

9. Fazit

In dieser Arbeit habe ich Heteronormativität in der Medizin untersucht – konkret, inwiefern Heteronormativität sich in der Medizin zeigt, welche Inhalte und Formen sie annimmt, mit welchen Techniken sie regiert, womit Heteronormativität begründet, legitimiert und reproduziert wird und schließlich inwiefern sie strukturiert, reguliert, privilegiert und marginalisiert. Kurzum: ich habe herausgestellt, wie Heteronormativität in der Medizin operiert und wie sie erhalten wird. In Kapitel 2.7 habe ich dargestellt, dass sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt am Beginn der 2020er-Jahre einerseits gesellschaftliche – insbesondere juristische – Anerkennung erfährt, gleichzeitig aber auch die Thematisierung sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt durch Abwertung und Bedrohung erschwert wird. Daher habe ich zusätzlich gefragt, wie die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgeht. Dabei habe ich die Analyse dieser Arbeit auf eine Beschäftigung mit der wissenschaftlichen Medizin in Deutschland und der Schweiz beschränkt und den Fokus auf Ärzt*innen als Akteur*innen gelegt (vgl. Kapitel 3.1). Mein Erkenntnisinteresse speiste sich insbesondere aus dem in Kapitel 3.6 ausgeführten (im Vergleich zur »endo- und »cisgeschlechtlichen, sowie »heterosexuellen, allosexuellen und -romantischen Bevölkerung) schlechten Gesundheitszustand und der schlechten gesundheitlichen Versorgung queerer Personen. Ein Ziel der Analyse war es also auch, festzustellen, ob und inwiefern eine Erklärung dieses schlechten Gesundheitszustands in struktureller Heteronormativität zu finden ist. Grundlegend hierfür ist die Einsicht, dass die Medizin ein besonderer Raum ist, der eigentlich für Schutz, Heilung und Hilfe steht – und dass Marginalisierung in der Medizin damit als *Sanctuary Harm* (Boudreau et al. 2022, S. 74) beschrieben werden kann.

9.1 Zentrale Ergebnisse

9.1.1 Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin?

Ich habe herausgearbeitet, dass Heteronormativität grundlegend in das Gesundheitssystem und in die Medizin als wissenschaftliche Disziplin eingeschrieben ist – und zwar auf allen *Ebenen*: von der systematisch-strukturellen Ebene bis hin zu kleinen und subtilen Interaktionen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Ich habe außerdem dargestellt, dass Heteronormativität in verschiedenen *Dimensionen* auftritt, die den ›Inhalt‹ von Heteronormativität bilden, d. h. die inhaltlichen Vorurteile, Annahmen, Stereotypisierungen und Narrative über sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen. Zuletzt habe ich sichtbar gemacht, dass Heteronormativität mit verschiedenen *Herrschaftstechniken* regiert, d. h. verschiedene Formen annimmt, wie bspw. Medikalisierung oder epistemische Gewalt, um sich zu durchzusetzen, zu legitimieren und erhalten zu bleiben. Dabei nimmt Heteronormativität verschiedene *Texturen* an, die Herrschaftstechniken materialisieren also Heteronormativität auf unterschiedliche Arten und Weisen, z. B. in medizinischen Dokumenten oder in der Einrichtung von Wartezimmern. Ich habe gezeigt, dass Heteronormativität in der Medizin besonders queere Menschen betrifft, letztendlich aber auf alle Menschen wirkt, was auch dazu beiträgt, Heteronormativität als Struktur aufrecht zu erhalten. Das Wissen um strukturelle Heteronormativität ist, wie ich ebenfalls ausgeführt habe, in der Medizin unsichtbar, da sich die Medizin grundsätzlich als neutral und objektiv versteht (vgl. meine Ausführungen zur Forscher*innen-Rolle in Kapitel 6.2), womit die Reflexion der eigenen Machtposition und der Eingebundenheit in gesellschaftliche Machtverhältnisse verunmöglicht wird.

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

Heteronormativität in der Medizin findet sich auf allen *Ebenen*: von grundlegenden (Vor-)Annahmen, die über die Körper, das Geschlecht, die »sexuelle Orientierung und Aktivität sowie die romantischen Beziehungen von Patient*innen in der »Anamnese getroffen werden, über die systematische Unsichtbarkeit und Unintelligibilität, z. B. von Asexualität und Nicht-Binarität in der Ausbildung von Mediziner*innen, bis hin zu kleinsten Interaktionen, Blicken, Bemerkungen und Gesten von Ärzt*innen, bei denen queere Patient*innen bspw. sexualisiert und damit marginalisiert werden. Die verschiedenen Ebenen von Heteronormativität sind außerdem voneinander abhängig, wie Küpper und Zick schreiben: »Vielmehr sind es Entscheidungen von Individuen, getragen von einer jeweiligen Haltung, die Regelungen, Gesetze und Strukturen schaffen, und umgekehrt prägen diese die Indivi-

duen« (Küpper und Zick 2015, S. 7). Auf allen Ebenen ist heteronormative Marginalisierung ein Spektrum zwischen expliziten, bewussten, ausgesprochenen Anrufungen am einen und subtilen, impliziten, alltäglichen, unbewussten Normen am anderen Ende (vgl. Kapitel 4.3).

Heteronormativität tritt in verschiedenen *Texturen* auf, in Form von verbalen Äußerungen, in Form von abschätzigen Gesten und Blicken, in Form von Zuschreibungen und Annahmen, in Form von Gefühlen (wie Mitleid und Sorge), in Form von Dokumenten (wie Anamnesebögen, Behandlungsrichtlinien oder Ärzt*innenbriefe) oder in Form von Einrichtungen von Warte- und Behandlungszimmern (bspw. die Auswahl von Informationsmaterialien, die die Lebensrealität queerer Personen abbilden) (vgl. Dean et al. 2016). Die Texturen von Heteronormativität sind dabei eng mit den Herrschaftstechniken verbunden; sie sind häufig Effekte der heteronormativer Herrschaftstechniken oder stützen diese.

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

In Kapitel 2.4 habe ich verschiedene Dimensionen von Heteronormativität konzipiert, die jeweils in zwei Varianten vorliegen: einmal als eher subtilere, normative Annahme (wie z. B. Mononormativität, bei der angenommen wird, dass alle Menschen »monosexuell sind, also nur Menschen eines Geschlechts anziehend finden können) und einmal als explizitere Abwertung (wie z. B. Bifeindlichkeit, also das Vorurteil, bisexuelle Menschen seien »promiskuitiv, unehrlich und infektiös oder die Weigerung, Bisexualität überhaupt als sexuelle Orientierung anzuerkennen). Die beiden Begriffe, normative Annahme und explizite Abwertung, sind also jeweils zwei Seiten derselben Medaille. Diese Dimensionen bilden gewissermaßen den »Inhalt« von Heteronormativität, d. h. die genauen Annahmen und Anforderungen an alle Menschen in einer heteronormativen Gesellschaft. Ohne ein Verständnis dieser normativen Annahmen ist Heteronormativität nicht fass- oder analysierbar. Diese Dimensionen sind untrennbar miteinander verwoben und verweisen aufeinander, weil Heteronormativität explizit Körper, Geschlecht, Reproduktionsfähigkeit, sexuelle Orientierung, sexuelle Aktivität und romantische Beziehungen als voneinander abhängig konzipiert (s. u.). Das bedeutet: In einer heteronormativen Gesellschaft wird angenommen, dass es ausschließlich zwei, hierarchisch zueinander positionierte Geschlechter gibt, die sich aus eindeutig vergeschlechtlichten Körpern ablesen lassen und mit bestimmten, intrinsischen und essentiellen Charakteristiken verknüpft sind (vgl. Degele 2005). Diese Geschlechtlichkeiten gehen mit spezifischen sexuellen Identitäten einher. Dabei wird nicht nur angenommen, dass alle Menschen heterosexuell sind, sondern auch, dass sie grundsätzlich sexuelle und romantische Anziehung gegenüber anderen spüren (können) und dass Liebesbeziehungen »monogam organisiert und wichtiger als andere zwischenmenschlichen

Beziehungen sind. Diese Annahmen gelten für alle Menschen, *until proven otherwise*. Diese Verwebung von Geschlecht, sexueller Aktivität sowie sexueller und romantischer Orientierung zeigte sich in meiner Analyse plastisch an der ärztlichen Frage in der »gynäkologischen Sexualanamnese ›Haben Sie einen Freund?‹. Dies macht deutlich, dass die verschiedenen Dimensionen von Heteronormativität nicht einzeln, bzw. getrennt voneinander analysiert werden können.

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

In Anschluss an Iris Marion Youngs Vorschlag der fünf »faces of oppression« (Young 1990, S. 39) habe ich in Kapitel 2.5 vorgeschlagen, verschiedene Herrschaftstechniken von Heteronormativität zu analysieren, wobei ich die inhaltliche Bestimmung auf meinen Untersuchungsgegenstand – die Medizin – zugeschnitten habe. Dabei, so habe ich ausgeführt, fungiert Ideologie als Herrschaftstechnik im doppelten Sinne als (Sicherheits-)Netz, das alle anderen Herrschaftstechniken überzieht. *Zum einen* hält sie alle Herrschaftstechniken zusammen und verbindet sie. *Zum anderen* sichert Ideologie als Herrschaftstechnik Heteronormativität in seiner Gesamtheit ab und legitimiert diese. Heteronormativität zeigt sich in meiner Analyse als machtvolle Ideologie, die sich durch die gesamte medizinische Arbeit zieht und die Weltansicht, Normen, Handlungen, Äußerungen und Annahmen des Denkkollektivs Medizin strukturiert. Heteronormativität wird gleichzeitig nicht als Ideologie erkannt, sondern bleibt unhinterfragt und unbewusst, was ihre Wirkmächtigkeit verstärkt. Folgende weitere Herrschaftstechniken habe ich vorgeschlagen und in Bezug auf die Medizin analysiert:

- *Epistemische Gewalt*, d. h. die Aberkennung von Wissen oder das Fehlen von epistemischen Ressourcen (vgl. Fricker 2010). Darunter fällt z. B. das Fehlen von Behandlungsrichtlinien für sexuell inaktive Patient*innen in der Gynäkologie. Als eine spezifische Form von epistemischer Gewalt habe ich *Definitionsmacht* gefasst, d. h. das Setzen und Bestimmen von Begriffen oder Definitionen aus einer Machtposition heraus über die Erlebnisse anderer. Definitionsmacht findet sich bspw. im wiederholten Ignorieren von Selbstbezeichnungen queerer Personen (vgl. Kapitel 7.5).
- *Othering* (vgl. Reuter 2002), d. h. die Unterscheidung in eigen und fremd bzw. anders. Darunter fällt u. a. die Setzung von Homosexualität als Teil einer exotischen Palette erotischer Spielarten (wie »BDSM) oder dämonisierter Sexualitäten (wie »Pädophilie) (vgl. Kapitel 7.6). In meiner Analyse habe ich außerdem herausgearbeitet, dass *Essentialisierung*, d. h. die Reduzierung einer Person(en-gruppe) auf ein (oder mehrere) bestimmte, angeblich natürliche oder ursprüng-

liche Merkmale, die das Wesen dieser Person(engruppe) vermeintlich grundlegend definieren (vgl. Mega 2018). Eine wichtige Voraussetzung von Othering ist, dass über die Zuschreibung essentieller Merkmale Ungleichheitsverhältnisse abgesichert und reproduziert werden. Zu Essentialisierung zählt z. B. die Zuschreibung, dass alle Frauen einen Kinderwunsch haben – und das daraus folgende Othering von Frauen ohne Kinderwunsch (vgl. Kapitel 6.5.2).

- *Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung*, d. h. die Auslassung oder den aktiven Ausschluss von Wissen über und Repräsentation einer bestimmten Gruppe. Dazu gehört auch, dass es in medizinischen Lehrmaterialien keine Informationen zum »STI-Risiko bei Sex zwischen Menschen mit Vulven gibt (vgl. Kapitel 7.3). Als eine Folge von Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung habe ich in Kapitel 8.3.2 *Unintelligibilität* gefasst, d. h., dass Asexualität in der Medizin nicht nur unsichtbar ist, sondern dass es Ärzt*innen gar nicht erst möglich erscheint, Asexualität zu verstehen und in der Behandlung mitzudenken.
- *Problematisierung*, d. h. das Verständnis eines Phänomens als ein Problem, das erklärungsbedürftig ist und für das Lösungen oder Ursachen gesucht werden können bzw. müssen (Foucault 1996, S. 178). Eine spezifische Form, die Problematisierung annehmen kann, ist *Medikalisierung*, d. h., dass als atypische bzw. normabweichend markierte Körper, Beziehungen, Sexualitäten, Geschlechter etc. als pathologisch verstanden und medizinischer Kontrolle unterworfen werden (müssen). Dazu gehört bspw. die Benennung des Phänomens in medizinischer Terminologie und die Suche nach biologischen Ursachen und medizinischen Lösungen. Medikalisierung, so habe ich in Kapitel 8.3.4 herausgearbeitet, ist sowohl für Mediziner*innen als auch für queere Personen eine Strategie, ein gesellschaftlich unsichtbares und ggf. unintelligibles Phänomen (wie z. B. Asexualität) zu benennen und zu verstehen. Weil also Ärzt*innen Asexualität nicht als legitime sexuelle Orientierung anerkennen bzw. anerkennen können, problematisieren und medikalisieren sie Asexualität, d. h. sie machen sie zum Gegenstand von (medizinischen) Erklärungsversuchen, Diagnosen und Therapien.
- *Normierung und Disziplinierung*, d. h. (teils subtile) Maßnahmen, mit denen normabweichende Personen wieder in Normen eingefügt werden können. Ich habe zwei Formen von Normierung und Disziplinierung in meiner Analyse herausgearbeitet: *Erstens* habe ich *Repronormierung* als Normierung bzw. Disziplinierung gefasst, d. h. das Einfügen von Menschen in normativ definierte Reproduktionserwartungen. Dies spiegelt sich u. a. in den Reproduktionserwartungen an Frauen ohne Uterus wider (vgl. Kapitel 6.5). *Zweitens* habe ich *Sexualisierung*, d. h. die Herabwürdigung von Menschen zu sexuellen Objekten bzw. das Zugänglichmachen eines sexualisierten Blicks auf Menschen in einem nicht-sexuellen Kontext (vgl. Nussbaum 2000) als Normierung bzw. Disziplinierung gefasst. Dies zeigt sich in der Empfehlung hypersexuellen Verhaltens

als Therapie für die Abweichung von Geschlechter- und Sexualitätsnormen (vgl. Kapitel 8.3.5).

Zusammengefasst regiert Heteronormativität in der Medizin also durch das Ignorieren und Othering marginalisierter Personen, die Aberkennung ihres Wissen, die Abwesenheit von (affirmativem) medizinischem Wissen über marginalisierte Gruppen, die Zuschreibung essentieller Wesensmerkmale, Unsichtbarmachung, Problematisierung und Normierung queerer Menschen sowie die Ausübung medizinischer Kontrolle. Während Heteronormativität in der Medizin alle Menschen trifft – unabhängig davon, ob sie Normen zu Geschlecht, Sexualität und romantischer Orientierung entsprechen –, treffen diese Herrschaftstechniken spezifisch queere Personen. Damit lässt sich die Medizin in Anschluss an Foucault als Normierungswissenschaft fassen (Foucault 1978d, S. 35), die (queere) Abweichungen in Körper und Psyche findet, unterscheidet, hierarchisiert, katalogisiert, überwacht, stigmatisiert, diszipliniert und bestraft (Foucault 2011 [1963], 1994 [1975], 1978d; vgl. Sohn 1999; Cauwer 2017; Hehlmann et al. 2018). Dadurch, dass Menschen immer wieder heteronormativ diszipliniert werden, wird Heteronormativität reaffirmiert und legitimiert. Sie bleibt bestehen und bildet die Voraussetzung für die weitergehende Normierung von Menschen in das vorgegebene Körper-, Geschlechter-, Sexualitäts-, Beziehungs- und Familiensystem. Wichtigste Voraussetzung für die medizinische Möglichkeit, überhaupt heteronormativ zu herrschen, sind das gesellschaftliche Prestige des Ärzt*innen-Berufes (vgl. Freidson 1970), die gesellschaftliche Autorität von Ärzt*innen und das (inhärente) Machtverhältnis zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen. Heteronormativität wird u. a. dadurch in der Medizin aufrechterhalten, dass sie dort nicht explizit in den Blick kommt und kein Wissen über Heteronormativität vermittelt wird. Dadurch kann sie auch nicht reflektiert oder dekonstruiert werden, sondern bleibt unhinterfragt.

In dieser Arbeit habe ich angelehnt an Andrea Maihofer den Begriff der Existenzweise als »historisch bestimmte Art und Weise zu *existieren*« (Maihofer 1997, S. 85 [HiO]) benutzt bzw. von queeren Existenzweisen gesprochen, um eine historisch spezifische, in bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse eingebundene Art, queer zu sein, zu beschreiben (vgl. Schirmer 2013). In Kapitel 2.5.9 habe ich argumentiert, dass heteronormative Macht mit Foucault (1978a) gedacht nicht (nur) repressiv wirkt, sondern (auch) produktiv. Damit meint Foucault, dass über Herrschaftstechniken wie z. B. Problematisierung sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen erst hervorgebracht werden. Queere Menschen existieren in einer Gesellschaft, die durch die Medizin und ihre Wissensbestände geprägt ist. An queeren Menschen als Abgrenzungsfolie wird normative Geschlechtlichkeit und Sexualität definiert (Foucault 2014 [1976], S. 47).

Die Möglichkeiten, als queere Person in dieser Gesellschaft zu existieren, sind also maßgeblich durch die Medizin geprägt – das gilt auch für die 2020er Jahre.

Bspw. ist Intergeschlechtlichkeit grundlegend medikalisiert: Die Terminologie ist medizinisch geprägt und inter* Personen werden von der Medizin in endonormative Erwartungen zu Körpern, Geschlecht, sexueller Orientierung und Reproduktion normiert. Auch trans Personen sind nach wie vor auf die Medizin angewiesen, um medizinisch und rechtlich ↗transitionieren zu dürfen und zu können.

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

Die Vielfalt sexueller Orientierungen ist zumindest an manchen Stellen sichtbar – an einigen Stellen finden sich (wenn auch meist problematisierende) Darstellungen von Homo- und Bisexualität. Wie ich unter dem Begriff *Rhetorische Akzeptanz* (vgl. Wetterer 2003) gefasst habe, wird insbesondere Homosexualität vordergründig akzeptiert; gleichzeitig finden sich weiterhin Berührungsängste, affektive Aufladungen und die Gleichsetzung von Homosexualität mit Perversion, ↗Fetisch und unmoralischem Verhalten. Heterosexualität bleibt so unhinterfragt als Norm bestehen (vgl. Degele 2005). Das Konzept romantischer Orientierung bzw. romantischer Vielfalt ist dagegen fast vollständig unsichtbar. Geschlechtliche Vielfalt ist in der Medizin zwar sichtbar, allerdings fast ausschließlich auf eine medikalisierende und problematisierende Weise. Die Geschlechterbinarität ist in der Medizin omnipräsent: Geschlecht wird cis- und endonormativ definiert; Organe, Körperflüssigkeiten und -funktionen werden permanent vergeschlechtlicht; Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden betont und trans- und intergeschlechtliche Menschen werden ↗pathologisiert.

Die verschiedenen heteronormativen Herrschaftstechniken führen dazu, dass in der Medizin mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt auf drei verschiedene Weisen umgegangen wird: *Erstens* sind einige spezifische sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen (wie bspw. Asexualität oder Nicht-Binarität) in der Medizin unsichtbar und unintelligibel. Über sie existiert kein Wissen. *Zweitens* sind andere spezifische sexuelle, romantische und geschlechtliche Existenzweisen hypervisibel, sie sind also z. B. in der medizinischen Lehre merklich präsent (wie z. B. MSM oder Intergeschlechtlichkeit). Sie werden häufig *geothert*, d. h. bspw. exotisiert. In beiden Fällen, Unsichtbarkeit und Hypervisibilität, reagiert die Medizin mit Normierung und Disziplinierung auf Abweichungen von der Norm, d. h. vor allem mit Medikalisation. In der Medizin fehlen *drittens* komplexe, d. h. multidimensionale Darstellungen von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt. Stattdessen werden queere Personen häufig auf eine Art zu existieren festgeschrieben – wie z. B. die Festschreibung von trans Personen auf Leiden und ↗Dysphorie.

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

In meiner Analyse von Heteronormativität in der Wissensproduktion bzw. Forschung, der Wissensweitergabe bzw. Lehre und Wissensanwendung bzw. Behandlungspraxis der Medizin ist Wissen eine zentrale Kategorie. Ich habe für die Analyse die Medizin mit Ludwik Fleck (1980 [1935]) als ein Denkkollektiv gefasst, das einen bestimmten Denkstil ausbildet. In diesem medizinischen Denkstil ist Geschlecht binär, endo- und cisnormativ definiert und geschlechtliche Vielfalt pathologisiert. Während Wissen über die Existenz unterschiedlicher sexueller Orientierungen zur Verfügung zu stehen scheint, ist dieses unterkomplex und häufig problematisierend und stereotypisierend. So bilden bspw. die Fluidität sexueller Orientierung und die Vielfalt von Selbstbezeichnungen eine Leerstelle im medizinischen Wissen. Wissen über die Vielfalt romantischer Orientierungen und einvernehmlicher Nicht-Monogamie scheint in der Medizin nicht zu existieren. Ganz besonders in der medizinischen Lehre zeigt sich, dass explizite Inhalte zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, zur Lebenssituation queerer Personen, zur gesamtgesellschaftlichen Marginalisierung von queeren Personen und zur queeren Community (z. B. als Raum, in dem queere Menschen Unterstützung und Akzeptanz erfahren können) fehlen. Das gelehrte Wissen ist zudem häufig (z. B. in Bezug auf STI-Risiken) nicht auf alle queeren Personen anwendbar. Queere Patient*innen erscheinen so in der medizinischen Lehre (außerhalb medikalischer Inhalte) als irrelevant (vgl. Robertson 2017) bzw. bleiben für Medizinstudierende unintelligibel und damit unbehandelbar (Murphy 2016).

Die Wissensbestände über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt, die bspw. in der Geschlechterforschung oder in queeren Aktivismen existieren, scheinen keine Brücke zu dem Wissen schlagen zu können, das in der Medizin produziert, gelehrt oder angewandt wird. Es existiert also kaum ein Wissenstransfer über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in die Medizin hinein. Gleichzeitig wird Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt bzw. Wissen von queeren Menschen über sich selbst kaum anerkannt bzw. offen abgewertet (siehe Kapitel 7.8). Queerer Aktivismus, der affirmatives Wissen über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt schaffen will, wird an einer Stelle sogar als Bedrohung für gute wissenschaftliche und evidenzbasierte Arbeit dargestellt (Bosinski et al. 2021b, 389). Es lässt sich also epistemische Gewalt (Fricker 2010) in der Medizin in Bezug auf sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt nachweisen. Eine Ausnahme bilden hier vereinzelte Präsentationen, die ich in Kapitel 7 analysiert habe. In diesen wird u. a. auf gesellschaftliche Marginalisierung nicht-binärer Personen und deren Folgen aufmerksam gemacht. Ich vermute aber, dass sich dies auf das Engagement einzelner Lehrender und nicht auf eine

vollständige Transformation der medizinischen Wissensbestände bzw. Haltungen in Bezug auf Transgeschlechtlichkeit zurückführen lässt.

Obwohl Ärzt*innen gesellschaftlich und innerhalb der Medizin als neutrale und objektive Expert*innen für u. a. Trans- und Intergeschlechtlichkeit gelten, zeigt sich, dass medizinisches Wissen nicht neutral oder objektiv ist. Mit Foucault (1978b; vgl. Schroer und Wilde 2016) gesprochen stellt es stattdessen eine *Normalisierungstechnologie* dar, die den Unterschied zwischen Normalität und Abweichung kennzeichnet und einer Disziplinierung zugänglich macht. So habe ich bspw. darauf aufmerksam gemacht, dass Lehrbüchern eine wichtige Funktion bei der Strukturierung, Repräsentation, Steuerung und Differenzierung von Lerninhalten zukommt (Fuchs und Henne 2019, S. 841). Sie bilden Wissen nicht einfach neutral ab, sondern produzieren einen Kanon anerkannten Wissens, je nachdem, welche Inhalte sie wie aufgreifen (Bittner 2011, S. 13; Höhne und Heerdegen 2018, S. 241).

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

Wie ich dargestellt habe (vgl. Kapitel 2.7), ist Heteronormativität kein starres Normengefüge, sondern verändert sich stetig, wobei sich einige Aspekte modernisieren und ändern und andere persistieren (Maihofer 2014; Nay 2017; Woltersdorff 2019). Während auf der einen Seite einige heteronormative Normen rigide bestehen bleiben (z. B. die anhaltende Medikalisierung von Intergeschlechtlichkeit), flexibilisieren sich gleichzeitig andere Teile von Heteronormativität (Engel 2002, S. 72–76). Dies habe ich u. a. mit dem Konzept *Rhetorischer Akzeptanz* (vgl. Wetterer 2003) analysiert. Mit diesem Begriff beschreibe ich, dass sich zwar auf der sprachlichen Ebene eine akzeptierende Haltung gegenüber Homosexualität findet, sie aber trotzdem als erklärungsbedürftig und anders konzipiert wird. Als Konsequenz wird verunmöglicht, über frühere und anhaltende Marginalisierung in und durch die Medizin zu sprechen. So wird eine postheteronormative Welt in der Medizin simuliert, die so allerdings nicht existiert. Außerdem wird so medizinische Macht erhalten.

9.1.8 Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das gesundheitliche Handeln queerer Menschen aus?

Ich habe in Kapitel 3.6 dargestellt, dass der physische und psychische Gesundheitszustand von queeren Menschen und ihre Gesundheitsversorgung suboptimal sind. Ich habe außerdem darauf hingewiesen, dass queere Menschen spezifische gesundheitliche Anliegen haben, die die Medizin häufig nicht abdeckt. Bei der regulären Gesundheitsversorgung erleben queere Menschen Marginalisierung (vgl. Kapitel 8).

Kontakte mit dem Gesundheitssystem bedeuten für sie häufig eine emotionale Belastung (vgl. Kapitel 8). Marginalisierungserfahrungen bzw. die Angst vor solchen Erfahrungen verhindern Vertrauen in die Medizin und beschränken oder verhindern Kontakte mit dem Gesundheitssystem. Dieses wird also gerade nicht als Ort der Heilung und des Schutzes erlebt, sondern als Raum, in dem potenziell marginalisierende Erfahrungen gemacht werden, während sich queere Patient*innen in einer äußerst vulnerablen Rolle und Position befinden. Wie ich in Kapitel 8 gezeigt habe, empfinden sich queere Patient*innen als schwächere Konfliktpartei gegenüber dem Gesundheitssystem, die sich schützen und wehren muss. Dabei wurde deutlich, dass dies teilweise durch Heteronormativität in der Medizin erklärt werden kann.

So habe ich herausgearbeitet, dass Medizinstudierenden kaum Wissen über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vermittelt wird und sie nicht dazu befähigt werden, queere Patient*innen affirmativ und spezifisch auf ihre Lebenssituation abgestimmt zu behandeln. Ohne spezifisches Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt wird es allerdings für Medizinstudierende kaum möglich sein, ihr Alltagswissen über Geschlecht, Sexualität und romantische Beziehungen zu reflektieren, zu dekonstruieren und zu erweitern, sowie das eigene klinische Handeln zu reflektieren und nicht-heteronormative Behandlungspraxen zu etablieren.

9.1.9 Umgangs- und Handlungsstrategien queerer Menschen

Da ihre Gesundheitsversorgung nicht auf sie abgestimmt ist, müssen queere Personen selbst Strategien entwickeln, um angemessen behandelt zu werden. Als eine zentrale Anforderung habe ich *Health Literacy* hervorgehoben. Das bedeutet: Queere Personen müssen einschätzen können, welche Informationen sie ihren Ärzt*innen wie vermitteln müssen. Weiterhin müssen sie ggf. selbst Recherche betreiben und die Relevanz von Gesundheitsinformationen einzuschätzen lernen. Diesen Aufwand habe ich unter dem Begriff »*Mental Load*« zusammengefasst. Darunter fallen bspw. auch die ausführlichen Überlegungen, die queere Patient*innen vor einem »Coming Out bei Ärzt*innen anstellen (müssen). Dies bedeutet auch, dass queere Menschen im Kontakt mit dem Gesundheitssystem für sich selbst eintreten müssen, d. h. »*Self Advocacy*« betreiben müssen, um eine angemessene Behandlung erhalten zu können. Außerdem müssen queere Personen emotionale Arbeit in Form von *Self Care* leisten, um Stress, Anspannung, Angst, Wut und andere Gefühle zu verarbeiten, die für sie aus Kontakten mit dem Gesundheitssystem entstehen. Andere Möglichkeiten des Umgangs mit dem heteronormativen Gesundheitssystem sind der Rückgriff auf *Community Care* (vgl. Kapitel 8; Sharman 2016; Seeck 2021), wie z. B. die gegenseitige Empfehlung queerfreundlicher Ärzt*innen.

9.2 Rückbezug zum Forschungsstand

9.2.1 Identifizierte Forschungslücken

In der Einleitung habe ich vier Lücken im aktuellen Forschungsstand zu Heteronormativität in der Medizin identifiziert, zu deren Schließung ich mit dieser Arbeit beitragen wollte. Deshalb habe ich *erstens* den Fokus auf Heteronormativität im deutschen und schweizerischen Gesundheitssystem gelegt und damit die spezifische Situation queerer Patient*innen in Deutschland und der Schweiz analysiert. *Zweitens* habe ich drei Teilbereiche der Medizin – Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis – in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen in den Blick genommen. Ich habe bspw. herausgearbeitet, dass sowohl der Produktion neuen Wissens als auch der Vermittlung von etabliertem Wissen und der Anwendung gelerntem Wissen heteronormative Annahmen zugrunde liegen, die sich auf die Körper, Geschlechter, Sexualitäten und Beziehungen von Patient*innen beziehen. *Drittens* habe ich gezeigt, dass die verschiedenen Dimensionen von Heteronormativität (s. o.) nicht ohneinander versteh- oder analysierbar sind und daher in einer umfassenden Analyse von Heteronormativität die ganze Komplexität sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt mitgedacht werden muss. *Viertens* konnte meine Analyse nahelegen, dass der schlechtere Gesundheitszustand und die schlechtere Gesundheitsversorgung queerer Personen auch durch Heteronormativität im Gesundheitssystem zu erklären ist (s. u.).

Das Ziel dieser Arbeit war, Heteronormativität in der Medizin zu analysieren. Damit trage ich zur Schließung der Lücke bei, die Kritiker*innen aus Gender- und Queer Studies in der Analyse von Heteronormativität identifiziert haben: Das Konzept sei kaum analytisch ausgearbeitet (Klapeer 2015, S. 26; Nay 2017, S. 283), bzw. es sei unklar, wie Heteronormativität als Machtform operiert, mit welchen Techniken sie regiert und wie sie sich selbst reproduziert (Bargetz und Ludwig 2017, S. 119–120). Ich habe kleinteilig ausgeführt, welche Inhalte (Dimensionen), Formen (Herrschaftstechniken) und Materialisierungen (Texturen) Heteronormativität in der Medizin annimmt, auf welchen Ebenen sie sich findet, womit sie begründet, legitimiert und reproduziert wird und wie Heteronormativität strukturiert, reguliert, privilegiert und marginalisiert – kurz: wie Heteronormativität in der Medizin operiert und wie sie erhalten wird. Damit habe ich in dieser Arbeit einen systematischen Versuch vorgelegt, Heteronormativität anhand verschiedener Dimensionen, Herrschaftstechniken, Texturen und Ebenen analysierbar zu machen. Ich habe beide sich gegenseitig konstituierenden Seiten von Macht in den Blick genommen: sowohl die alltägliche Wirkmächtigkeit, die ihre Macht nicht aus dem Zwang, sondern der Zustimmung der Individuen zieht (vgl. Ludwig 2011, S. 50–52), als auch gesellschaftliche und institutionelle Zwänge und Gewalt, die sich aus konkreten Normen herleiten.

9.2.2 Heteronormativität als theoretisches und analytisches Konzept – Vorschlag einer Erweiterung

In Kapitel 2.2 habe ich ausgeführt, wie Judith Butler (2016 [1991]) Heteronormativität bzw. die heterosexuelle Matrix konzipiert, nämlich als konstitutive Verwebung von Geschlecht (im Sinne von *sex* und im Sinne von *gender*) und sexueller Orientierung (*desire*). Diese Verbindung zeigte sich häufig in meinem Material, wie z. B. im Konzept der sexuellen Identität in der Medizin, das ich in Kapitel 7 ausgeführt habe. Hierbei gelten bspw. sexualisierte Berührungen an vergeschlechtlichen Körperteilen als geschlechtsaffirmierend. Sexualverhalten, das sich aus dem eigenen Geschlecht speist, wird als geschlechtsspezifisch gefasst und muss damit kongruent sein. Wiederholt wurde in meiner Analyse aber auch deutlich, dass Heteronormativität über Butlers Konzeption hinaus auch weitere Kategorien miteinander verknüpft:

Erstens wird in einem heteronormativen System vorausgesetzt, dass mit einem bestimmten Geschlecht und einer bestimmten sexuellen Orientierung auch bestimmte sexuelle Praktiken bzw. bestimmte Formen sexueller Aktivität verbunden werden, weswegen ich wiederholt auf Rachel Epsteins (2018, S. 1047) Erweiterung von Butlers Triade verwiesen habe: »sex = gender = sexual orientation = sexual practices«. In einem heteronormativen System wird Geschlecht also nicht nur mit einer Art zu begehren (sexueller Orientierung bzw. *desire*) konstitutiv verwoben, sondern auch mit der Art, sexuell aktiv zu sein. So wird angenommen, dass sexuelle Aktivität zwischen Männern und Frauen Penis-in-Vagina-Sex bedeutet¹, während andere Sexualpraktiken entweder unsichtbar sind oder als Teil einer exotischen Palette erotischer Spielarten Penis-in-Vagina-Sex zwar ergänzen, aber nicht ersetzen können. Daher richtet sich auch die medizinische Beschäftigung mit »Safer Sex, also dem Schutz vor STIs und ungewollten Schwangerschaften, an Penis-in-Vagina-Sex aus.

Zweitens beinhaltet Heteronormativität auch die grundsätzliche Erwartung, dass erwachsene Menschen sexuell aktiv sind oder sein wollen. *Desire* bedeutet also nicht nur, auf eine bestimmte Art (d. h. heterosexuell) zu begehren und bestimmte sexuelle Praktiken durchzuführen (d. h. Penis-in-Vagina-Sex), sondern grundsätzlich Interesse an sexueller Interaktion zu haben (d. h. allosexuell zu sein). In eine intelligibel vergeschlechtlichte Existenzweise ist sexuelles Begehren per se bereits eingeschrieben und asexuelle oder nicht sexuell aktive Personen sind in einem heteronormativen System grundlegend verdächtig.

1 Dagegen, so würde ich argumentieren, wird Sexualität zwischen Männern bzw. zwischen Menschen mit Penis grundsätzlich als Analsex imaginiert, während Sexualität zwischen Frauen bzw. Sex zwischen Menschen mit Vulven unintelligibel bleibt.

Drittens wird, wie ich unter dem Begriff Repronormierung herausgearbeitet habe, außerdem grundsätzlich erwartet, dass alle Menschen einen Kinderwunsch haben. Ein Teil heteronormativer Disziplinierung besteht dementsprechend darin, Menschen in diese spezifische Form und Vorstellung von Familie(ngründung) zu normieren. Hieran zeigt sich, dass von Heteronormativität auch endogeschlechtliche, cisgeschlechtliche, allosexuelle und heterosexuelle Personen normiert werden. Mit der Erwartung von Reproduktion per se ist außerdem die Erwartung verbunden, dass Menschen sich gemäß ihrem Geschlecht fortpflanzen, z. B. darin, dass Frauen ein Schwangerschaftswunsch unterstellt wird oder dass trans Männern unterstellt wird, sie würden, wenn es möglich wäre, Kinder zeugen (und nicht etwa selbst schwanger werden) wollen.

Viertens wird in einem heteronormativen System eine spezifische Form einer romantischen Beziehung vorausgesetzt. *Desire* reguliert damit nicht nur die Art zu begehren, die sexuellen Praktiken und die grundlegende Anwesenheit sexueller Anziehung, sondern auch den Rahmen, in dem eine Person begehren soll. Wie in meiner Analyse erkennbar ist, wird grundlegend vorausgesetzt, dass Sexualität innerhalb einer stabilen und monogamen Beziehung zwischen zwei Menschen stattfindet. Polyamorie und Aromantik bilden bei der Konzeption von Sexualität und Beziehung das konstitutive Außen.

In meiner Analyse habe ich wiederholt herausgestellt, dass Heteronormativität die konstitutive Verwebung von Geschlecht und Sexualität auf verschiedenen Ebenen bedeutet: Unter dem Überbegriff Geschlecht werden dann u. a. vergeschlechtlichte Körperteile, -funktionen und -flüssigkeiten, Reproduktionsfähigkeit, Geschlechtsidentität, -rolle und -ausdruck, Geschlechterstereotypen und -essentialisierungen zusammengefasst, wobei Geschlecht binär und hierarchisch konzipiert wird. Geschlecht wird außerdem mit Sexualität (d. h. sexuelle Orientierung, sexuelle Aktivität, Anwesenheit sexueller Anziehung sowie romantische Beziehungsorganisation und -form) konstitutiv verwoben. Es ist also zu kurzgefasst, Heteronormativität z. B. nur als die Regulierung von sexueller Orientierung und Geschlecht(-sidentität) zu deuten – in einer Analyse von Heteronormativität müssen all diese Dimensionen von Geschlecht und Sexualität als gesellschaftliche Konstrukte und in ihrer konstitutiven Verwebungen mitgedacht werden.

Abschließend verstehe ich Heteronormativität also im Anschluss an Judith Butler (2016 [1991]), Nina Degele (2005), Andrea Maihofer (2015) und Rachel Epstein (2018) als ideologisch abgesichertes, soziales System. In ihm werden verschiedene normative Annahmen zu Geschlecht, Sexualität und romantischen Beziehungen untrennbar und konstitutiv miteinander verwoben und Menschen, die von diesen Normen abweichen, werden marginalisiert. Heteronormativität ist ein binäres, hierarchisch organisiertes Geschlechtersystem, in dem Geschlecht biologistisch und essentialistisch verstanden wird. Diesem System ist die Annahme inhärent, dass das körperliche Geschlecht mit der Geschlechtsidentität, dem Geschlechts-

ausdruck und der Geschlechterrolle eines Menschen übereinstimmt – und dass in dieses Geschlecht auch eine spezifische sexuelle Identität eingeschrieben ist. Allen Menschen wird zugeschrieben, reproduktionsfähig zu sein und einen Reproduktionswunsch zu haben. Außerdem wird angenommen, dass alle erwachsenen Menschen in einer monogam organisierten romantischen Beziehung leben oder leben wollen. Heteronormativität drückt sich aber darüber aus, dass alle Menschen als heterosexuell und allosexuell imaginiert werden, womit die Erwartung bestimmter sexueller Praktiken verknüpft wird. Heteronormativität zeigt sich auf allen gesellschaftlichen Ebenen, materialisiert sich bspw. in Vorurteilen oder Dokumenten und setzt sich mit Techniken wie epistemischer Gewalt oder Othering queerer Menschen durch.

9.3 Beitrag zur theoretischen Diskussion

9.3.1 Matrix zur Analyse von Heteronormativität

Anschließend an meine Weiterentwicklung des Butlerschen (2016 [1991]) Konzepts von Heteronormativität schlage ich nun eine Analysematrix vor, um Heteronormativität als theoretisches und analytisches Konzept auch auf andere Untersuchungsgegenstände als die Medizin anwendbar zu machen. Ich konzipiere dafür vier zentrale Aspekte: Dimensionen, Ebenen, Texturen und Herrschaftstechniken von Heteronormativität. Insbesondere bei den vorgeschlagenen Herrschaftstechniken gilt es natürlich, diese auf den jeweiligen Forschungsgegenstand anzupassen und zu erweitern. Das von mir vorgeschlagene Analyseraster geht auf mindestens zwei Aspekte nicht ein: Akteur*innen und ihre Handlungsmacht sowie Auswirkungen von Heteronormativität auf verschiedene Akteur*innen. Diese Aspekte habe ich in meiner Analyse nicht vertieft; sie müssten durch weiterführende Forschung zu Heteronormativität gefüllt und systematisiert werden.

Tabelle 3: Matrix zur Analyse von Heteronormativität

Aspekt	Funktion	Explanatorische Formen	Analysefragen
Dimensionen	Analyse der Inhalte von Heteronormativität, d. h. welche normativen Anforderungen an Menschen gestellt werden und welche Abwertungsformen gegenüber queeren Personen existieren.	Geschlechterbinarität, Geschlechterverhältnis, Heterosexismus, Homofeindlichkeit, Cisnormativität, Transfeindlichkeit	Welche Inhalte hat Heteronormativität? Welche heteronormativen Narrative, Stereotype und Auslassungen finden sich? Welche Aspekte menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität verwebt Heteronormativität konstitutiv miteinander?
Ebenen	Analyse verschiedener Ebenen von Heteronormativität, d. h. zu untersuchen, inwiefern Heteronormativität strukturell in die Gesellschaft bzw. in spezifische Institutionen eingewoben ist bzw. inwiefern Heteronormativität in der Interaktion zwischen Individuen relevant wird.	Mikroebene Mesoebene Makroebene	Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität? Welche unterschiedlichen Wirkungen hat Heteronormativität auf diesen (verschiedenen) Ebenen? Wie wirken diese Ebenen zusammen?
Herrschaftstechniken	Analyse der Wirkungsweisen von Heteronormativität, d. h. zu untersuchen, welche Formen Heteronormativität auf welcher Ebene und mit welcher Textur annimmt, mit welchen Mitteln Heteronormativität legitimiert und aufrechterhalten wird, wie Heteronormativität spezifische Gruppen von Menschen privilegiert und marginalisiert.	Ideologie Epistemische Gewalt Othering Unsichtbarmachung Problematisierung Normierung	Welche Formen nimmt Heteronormativität an? Wie wird Heteronormativität legitimiert? Wie privilegiert und marginalisiert Heteronormativität spezifische Gruppen von Menschen? Wie wird Heteronormativität aufrechterhalten?
Texturen	Analyse der Materialisierungen von Heteronormativität, d. h. darzustellen, welche immateriellen oder materiellen Formen Heteronormativität annimmt.	Äußerungen Dokumente Inneneinrichtung	Wie materialisiert sich Heteronormativität konkret? Wie schreibt sich Heteronormativität in Strukturen ein?

9.3.2 Heteronormativität in der Medizin als Erklärungsmodell für die schlechte Gesundheitsversorgung und den schlechten Gesundheitszustand queerer Menschen

Marie Murphy schreibt in ihrer Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Lehre:

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

In einem gemeinsamen Artikel haben Ann Kristin Augst und ich (2023), u. a. auf Basis erster Analyseergebnisse der Gruppendiskussionen aus meiner Arbeit, einen Vorschlag für ein entsprechendes Erklärungsmodell entwickelt, das ich hier präsentiere. In unserem Artikel stellen wir drei zusammenhängende Erklärungsansätze für die schlechte Gesundheitsversorgung und den schlechten Gesundheitszustand queerer Menschen vor, die alle in Heteronormativität wurzeln: *erstens* Minoritätenstress, *zweitens* Ausbildungsdefizite und fehlendes Fachwissen unter Ärzt*innen zu angemessener und affirmativer Gesundheitsversorgung queerer Menschen, sowie *drittens* (antizipierte) Marginalisierungserfahrungen und daraus folgende Vermeidung von Kontakten mit dem Gesundheitssystem. Diese sind sicherlich nicht die einzigen Erklärungsansätze; uns erscheinen sie aber für unsere Fragestellung als die zentralen drei, da sie Marginalisierung in- und außerhalb der Medizin bedenken, die Spezifität der Patient*innen-Position einbeziehen und Wissen als eine zentrale Kategorie setzen. Es ist zwar unmöglich, zwischen Heteronormativität und dem Gesundheitszustand sowie der Gesundheitsversorgung queerer Personen kausale Verknüpfungen empirisch nachzuweisen, es handelt sich aber um plausible Korrelationen und Folgen.

Erstens: Das Minoritätenstressmodell nach Ilan Meyer (2003) gilt heute als das bedeutendste theoretische Erklärungsmodell für den psychischen Gesundheitszustand queerer Menschen (Ott et al. 2017). Meyer nennt die Verbindung aus externer Heteronormativität (d. h. gesellschaftlicher Stigmatisierung und (erwarteter) Erfahrungen von Gewalt und Marginalisierung) und internalisierter Heteronormativität (z. B. in Form internalisierter Homofeindlichkeit) *Minoritätenstress*. Das Minoritätenstressmodell fokussiert also den sozial verursachten, chronischen Stress, den Angehörige von Minderheiten zusätzlich zu alltäglichem Stress erleben (Meyer 2007; Garcia Nuñez und Schneeberger 2018, S. 174; Göth 2021). Daraus folge, so Meyer, bei Angehörigen einer Minderheit eine erhöhte Wachsamkeit, Angst, Miss-

trauen und Entfremdung. Der mit diesem chronischen Stress einhergehende Energieaufwand kann sich negativ auf das Immunsystem,² das neuro-endokrinologische System und das Herz-Kreislaufsystem (Hatzenbuehler et al. 2014; Barkan 2021, S. 101–106; Komlenac 2021, S. 59) auswirken, zu gesundheitsschädlichen Coping-Mechanismen wie Rauchen oder Alkoholkonsum führen (Scout 2019, S. 148–149) und damit die schlechtere gesundheitliche Lage queerer Menschen (mit-)erklären (Wolf 2004, 126–129; Meyer 2007). Das heißt, das Erleben von Heteronormativität in- und außerhalb der Medizin führt zu Stress, der wiederum Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit queerer Menschen hat.

Zweitens: Wie ich in dieser Arbeit gezeigt habe, gibt es merkliche Ausbildungsdefizite in Bezug auf die angemessene, sensible und affirmative Gesundheitsversorgung queerer Menschen und in der Folge fehlt Ärzt*innen entsprechendes Fachwissen, z. B. auch zu spezifischen Gesundheitsanliegen und -risiken queerer Personen. Fehlendes Fachwissen ist auch darauf zurückzuführen, dass Ärzt*innen annehmen, die sexuelle bzw. romantische Orientierung oder das Geschlecht eines*iner Patient*in hätte keinen Einfluss auf die gesundheitliche Lage einer Person (Europäische Union 2017b, S. 39). Heteronormativität zeigt sich hier u. a. darin, dass die gesundheitlichen Anliegen queerer Personen als irrelevant markiert (Robertson 2017) bzw. unsichtbar sind (Fricker 2010) und dass zur Versorgung queerer Personen häufig keine Behandlungsrichtlinien existieren. Damit ist die Versorgung queerer Patient*innen nicht Teil des relevanten, ›wahren‹ und ›wichtigen‹ Wissens innerhalb des Denkkollektivs Medizin (Fleck 1980 [1935]; Berger und Luckmann 2007 [1980]). Fehlendes Fachwissen über die Behandlung queerer Patient*innen kann zu Behandlungsfehlern und -defiziten führen, die wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit queerer Menschen haben.

Drittens: Queere Personen erleben in der medizinischen Versorgung heteronormative Marginalisierung bzw. antizipieren diese. Deswegen begegnen sie Ärzt*innen oft mit Vorsicht und Misstrauen und beobachten ihre Umgebung, das Setting und das Verhalten des medizinischen Personals, um ihre eigene Sicherheit abschätzen zu können (Wolf 2004; Dennert und Wolf 2009; Pohlkamp 2014, S. 295). Wie ich in dieser Arbeit deutlich gemacht habe, befürchten bspw. asexuelle Patient*innen eine Medikalisierung ihrer Identität. Sie haben also Angst, dass Ärzt*innen eher die Gründe für ihre sexuelle Orientierung herauszufinden oder diese ›heilen‹ wollen statt tatsächlich das Problem zu behandeln, dass den*die Patient*in zu ihnen geführt hat (Foster und Scherrer 2014, S. 426). Heteronormativität zeigt sich hier darin, dass queere Patient*innen die Medizin nicht als einen sicheren Ort wahrnehmen, in dem sie Schutz und Heilung erleben können. Diese Erfahrungen bzw. Ängste können u. a. dazu führen, dass queere Patient*innen sich nicht bei ihren Ärzt*in-

2 Indem die Immunantwort gesenkt wird, werden Infektionen und Krebserkrankungen wahrscheinlicher.

nen outen und so auch keine angemessene Behandlung erhalten oder dass sie Kontakte mit dem Gesundheitssystem vermeiden. Dies gilt sowohl für Vorsorgeuntersuchungen als auch für akute Beschwerden und gesundheitliche Notfälle (Bauer et al. 2014; Zeeman et al. 2019, S. 974).³ All dies kann schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen haben.

9.4 Reflexion des Forschungsprozesses

Ich habe in dieser Arbeit das Ziel verfolgt, Heteronormativität in der Medizin zu analysieren. Damit sollte u. a. untersucht werden, ob bzw. inwiefern ein Zusammenhang zwischen Heteronormativität und der schlechteren gesundheitlichen Versorgung sowie dem schlechteren gesundheitlichen Zustand queerer Menschen besteht. Dieser Arbeit lag damit die normative Haltung zugrunde, dass queere Personen Zugang zu guter und spezifischer, sowie marginalisierungssensibler und -freier Gesundheitsversorgung haben sollten und es verdienen, das Gesundheitssystem als einen sicheren Raum wahrzunehmen. Ich habe dazu kleinteilig analysiert, inwiefern Heteronormativität in der Medizin systematischen Charakter hat, wie subtil Heteronormativität sich in medizinische Strukturen und Praxen eingeschrieben hat und wie Ärzt*innen in eine heteronormative medizinische Praxis sozialisiert werden. Das Anliegen meiner Arbeit war dabei aber nicht, die konkrete Gesundheitsversorgung queerer Menschen zu verbessern, sondern hinter den medizinischen Kulissen mögliche Erklärungsansätze zu analysieren. Insofern war mein Forschungsvorhaben trotz der zugrundeliegenden Haltung ein analytisches. Wie ich in Kapitel 2 ausgeführt habe, ist mit der Analyse von Heteronormativität von Beginn an ein politisches Moment verbunden, denn es geht grundsätzlich um die »Destabilisierung, Kritik und Intervention in dieses Normalisierungsregime« (Klapeer 2015, S. 30). Meine Hoffnung ist dennoch, dass meine Analyse der Heteronormativität im Gesundheitssystem die gesundheitliche Versorgung queerer Menschen verbessern kann und damit auch dem gesundheitlichen Zustand queerer Menschen zugutekommt.

Ich habe meine Forschungsfragen anhand von Hypothesen entwickelt und damit genuin offen gehalten – schließlich ging es mir nicht darum, zu fragen, ob Heteronormativität in der Medizin existiert oder ob queere Menschen Marginalisierung erleben. Mich hat einerseits überrascht, wie deutlich sich heteronormative Herrschaftstechniken in Teilen meiner Samples aufgedrängt haben, wie offen sexuelle,

3 Das fehlende Aufsucheverhalten kann auch als eine Form stressbedingten selbstverletzenden Verhaltens gedeutet werden und damit als Folge von Minoritätenstress (Europäische Union 2017a, 21–24).

romantische und geschlechtliche Vielfalt problematisiert wurde und wie unsichtbar queere Menschen waren. Andererseits wurde ich insbesondere durch die sensible und affirmative Darstellung von Asexualität oder Transgeschlechtlichkeit in den analysierten Präsentationsfolien in Kapitel 7 überrascht.

Als methodischen Überbau habe ich die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) benutzt, um vielfältige Daten mit dem Vereinen von drei Analyseverfahren auszuwerten: klinische Studien und akademische Artikel als Diskursfragmente, medizinische Lehrbücher, E-Learning-Module und Präsentationsfolien als Dokumente sowie Transkripte von Gruppendiskussionen. Diese Datenvielfalt bedeutet, dass ich den Gegenstand meiner Arbeit – Heteronormativität in der Medizin – aus verschiedenen Perspektiven beleuchten (Flick 2011) und die verschiedenen Dimensionen, Ebenen, Texturen und Herrschaftstechniken besser herausarbeiten konnte. Allerdings war in einem einzigen Dissertationsprojekt kaum eine umfassende Analyse von Heteronormativität in der Medizin durchzuführen, weswegen ich jeweils exemplarisch gearbeitet habe. Eine Durchführung und Analyse von Gruppendiskussionen mit Teilnehmer*innen diverserer Identitäten, ethnographische Analysen medizinischer Lehre, Diskursstrang- und Dokumentenanalysen weiterer medizinischer Forschungsfelder hätten möglicherweise andere Ergebnisse zur Folge gehabt. Auch habe ich in meiner Analyse den Fokus auf Ärzt*innen, ihr Handeln, Denken und ihre Ausbildung gelegt. Eine Analyse anderer Akteur*innen im Gesundheitssystem (z. B. Pflege, Verwaltung, Krankenkassen etc.) wäre notwendig, um meine Ergebnisse zu erweitern und zu verallgemeinern. Ebenso wäre eine Analyse der spezifischen Herrschaftstechniken, die auf endogeschlechtliche, cisgeschlechtliche, heterosexuelle, allosexuelle, »alloromantische und monoamoröse Personen wirken und diese heteronormativ disziplinieren, eine spannende Erweiterung meiner Ergebnisse. Das schränkt die Bedeutung meiner Ergebnisse allerdings nicht ein – es hinterfragt lediglich, in welchem Umfang sie Heteronormativität in der Medizin darstellen können.

9.5 Wie kann eine queer-affirmative Gesundheitsversorgung aussehen?

Ich habe meine Einleitung mit dem folgenden Zitat der queeren Gesundheitsaktivistin Zena Sharman eröffnet:

»What if we [queer people, AS] could always trust in getting health care that felt good, accessible, and even pleasurable, wherever and whenever we needed it? What if it felt safe enough to bring our whole selves into the process? What if health care felt healing and helped us flourish? What if it all health care providers and healers genuinely honored and valued queer and trans people, worked collab-

oratively with us, and trusted in our expert knowledge of our own bodies?» (Sharma 2021a, S. 12).

Der Fokus meiner Analyse lag nicht auf der Frage, wie ein queersensibles, vielfalts-affirmatives, marginalisierungsfreies, ja vielleicht sogar postheteronormatives Gesundheitssystem aussehen kann – ich habe stattdessen herausgearbeitet, was einem solchen Gesundheitssystem aktuell im Weg steht und wie tief Heteronormativität in die Medizin und in die Ärzt*innen-Profession eingeschrieben ist. Doch was muss geschehen, damit queere Menschen gesundheitliche Versorgung erleben, in der ihre Identität nicht infrage gestellt wird, in der sie ernstgenommen und affirmiert werden, ihr Wissen über ihre Körper, Geschlechter und Identitäten anerkannt wird und in der Ärzt*innen über Wissen zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt verfügen (vgl. Kapitel 8)?

Der Arzt und Geschlechterforscher Erik Ekhert (2016) entwirft eine entsprechende Vision in seinem Artikel ›A Case for the Demedicalization of Queer Bodies‹:

»It entails much more than inverting antiquated sentence structures to suit the new politically correct order of the day. It requires researchers to deconstruct their motives for putting heterosexuality on the mantle. It recognizes that being ›born different‹ is distinct from being born an ›other‹ and thus puts the onus of explaining the reasons for the perpetuation of healthcare disparities separating straight and queer communities on our healthcare system rather than on queer patients. And it changes the conversation about queer people from one that debates their immorality vs. pitiable natural victimhood to one about an underserved population whose disparities are structurally produced by our society's transphobic and heteronormative social, legal and medical institutions. In short, it turns the microscope inwards. Rather than asking ›What makes them different?‹ it requires the members of the medical community to ask ›What should we be doing differently to better care for them?« (Ekhert 2016, S. 243).

Für eine verbesserte Gesundheitsversorgung queerer Menschen ist also ein Gesundheitssystem notwendig, das die Vielfalt und Komplexität von sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt anerkennt und ernstnimmt, das Normabweichungen nicht medikalisiert oder versucht zu disziplinieren und das seine Verantwortung in der vergangenen und aktuellen Marginalisierung queerer Menschen anerkennt, aufarbeitet und abbaut.