sie zur Erklärung (erklärungsbedürftiger) Homosexualität herangezogen werden und andersherum.

Der Normierungsdruck, der von der Medizin ausgeht, ist bei inter* Personen merklich stärker als bei \geq endogeschlechtlichen Personen. Dies gilt auch für die Geschlechtsidentität und Geschlechterrollen von intergeschlechtlichen Personen. Beier et al. schreiben z. B.: »Bei der Mehrzahl der Personen mit α -Reduktase-2-Mangel, aber auch bei einigen (zahlenmäßig nicht systematisch erfassten) Frauen mit AGS ›versagte‹ die Erziehung zum Mädchen, d. h. die Betreffenden entwickelten ab der Pubertät eine männliche Geschlechtsidentität« (Beier et al. 2021c, S. 111–112; vgl. Richter-Appelt 2007, S. 240–249; Stadt C, FS 14, F 32). Wie ich weiter unten ausführe, ist das Behandlungsziel insbesondere bei intergeschlechtlichen Personen nach wie vor die Normierung in cisnormative Geschlechterbilder und -rollen. Wenn dies nicht funktioniert, wird hier von ›Versagen‹ gesprochen.

Wir sehen also: Weil eine Form von Queerness (wie Abweichung von Geschlechternormen) problematisiert wird, verstärkt das die Problematisierung anderer Formen von Queerness und bringt eine wechselseitige Abwertung mit sich. Intergeschlechtliche Menschen sind fundamental anders, weil sie geschlechtsuntypisches Verhalten zeigen – und geschlechtsuntypisches Verhalten wird queeren Menschen allgemein zugeschrieben und als Devianz gefasst.

Affektive Aufladung

Intergeschlechtlichkeit wird in den Lehrmaterialien zudem als ein Phänomen dargestellt, das »erhebliche Irritation, Unsicherheit und Bestürzung auslösen kann« (Bosinski et al. 2021a, S. 375). Auch beschreiben Bosinski et al. (2021a, S. 384) die Reaktion von intergeschlechtlichen Personen auf ihre Diagnose folgendermaßen:

»Vom Gefühl, ein ganz normales Mädchen zu sein, über das Erschrecken über die ausbleibende Mensis, bis zum Entsetzen und Trauer bei der Information, genetisch ›eigentlich ein Junge zu sein‹, dem dann gelegentlich ein krampfhaftes Bemühen folgte, nun eine ›besonders perfekte Frau‹ sein zu müssen.«

Intergeschlechtlichkeit wird hochgradig emotionalisiert und es erscheint unmöglich, eine glückliche Existenz als intergeschlechtliche Person in der Gesellschaft haben zu können. In einigen Lehrmaterialien wird den Studierenden auch gelehrt, intergeschlechtlichen Patient*innen die jeweilige Diagnose nicht mitzuteilen, »da die Gefahr einer Identitätskrise besteht« (Uhl 2018, S. 392), bzw. da dies zu einer »Persönlichkeitsstörung« führen könne (Stadt C, FS 13, F 4).

7.8 Normierung, Disziplinierung und Kontrolle von Queerness

Disziplinierung in die Geschlechterbinarität

Wie sich in den Lehrmaterialien zeigt, wird Queerness (bzw. ganz besonders geschlechtliche Vielfalt) von der Medizin auch weiterhin kontrolliert, diszipliniert und normiert. Medizinstudierende lernen auch heute noch, geschlechtlich ›uneindeutige‹ Körper (d. h. vor allem die Körper von inter* und trans Personen) in die Zweigeschlechter-Norm zu disziplinieren. So heißt es bspw. bei Conrad et al. in Bezug auf Intergeschlechtlichkeit: »Die Therapie hängt von der Geschlechtszuordnung ab und besteht aus einer Entfernung der kontrasexuellen Gonade und entsprechender plastischer Korrektur des äußeren Genitales« (Conrad et al. 2014, S. 405; vgl. auch AMBOSS o. J.b; Nieschlag et al. 2009a). Die Körper von inter* Personen sollen also in Bezug auf ihre Reproduktionsfähigkeit und ihre Ästhetik endonormativen Normen entsprechen. Durch diese Interventionen würde auch, so die These, eine normale geschlechtliche Entwicklung sichergestellt (Conrad et al. 2014, S. 407). Bosinski et al. (2021b, S. 389) führen bspw. über die Behandlung von Jungen mit Mikropenis aus:

»So berichteten Bin-Abbas und Mitarbeiter (1999) über den Erfolg der 4-wöchentlichen intramuskulären Gabe von 25 bzw. 50 mg Testosteron in zwei Zyklen im Alter von 0–14 Jahren: Alle Knaben hatten in der Jugend ausreichende Penislängen, Erektionen und eine ungestörte männliche Geschlechtsidentität.«

Daran wird ersichtlich: Ziel ist die Vereindeutigung des Körpers, der Identität, und der psychosozialen Entwicklung sowie »angemessenes Geschlechterrollenverhalten« (Richter-Appelt 2007, S. 247), worüber die Medizin sich die Kontrolle erhält (Wieacker et al. 2009, S. 329; Bosinski et al. 2021b, S. 392–393).

Expert*innen-Status von Ärzt*innen

In Bezug auf die Geschlechtlichkeit von Patient*innen werden Ärzt*innen als objektive und neutrale Expert*innen dargestellt, die z. B. Transitionswünsche einschätzen können, über medizinische und soziale →Transitionen entscheiden (Bosinski et al. 2021b, S. 393–398) und die auch langfristig Transitionen und Interventionen in die Geschlechtlichkeit von Menschen kontrollieren sollen (Bosinski et al. 2021b, S. 387).²⁴ Bei Bosinski et al. (2021b, S. 399) heißt es zur Diagnose der Geschlechtsdys-

²⁴ Verweigern trans Patient*innen die von Bosinski et al. geforderten Untersuchungen und den sog. Alltagstest »dürfte es kaum möglich sein, die Indikation zu stellen. In diesem Fall sind berechtigte Zweifel an der Diagnose ›transsexuelle Geschlechtsdysphorie‹ am Platze« (Bosinski et al. 2021b, S. 415). Tatsächlich transgeschlechtlich zu sein, bedeutet demnach, alle geforderten Untersuchungen und Tests über sich ergehen zu lassen.

phorie: »Im Mittelpunkt steht [...] das subjektive, aber klinisch relevante (i.e. durch medizinische Experten objektivierbare) Leiden unter einer Inkongruenz zwischen [...] Körper – subjektives Empfinden – soziale Rollenerwartungen«. Bei Hartmann (2011, S. 82) heißt es in Bezug auf Transitionswünsche von Patient*innen: »Der Arzt sollte dem Anliegen des Patienten neutral gegenüberstehen, diesem aber frühzeitig verdeutlichen, dass er sich von der Selbstdiagnose ‚Transsexualismus‘ diagnostisch überzeugen muss, wozu längere Zeit und verschiedene Schritte notwendig sind.«²⁵

Hierbei zeigt sich in den Materialien klar die Angst vor einem ärztlichen Kontrollverlust, der verhindert werden soll. Bosinski et al. kritisieren bspw. die Aufweichung der Diagnose Transsexualismus und Entpathologisierungsforderungen aus der queeren Community, da diese die Arbeit von Expert*innen erschweren würden, zu Widersprüchen führen und unklare Kriterien schaffen würden (Bosinski et al. 2021b, S. 403; kritisch: Jacke 2016). Ärzt*innen gelten hier als neutrale Expert*innen, die Transitionswünsche – und so queere Lebensläufe und Existenzweisen – kontrollieren sollen und müssen. Das wird auch in Bezug auf das Verhältnis zur queeren Community ersichtlich.

Queere Community und queere Politik

Während die queere Community in den Lehrmaterialien nicht thematisiert wird, taucht im Lehrbuch von Beier et al. (2021b, S. 41) queere Politik²⁶ als gesichtlose Gegenspielerin zu den als neutral imaginierten medizinischen Standpunkten auf:

»Ebenso ersichtlich wird die Beeinflussung von Haltungen und Auffassungen bezüglich des Sexuellen durch politische Kräftefelder bei den Auseinandersetzungen um die Binarität der Geschlechter und deren Auflösung. Symptomatisch hierfür ist die zunehmende Diffusität der Begrifflichkeiten wie z.B. trans* oder transgender, was eine Verknüpfbarkeit mit klassifikatorischen Bemühungen in medizinischen Zusammenhängen eher erschwert, wobei andererseits Störungskriterien für Indikationsstellungen und Kostenübernahmen aus sozial-rechtlichen Gründen verlangt werden.«

Dass also trans Personen selbstbestimmte Bezeichnungen für sich fordern, wird von Beier et al. kritisiert, weil dies zu Begriffsverwirrungen führe und die medizinische

²⁵ Ines Pohlkamp (2014, S. 91–93) macht darauf aufmerksam, dass trans Personen in einer heteronormativen Gesellschaft als Betrüger*innen konzipiert und abgewertet werden.

²⁶ Als queere Politik bezeichne ich hier u. a. politische Forderungen, Kritik und Aktivismus von queeren Personen und Organisationen. Queere Politik ist keineswegs einheitlich oder ohne Widersprüche, ist aber Politik, die von einem marginalisierten Standpunkt aus gemacht wird.

Behandlung erschwere.²⁷ Hieran wird deutlich, wie sehr die Medizin um ihren Erhalt von Kontrolle (s. u.) spezifisch über trans Personen, ihre Bezeichnungen, ihre Möglichkeit, Namen und Personenstand zu ändern, und ihre Behandlung ringt. Die gesichtslose, diffuse queere Politik, die der rationalen Medizin gegenüberstehe, zeigt sich auch am folgenden Zitat, ebenfalls zu Entpathologisierungsbestrebungen von trans Personen:

»Diese doch sehr unterschiedlichen Interessenslagen sind nur begrenzt kompatibel und führen deshalb zu Zerwürfnissen und Unmut, weil über ihre eigentlichen Hintergründe kein Austausch erfolgt, sondern das jeweils andere Denksystem als Bedrohung empfunden wird, die es folglich zu bekämpfen gilt. Unter politischen Gesichtspunkten haben es dabei immer diejenigen Denksysteme schwerer, die einen höheren Differenzierungsgrad aufweisen und, da um Evidenz für ihre Aussagen bemüht, weniger anfällig sind für interessensgeleitete Behauptungen bis hin zu Falschaussagen, die im politischen Kampf eher üblich sind« (Bosinski et al. 2021b, S. 389).

Hier verlässt der Duktus von Bosinski et al. den eines Lehrbuchs und verwickelt sich in eine aktive Konfrontation mit queerer Politik, die als bedrohlich empfunden wird und »die es folglich zu bekämpfen gilt« (Bosinski et al. 2021b, S. 389). Die andere Seite wird dabei nie explizit benannt, indem passive Satzkonstruktionen gewählt werden, die die Verwendung eines Subjekts unnötig machen. Von wem die konkrete Bedrohungslage ausgeht, wird also offengelassen. Bosinski et al. schließen den Absatz folgendermaßen:

»Es ist unverkennbar, dass hier wissenschaftliche Daten wohl deshalb verschwinden oder zumindest relativiert werden sollten, weil sie als Bedrohung für die politischen Ziele gesehen werden, die darin bestehen, dass jeder sein Geschlecht selber wählen können soll und die Medizin entsprechend vorgetragenen Wünschen nichts entgegensetzen sollte, sondern vornehmlich deren Umsetzung zu besorgen hat, selbst wenn sie im Verlauf gegensätzlich sein mögen, der Betreffende also einmal dem einen und später wieder dem anderen Geschlecht angehören möchte« (Bosinski et al. 2021b, S. 399).

Queere Politik erscheint hier grundsätzlich als Bedrohung für gute wissenschaftliche und evidenzbasierte Arbeit, da sie rein nach ihren Interessen ohne Beachtung

27 An anderer Stelle kritisieren Beier et al. auch weitere Selbstbezeichnungen: »Begriffe wie ›homosexuell‹ beinhalten bspw. nicht den Beziehungsaspekt, sodass es hilfreicher wäre, von ›Beziehung zum gleichen Geschlecht‹ oder ›sexuell auf das gleiche Geschlecht gerichtet‹ zu sprechen« (Beier et al. 2021b, S. 36).

möglicher Konsequenzen vorgehe. Außerdem wird queere Politik lächerlich gemacht oder explizit abgetan. So bezeichnen Bosinski et al. (2021a, S. 377) die Forderung der Biologin Anne Fausto-Sterling (2003), statt über zwei über fünf Geschlechter nachzudenken, als »wirklichkeitsfremd«. Medizinstudierenden wird damit eine ganz spezifische Haltung gegenüber queerer Politik nahegelegt: In der Darstellung der Lehrbücher sind Mediziner*innen die Expert*innen in Bezug auf Geschlechtlichkeit und Transitionen, die queere Forderungen evaluieren und einschätzen können und aus ihrer Expert*innen-Position heraus dann eine Bewertung davon abgeben können. In den Präsentationsfolien taucht die queere Community und ihre Politik dagegen ganz anders auf: Hier werden den Studierenden z. B. Beratungsangebote aus der Community vorgestellt, damit sie ihre zukünftigen Patient*innen dorthin verweisen können (Stadt A, FS 19, F 42–43; Stadt C, FS 14, F 48).

Queere Selbstbezeichnungen

Dass Selbstbezeichnungen von queeren Menschen nicht ernst genommen oder sogar ersetzt werden, stellt eine weitere Problematisierung von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in den Lehrmaterialien dar. In Bezug auf die sexuelle Orientierung von trans Personen schreiben Bosinski et al. (2021b, S. 411): »Auch um Benennungsverwirrungen zu vermeiden, bietet es sich an, statt/anstelle der relationalen [und selbstgewählten, AS] Begriffe ›hetero‹ und ›homo‹, die sich auf das präferierte Geschlecht beziehenden Begriffe ›androphil‹ und ›gynäphik‹ zu verwenden«. Und in Bezug auf jüngere Selbstbezeichnungen heißt es bei Köhn und Spornraft-Ragaller (2021, S. 756): »Polyamor« oder [>]pansexuell« sind Trendworte geworden, welche die sexuelle Offenheit für ›alles‹ zum Ausdruck bringen sollen und – sofern verhaltensrelevant – auch zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten beitragen können.²⁸ Die von Köhn und Spornraft-Ragaller abgelehnten Selbstbezeichnungen werden damit direkt mit einem Risiko für andere Menschen verknüpft und queere Personen damit problematisiert und abgewertet.

28 Hier setzen Köhn und Spornraft-Ragaller fälschlicherweise Polyamorie und Pansexualität als romantische bzw. sexuelle Orientierung mit bestimmten sexuellen Verhaltensweisen, nämlich Promiskuität und der Nicht-Verwendung von Safer-Sex-Strategien, gleich.

7.9 Fazit

Welche Erkenntnisse lassen sich aus der Analyse von Lehrmaterialien ziehen, welche nicht?

In diesem Analyseschritt habe ich Lehrmaterialien aus dem Medizinstudium in Deutschland und der Schweiz²⁹ untersucht. Über die Gestaltung von Lehrveranstaltungen, über das gesprochene Wort in Vorlesungen, über den Alltag und die Kultur in Medizinstudiengängen und damit über Heteronormativität in Lehr-Interaktionen können damit keine Aussagen getroffen werden. Ich habe in Anschluss an Ludwik Fleck dargelegt, dass Lehrbüchern eine spezifische Funktion bei der Vermittlung von Wissen zukommt. Nach Fleck findet sich in Lehrbüchern das Wissen einer Disziplin in systematisierter Form, in Form von Denkzwängen und als wissenschaftliche Tatsachen (Fleck 1980 [1935], S. 157–158; Sabisch 2016, S. 15; Rosenberg 2021, S. 149). Ich habe hier also analysiert, inwiefern sich Heteronormativität in diesem systematisieren Lehrbuchwissen materialisiert. E-Learning-Materialien und Präsentationen können meiner Ansicht nach auf ähnliche Weise konzipiert werden, wobei Präsentationen zumeist nicht lektoriert oder korrigiert worden sind. Es wird in der Analyse auch ersichtlich, dass Präsentationen schneller und einfacher überarbeitet werden können und werden und damit auch gesellschaftliche Veränderungen schneller abbilden (wie z. B. die Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit).

Welche Normen zeigen sich in der Vermittlung von Lehrinhalten zu Sexualität und Geschlecht?

In den Lehrmaterialien zeigen sich viele Dimensionen von Heteronormativität, wie ich sie in Kapitel 2.4 aufgeführt habe: Studierenden wird beigebracht, dass es zwei klar voneinander abgrenzbare Geschlechter gebe, die Menschen essentiell innenwohnen, dass Geschlecht endo- und cisnormativ definiert sei, dass Geschlechterstereotype weiterhin gültig seien und dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern betont werden sollen. Sie lernen außerdem, dass das Geschlecht und die Sexualität (in Form von sexueller Orientierung, ausgeübten Sexualpraktiken, Sexual- und Reproduktionsverhalten) von Personen konstitutiv miteinander verwoben seien – es findet sich also eine erweiterte Version von Butlers (2016 [1991]) Konzept der heteronormativen Matrix. Sexualität wird in den Lehrmaterialien ausschließlich zwischen Männern und Frauen in Form von potentiell reproduktivem Penis-in-Vagina-Sex innerhalb romantischer und monogamer Beziehungen imaginiert, während queere Sexualität entweder unsichtbar ist oder als exzessiv, evolutionsbiologisch nutz-

²⁹ Da die analysierten Lehrmaterialien sowohl in Deutschland als auch der Schweiz genutzt werden, habe ich in der Analyse keine Unterschiede zwischen den Staaten herausgearbeitet.

los und (für sich selbst und für andere) gefährlich dargestellt wird. Während auf der rhetorischen Ebene die Akzeptanz von Homosexualität propagiert wird, präsentiert das Material heteronormative Strukturen und Marginalisierungen von queeren Personen, weswegen ich in Anlehnung an Angelika Wetterer (2003) von einer *Rhetorischen Akzeptanz* spreche. Strukturelle, die Gesellschaft durchziehende Heteronormativität ist so immer wieder in einzelnen, teilweise subtilen Formulierungen der Lehrmaterialien nachweisbar.

Wie zeigt sich Heteronormativität in medizinischen Lehrmaterialien?

In Kapitel 2 und 3 habe ich verschiedene Herrschaftstechniken von Heteronormativität vorgeschlagen. In den Lehrmaterialien konnten vor allem folgende Erscheinungsformen von Heteronormativität beschrieben werden: Queerness ist *erstens* in vielen Fällen im Material unsichtbar und es gibt keine spezifischen (außer pathologisierende) Inhalte zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt. Endogeschlechtlichkeit, Cisgeschlechtlichkeit, Allosexualität, ↗Alloromantik und Heterosexualität bleiben unhinterfragt als Normen bestehen. In jenen Inhalten, in denen sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt aufgegriffen werden, fehlt es *zweitens* an komplexen, d. h. multidimensionalen Darstellungen von queeren Personen, die stattdessen auf verschiedene Stereotype verengt werden (z. B. promiskuitive MSM oder fundamental unglückliche trans Personen). Geschlechtliche Vielfalt bleibt *drittens* medikalisiert und die Medizin ringt um den Erhalt der Kontrolle über trans und inter* Personen. Damit einhergeht, dass *viertens* transgeschlechtliche Existenzweisen auf eine Form normiert werden (z. B. dass alle trans Personen transitionieren und einer cisnormativen Erscheinung so nah wie möglich kommen wollen), während inter* Personen *fünftens* ebenfalls in cis- und endonormative Geschlechtervorstellungen in Bezug auf Aussehen und Reproduktion diszipliniert werden. Hierbei kommt auch in den Blick, dass trans und inter* Personen nicht nur hinsichtlich ihres Geschlechts, sondern in ihrer gesamten Existenz, in ihrem gesamten Sein medikalisiert werden. *Sextens* werden queere Personen in den Lehrmaterialien konstant sexualisiert und mit devianter Sexualität (u. a. Pädophilie, Inzest, ↗BDSM, sexueller Traumatisierung und sexueller Untreue) in Verbindung gebracht. *Siebtens* werden queere Menschen geothert, d. h. es wird eine Grenze zwischen queeren und nicht-queeren Menschen gezogen, wobei erstere sich an letzteren immer wieder messen und mit ihnen vergleichen müssen. Und *zuletzt* werden queere Menschen immer wieder problematisiert, d. h. ihre Existenz wird als ein Problem konstruiert, für das Lösungen oder Erklärungen gefunden werden müssen. Diese Problematisierung von Queerness verstärkt sich zirkulär, z. B. in Bezug auf schwule und lesbische Menschen, denen geschlechtsuntypisches Verhalten unterstellt wird.

Was wird Medizinstudierenden zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vermittelt?

Im Lehrmaterial zeigt sich insbesondere die Unsichtbarkeit der Vielfalt sexueller und romantischer Orientierungen: Heterosexualität gilt als unhinterfragter Normalzustand für Patient*innen, erhält aber als Spezifikum ebenfalls keine Aufmerksamkeit. MSM sind nur unter dem Vorzeichen von Risiko und Exzess sichtbar, während Bisexualität, Asexualität, Aromantik und Polyamorie fast vollständig unsichtbar sind. Bis auf eine Ausnahme finden sich dazu keinerlei affirmativen Inhalte, die Studierenden vermitteln, wie sie mit queeren Patient*innen umgehen können. Auch wenn Studierende sich ein Thema selbst aneignen wollen, finden sie über die Suchfunktion bei AMBOSS bzw. in den Stichwortregistern der Lehrbücher keine entsprechenden Inhalte. Des Weiteren werden Bisexualität, Asexualität, Aromantik und Polyamorie als legitime Orientierungen angezweifelt, herabgewürdigt und verworfen. All das führt dazu, dass das Lehrmaterial von heteronormativen Vorannahmen durchzogen ist, da grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass alle Patient*innen allosexuell, allromantisch, monogam und heterosexuell sind. Wie bereits beschrieben ist geschlechtliche Vielfalt fast vollständig medikaliert, wobei die Präsentationsfolien in Bezug auf Transgeschlechtlichkeit dies langsam aufweichen lassen.

Was wird nicht gelehrt? Zeigt sich ein heimlicher Lehrplan oder ein Null-Lehrplan?

Aufgrund der Unsichtbarkeit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in den analysierten Lehrmaterialien kann von einem Null-Lehrplan gesprochen werden, d. h. über diese Themen wird nichts gelehrt oder gelernt. Dies gilt auch für Heteronormativität als soziale Struktur und die Auswirkungen auf die Gesundheit queerer Personen, über die Medizinstudierende nichts lernen. Wie ich herausgearbeitet habe, liegt dies an der *Rhetorischen Akzeptanz* von Homosexualität, die eine Thematisierung von Marginalisierung verunmöglicht.

In Anschluss an Marie Murphys (2016) Ergebnisse kann auch für meine Analyse von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan gesprochen werden: Auch in den von mir analysierten Lehrmaterialien gelten Endogeschlechtlichkeit, Cisgeschlechtlichkeit, Allosexualität, Allromantik, Monogamie und Heterosexualität als normal, natürlich und werden nicht hinterfragt, während sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt entweder unsichtbar ist oder besonders herausgestellt wird (z. B. in Form der Medikalisierung bei Trans- und Intergeschlechtlichkeit). Heteronormativität wird damit in medizinischen Lehrmaterialien unauffällig und unbewusst materialisiert, aufrechterhalten und reproduziert, mit harmlos erscheinenden Auslassungen und Formulierungen.

Welche Konsequenzen kann das vermittelte Wissen haben?

Es ist schwierig bis unmöglich, Aussagen darüber zu treffen, welche Konsequenzen der heteronormativ-heimliche Lehrplan genau hat. Fest steht allerdings, dass das (heteronormative) Alltagswissen der Studierenden über Geschlecht und Sexualität in den Lehrmaterialien nicht grundlegend hinterfragt, reflektiert oder dekonstruiert wird und damit vermutlich bestehen bleibt. Dazu gehört auch, dass stereotypisierte Vorstellungen über queere Personen bestehen bleiben und ggf. zu einem »Bias in der Behandlung queerer Patient*innen führen. Medizinstudierende lernen auch kaum Inhalte zum spezifischen Umgang mit queeren Patient*innen, was sich ebenfalls auf die Behandlung auswirken kann.

Was gilt in den Lehrmaterialien als grundlegendes und gültiges Wissen?

Wie bereits in Bezug auf Flecks (1980 [1935]) Begriff der Lehrbuchwissenschaft dargestellt, versteh ich Lehrbücher als Medien, die das vorläufige Zeitschriftenwissen konsolidieren und richtiges und gültiges Wissen abbilden, um Lai*innen in ein Denkkollektiv einzuführen. Lehrbücher sind damit autoritative Texte. Aber sie bilden, wie ich ebenfalls dargestellt habe, Wissen nicht einfach neutral ab, sondern produzieren aktiv einen Wissenskanon. In ihm werden, um mit Berger und Luckmann (2007 [1980]) zu sprechen, Wirklichkeit und Wahrheit sozial konstruiert. Medizinstudierende lernen ein spezifisches Fachwissen, das als objektiv gilt und das z. B. ihre Interaktion mit Patient*innen vorstrukturiert. Darin eingelassen ist die Position von Ärzt*innen als Expert*innen über Gesundheit und Krankheit – aber auch über Geschlecht und Sexualität und ein damit verbundener Anspruch auf die Kontrolle von z. B. trans Personen. Dies gilt auch für die Präsentationen: Dozierende im Medizinstudium sind für die Studierenden Autoritätspersonen – und das, was sie lehren, hat damit großes Gewicht. Mit Miranda Frickers (2010) Konzept der hermeneutischen Ungerechtigkeit lässt sich zeigen, dass Wissen über queere Patient*innen (insbesondere selbst geschaffenes bzw. affirmatives Wissen) nicht Teil des Wissenskanons ist. Medizinstudierende lernen dies also nicht. Hermeneutische Ungerechtigkeit als Teil institutionalisierter epistemischer Gewalt heißt demnach, dass Medizinstudierende die Lebensrealitäten queerer Personen nicht kennen- oder verstehen lernen (vgl. Kidd und Carel 2017).

