

Lesben, die unsichtbaren Patientinnen

Helga Seyler

Frauenärztin im Familienplanungszentrum Hamburg; Gründungsmitglied von Charlotte e.V. Netzwerk lesbischer Ärztinnen; Mitarbeit im AKF e.V. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin Psychotherapie und Gesellschaft; Vorträge und Veröffentlichungen zu Themen der Gesundheit von Frauen und Lesben

Vortrag für die Enquetekommission "Frauengerechte GesundheitsversorgungNRW"

10.2.04

Während lesbische Lebensweise in den letzten Jahren zunehmend mehr Akzeptanz erfährt und Lesben in vielen gesellschaftlichen Bereichen (Politik, Medien) öffentlich sichtbar geworden sind, scheinen sie im gesundheitlichen Bereich zumindest in Deutschland weder als Patientinnen noch als Professionelle zu existieren.

Im englischen Sprachraum gibt es dagegen zahlreiche Veröffentlichungen zu unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Lesben, unterschiedliche Forschungsprojekte, Fortbildungen und Maßnahmenkataloge zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung.

In dieser kurzen Veranstaltung kann ich die verschiedenen Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Lesben nur anreißen und insbesondere auf das umfangreiche Material dazu aus dem Ausland nur ansatzweise eingehen. Ich habe den Schwerpunkt auf die Situation in Deutschland und die hier entstandenen Veröffentlichungen gelegt.

Unsichtbarkeit von Lesben

Ein hervorragendes Beispiel für die Unsichtbarkeit von Lesben ist der Bundesfrauengesundheitsbericht 2001, in dem Lesben nicht existieren. Sie werden nicht nur nirgends erwähnt, sondern auch implizit ausgeschlossen durch die Definition von nichtehelichen Lebensgemeinschaften als nichtverwandte zusammenlebende Paare *unterschiedlichen* Geschlechts.

Auch die meisten anderen Studien und Veröffentlichungen aus Deutschland zu gesundheitlichen Themen ignorieren andere als heterosexuelle Lebensweisen.

Ein spezifischer Aspekt der Diskriminierung von Lesben ist gerade das Unsichtbar machen und Nicht wahrnehmen, der auch im Umgang mit Lesben im gesundheitlichen Bereich deutlich wird. Veröffentlichungen beziehen sich implizit nur auf Heterosexualität, sprechen aber von den Frauen oder den Paaren allgemein und schließen damit die Existenz anderer Lebensweisen aus. Im persönlichen Kontakt wird Lesben in der Regel Heterosexualität unterstellt und sie müssen selbst entscheiden, ob sie dem widersprechen und sich „outen“. **Die meisten ÄrztInnen gehen deshalb auch davon aus, dass sie keine lesbischen Patientinnen haben.**

Dass die sexuelle Orientierung kein sichtbares Merkmal ist, ermöglicht Lesben im Gegensatz zu den meisten MigrantInnen, versteckt zu bleiben. Durch versteckte Lebensweise können sie einem Teil der Diskriminierung entgehen. Dafür kostet das Verstecken der lesbischen Lebensweise eine kontinuierli-

che Aufmerksamkeit und erhebliche Energie. Durch das Verbergen wird das zu Verbergende zum Stigma und abgewertet. Diese „Selbstabwertung“ führt zur Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Das Verschweigen der lesbischen Lebensweise gegenüber einer ÄrztIn beeinträchtigt den Kontakt und kann zum Beispiel im Zusammenhang mit vaginalen Infektionen zu inadäquaten Therapieempfehlungen führen. In der größten deutschen, von der Landesregierung NRW geförderten Studie zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Lesben¹ gaben 43% der Befragten an, nicht offen gegenüber ÄrztInnen zu sein. Eine weitere Studie erbrachte ähnliche Ergebnisse², mit einem deutlichen Unterschied in Bezug auf das Geschlecht des Arztes/der Ärztin. 31% waren gegenüber einer Frauenärztin nicht offen, 54% gegenüber einem Frauenarzt. Wie weitgehend das Verschweigen der Lebensweise eine Psychotherapie beeinträchtigt, ist sicher vorstellbar. Trotzdem gaben 3,8% der Frauen an, gegenüber der TherapeutIn nicht offen zu sein, in der Studie von Dennert waren 13 % gegenüber männlichen Therapeuten nicht offen.

Homophobie im Gesundheitsbereich

Da sie Diskriminierungen unterschiedlicher Art befürchten, wägen die meisten Lesben in der jeweiligen Situation die Risiken des Outens sorgfältig ab und entscheiden sich je nach Umfeld unterschiedlich. Bei Dennert befürchteten insgesamt 21 % der Frauen irgendeine Form von Stigmatisierung durch ÄrztInnen.

Das Risiko von Diskriminierung ist durch die weitgehend fehlende Auseinandersetzung mit eigener Homophobie und Heterozentrismus bei MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich für lesbisch lebende Nutzerinnen groß. In den USA und Kanada gibt es zahlreiche Studien, in denen die Erfahrungen von Lesben im Gesundheitssystem und die Auswirkungen differenziert erfasst sind. Dort nehmen Lesben seltener an Präventivmaßnahmen teil und suchen auch bei Beschwerden seltener die ÄrztIn auf.

Für Deutschland gibt es eine große Studie zum Ausmaß von erlebter Diskriminierung und Gewalt allgemein¹. Etwa 95% der Frauen wurden schon einmal mit homophoben Äußerungen konfrontiert, in Form von Abwertung, Lächerlichmachen, Ausgrenzung und Distanzierung. Auch körperliche Gewalt oder Gewaltandrohung wurde von über 20 % der Frauen berichtet.

Daten für den gesundheitlichen Bereich werden dort grob miterfasst. Im Einzelnen wurde gefragt, ob in einer Therapie/Beratung nahegelegt wurde, besser heterosexuell zu werden (wurde von 6,5% der Befragten bejaht) und ob die Partnerin nicht im Krankenhaus besucht werden durfte (wurde von 2,8% bejaht). 8,4% der Befragten gaben an, von Arzt oder Ärztin schon einmal negative Reaktionen auf das

¹ Stein-Hilbers, Marlene; Holzenbecher, Monika (1999). Gewalt gegen lesbische Frauen. Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), 40190 Düsseldorf

² Gabriele Dennert: Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung. Med. Diss., FAU Erlangen-Nürnberg, 2004.

Lesbischsein erlebt zu haben. Bei Dennert² sind es 15%. Auch in den häufigen Anfragen nach Adressen lesbischer Ärztinnen, die wir bei Charlotte e.V. bekommen, wird von schlechten Erfahrungen mit ÄrztInnen berichtet.

Befürchtete oder erlebte Diskriminierung kann Frauen davon abhalten, ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Speziell sehr versteckt lebende Lesben und Lesben mit Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich aus der Studie von Dennert² nahmen nicht an Früherkennungsuntersuchungen teil. Insgesamt fehlen aber Daten aus Deutschland zur Nutzung von Angeboten im Gesundheitsbereich durch Lesben oder über die Teilnahmerate an Früherkennungsuntersuchungen. Da bei heterosexuellen Frauen die Teilnahmerate im reproduktiven Alter, wenn sie wegen Verhütung oder Schwangerschaft zur Frauenärztin gehen, deutlich höher ist, als in höherem Alter³, ist zu vermuten, dass auch Lesben ohne diesen Anlass seltener Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen. **Sie brauchen spezielle Motivierung sowie explizit akzeptierende und auf ihre Bedürfnisse eingehende Angebote.**

Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie führt die zum Teil vorhandene Homophobie zu schlechterer Behandlung. Bis vor relativ kurzer Zeit, nämlich bis in die 80er Jahre wurde Homosexualität als Krankheit betrachtet und in den Diagnoseschlüsseln der WHO und American Psychiatric Association aufgeführt. Auch weiterhin halten viele psychotherapeutische Schulen (bis auf wenige feministische Ansätze) an Defizittheorien der lesbischen Lebensweise fest. Das heißt, dass lesbische Lebensweise doch noch als irgendwie krankhafte Persönlichkeitsentwicklung angesehen wird, oft sehr subtil und den Therapeutinnen selbst nicht bewusst. Da in den meisten psychotherapeutischen Ausbildungen Homosexualität genauso wenig Thema ist wie die Auseinandersetzung mit Homophobie, müssen lesbische Klientinnen damit rechnen, dass zum Beispiel die TherapeutIn statt des eigentlichen Anliegens der Klientin deren Homosexualität zu behandlungsbedürftigen Problem erklärt. Auch bei grundsätzlich akzeptierender Haltung fehlt meist das Wissen über spezifische Aspekte der lesbischen Lebensweise, wie zum Beispiel die Auswirkung von Diskriminierung und internalisierter Homophobie, oder die besondere Dynamik lesbischer Beziehungen, oder Aspekte von Gewalt in lesbischen Beziehungen⁴.

In den größeren Städten gibt es inzwischen Frauen- und Lesbenberatungsstellen, deren Beraterinnen eine positive Grundhaltung und spezielles Wissen über lesbische Lebensweise haben. **Es ist jedoch notwendig, dass alle psychotherapeutischen Ausbildungen eine Reflektion der eigenen Homophobie und spezifisches Wissen über Lesben vermitteln.**

³ Schenck U, Karsa L. Cervical cancer screening in Germany. European journal of Cancer 2000; 36: 2221-6

Gesundheitliche Auswirkung von Diskriminierungserfahrungen

Die subtile oder offene Diskriminierung kann als Stressfaktor gesehen werden, der die psychische und körperliche Gesundheit beeinträchtigen kann. Antihomosexuelle Gewalt führt außer zu körperlichen Verletzungen auch zu psychischer Traumatisierung. Die bereits genannte Studie (Stein-Hilbers 1999) dokumentiert eindrucksvoll das Ausmaß der von Lesben erlebten Diskriminierung und Gewalt (40% haben Formen sexualisierter Gewalt erlebt, 24% körperliche Angriffe).

Lesben brauchen ein starkes Selbstwertgefühl, um mit der ständig erlebten Abwertung und der Bedrohung durch psychische und physische Gewalt umgehen zu können. Dafür ist die Unterstützung durch die Partnerin und ein soziales Netz von akzeptierenden FreundInnen und soziale Bereiche (zum Beispiel eine Subkultur), in der die eigene Lebensweise akzeptiert ist und offen gelebt werden kann, wichtig. Das heißt, **die Förderung von Beratungseinrichtungen und kulturellen Treffpunkten ist ein wichtiger Beitrag zur Prävention gesundheitlicher Störungen bei Lesben. Auch die Partnerschaft als wichtige gesundheitsfördernde Ressource muss in der Gesellschaft wie im Gesundheitsbereich anerkannt werden.**

Ins besondere die Zeit des Coming Out muss als krisenhafte Phase angesehen werden, in der sich befürchtete und erlebte Diskriminierung besonders schwerwiegend auf die Gesundheit auswirkt. Wenn das Coming Out in die Zeit der Adoleszenz mit der in dieser Zeit ohnehin großen Verunsicherung fällt, ist die psychische Belastung besonders groß und es gibt Hinweise für eine erhöhte Suizidneigung bei diesen Jugendlichen⁵. Sie brauchen für sie gut erreichbare Beratungsangebote sowie integrative und akzeptierende Freizeitangebote, in denen sie vor Diskriminierung und Ausgrenzung geschützt sind. Hier sind die Ansätze des Landes NRW wegweisend.

Fehlendes medizinisches Wissen

Da in den wenigsten epidemiologischen Studien sexuelles Verhalten bzw die sexuelle Orientierung erfasst werden, fehlt es an Wissen über besondere gesundheitliche Aspekte lesbischer Lebensweise.

Für den Bereich der HIV-Infektionen wurde von Lesben selbst deutlich darauf hingewiesen. Es gibt nach wie vor so gut wie keine Informationen darüber, welches Übertragungsrisiko die von Frauen mit Frauen angewandten Sexualpraktiken bergen, und wie wirksam die empfohlenen Schutzmaßnahmen sind.

⁴ Einen Überblick über das Thema und Ergebnisse einer Umfrage in Schleswig-Holstein gibt die Broschüre: Lesbische Frauen in der Psychotherapie. Hintergründe, Umfrageergebnisse und Empfehlungen. 2003. Herausgegeben von: Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V. Goethestraße 9, 24116 Kiel

⁵ Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. Journal of the American Medical Association 1999; 282: 1291

Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. (2001) Herausgegeben von der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin

Die Übertragung der meisten Infektionen wie HIV, Chlamydien, Gonokokken, Trichomonaden und Syphiliserreger beim Sex zwischen Frauen ist in einzelnen Fällen nachgewiesen, ohne dass es Informationen über die Häufigkeit dieser Infektionen bei Lesben, das Übertragungsrisiko bei zwischen Frauen angewandten Sexualpraktiken und die Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen gibt. Papilloma- und Herpesviren werden wahrscheinlich beim Sex zwischen Frauen mit gleicher Häufigkeit übertragen, wie beim Sex zwischen Mann und Frau.

Das mangelnde Wissen macht es kaum möglich, Lesben über Schutzmaßnahmen zu beraten. Es erschwert ihnen einen angemessenen Umgang mit dem Übertragungsrisiko von HIV und anderen Infektionen. Die Einschätzung schwankt zwischen der Meinung, Lesben könnten kein AIDS kriegen und einer krassen Überschätzung des Risikos.

Studien aus den USA zeigen, dass zumindest einige Gruppen von Frauen, die Sex mit Frauen haben, häufig auch Sex mit Männern haben, sich riskant verhalten und nicht selten sexuell übertragbare Infektionen haben. Ob diese Daten auf andere Gruppen lesbisch lebender Frauen oder auf die Situation in Deutschland übertragen werden können, ist unklar, hier besteht jedoch dringender Forschungsbedarf.

Auch in anderen gesundheitlichen Bereichen können spezifische Lebensweisen und Verhalten Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

Es wird diskutiert, ob Lesben mehr Drogen konsumieren, als heterosexuelle Frauen. Ursache könnte sein, dass soziale Treffpunkte für den Kontakt mit anderen Lesben hauptsächlich Kneipen und Bars sind, aber auch, dass die soziale Isolierung und Einsamkeit den Drogenkonsum fördert. Aus den USA liegen widersprüchliche Daten hierzu vor, für Deutschland gibt es keinerlei Daten. Relativ gleichmäßig ist aber das Ergebnis, dass Lesben mehr rauchen, als heterosexuelle Frauen.

Außer der möglicherweise selteneren Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen können sich auch Aspekte der Lebensweise wie die geringere Geburtenzahl auf das Risiko von bestimmten Krebserkrankungen (zum Beispiel Brust- und Eierstockkrebs) auswirken. Die bisherigen Daten zeigen aber keine Unterschiede.

Das Risiko von Gebärmutterhalskrebs wird oft für Lesben als geringer eingeschätzt als für heterosexuell lebende Frauen, da heterosexueller Geschlechtsverkehr als das Hauptrisiko gilt. Die Übertragung von HPV beim Sex zwischen Frauen ist jedoch inzwischen nachgewiesen.

Was ist zu tun:

- Zentraler Punkt ist die **Auseinandersetzung** aller im Gesundheitsbereich Arbeitenden **mit lesbischer Lebensweise**, eigener Homophobie und Heterozentrismus. Diese sollte in der Ausbildung anfangen, indem die Ausbildung Informationen über Lesben, deren Lebensweise und Bedürfnisse beinhaltet und die Auseinandersetzung mit der eigenen Homophobie anregt.
- Um Lesben den Zugang zu **Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung** zu erleichtern, müssen diese mit ihren Angeboten auch **explizit Lesben ansprechen** und einbeziehen und deren spezielle Bedürfnisse berücksichtigen (zum Beispiel in Informationsbroschüren, in Anamnesefragebögen, aber auch im eigenen Verhalten gegenüber den NutzerInnen und im Umgang mit Begleitpersonen). Dafür müssen **Standards entwickelt** werden sowie Curricula, in denen AnbieterInnen in lesbenfreundlichem Verhalten geschult werden. Erfahrungen aus den USA können als Beispiel dienen und genutzt werden⁶. Auch die Akzeptanzkampagne NRW könnte wertvolle Erfahrungen hierfür liefern⁷.
- **Informationsbroschüren** zur gesundheitlichen Aufklärung, insbesondere über Präventivmaßnahmen, müssen **lesbische Lebensweise explizit ansprechen** und einbeziehen. Zum Teil sind spezielle Materialien für Lesben sinnvoll. Da diese aber vorwiegend über Zusammenhänge der lesbischen Kultur verbreitet werden, haben versteckter lebende Lesben dazu keinen Zugang.
- Um Antworten auf viele offene Fragen und mehr Informationen zu besonderen Aspekten lesbischer Gesundheit zu bekommen, muss es mehr **Forschung** zu diesen Themen geben. Zum Beispiel muss in epidemiologischen Studien lesbische Lebensweise neben anderen sozialen Merkmalen mit erfasst werden.
- Verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitsbereich müssen **spezifisches Wissen** über verschiedene Bereiche lesbischer Lebensweise erwerben. Dafür muss es Angebote von **Fortbildungen** geben. Erwähnt wurde im Vortrag die Notwendigkeit spezifischen Wissens im Bereich der Psychotherapie. Auch in anderen Bereichen wie zum Beispiel (Alten)Pflege, Kinderwunsch oder sexuell übertragene Infektionen ist spezifisches Wissen notwendig.

⁶ Clark ME, Landers S, et al. The GLBT health access project: a state-funded effort to improve access to care. American Journal of public Health 2001; 91: 895-6

Scout. Removing the barriers: improving practitioners' skills in providing health care to lesbians and women who partner with women. American Journal of Public Health 2001; 91: 989

⁷ <http://akzeptanzkampagne-nrw.de>

- Professionelle im Gesundheitsbereich müssen sich auch mit Vorurteilen und **Diskriminierung gegenüber lesbischen Kolleginnen** auseinandersetzen. Die britische Gay and Lesbian Association of Doctors and Dentists (GLADD) hat hierfür ein Richtlinienpapier veröffentlicht⁸
- **Gender Mainstreaming** muss auch andere Faktoren außer dem Geschlecht berücksichtigen (Ethnie, Migrationserfahrung, sexuelle Orientierung etc.). Es muss berücksichtigt werden, dass auch Lesben keine homogene Gruppe sind, sondern sich in anderen soziale Faktoren wie z. B. sozialer Schicht, Bildungsstand, Ethnie, Migrationserfahrung, Behinderungen unterscheiden.
- Und zuletzt ein entscheidender Punkt: **Lesben** müssen in die Planung und Durchführung all dieser Aktivitäten zentral **einbezogen werden**, damit ihr Wissen genutzt wird und die Maßnahmen nicht an den tatsächlichen Bedürfnissen von Lesben vorbei gehen.

⁸ Guidelines on Dignity at Work for Lesbian and Gay Doctors and Dentists.
www.gladd.diron.co.uk/homophobia.htm