

Gesundheitsversorgung für lesbische und bisexuelle Frauen

(Dr. Gabriele Dennert, Helga Seyler, Dr. Gisela Wolf)

1) Zusammenfassung der Einleitung von Helga Seyler

Wie werden Lesben im Frauengesundheitsbericht von 2001 berücksichtigt?

Der Bericht enthält keine expliziten Daten und Informationen zu lesbischen Frauen und deren Gesundheit. Stattdessen gibt es mindestens ein Beispiel für einen expliziten Ausschluss nicht heterosexueller Lebensweisen in einer Tabelle (Tabelle 2.2-6 Familien mit Kindern unter 18 Jahren nach Familientyp und Zahl der minderjährigen Kinder, S. 70). Bei der Textsuche nach den Begriffen „Lesbe“ und „lesbisch“ wurden drei Textstellen gefunden, an denen Lesben erwähnt werden:

In einer der Textstellen (S. 330) zum Thema Kinderlosigkeit werden Lesben als Beispiel für Frauen genannt, die gewollt kinderlos sind. Damit wird der gesamte Themenbereich von lesbischem Kinderwunsch und Kindern in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften ausgeblendet.

Die zweite Textstelle (S 580) bezieht sich auf die psychiatrische Versorgung von Frauen. Hier wird festgestellt, dass die Situation lesbischer Frauen in der psychiatrischen Versorgung kein Thema ist und Frauen hier grundsätzlich Heterosexualität unterstellt wird.

In der dritten Textstelle (S. 586) wird ein Beispiel guter Versorgungspraxis aus Schottland angeführt, in dem unter anderem gesundheitliche Angebote für lesbische Frauen geschaffen werden sollen.

Vorbemerkung zu den Inputs von Gabriele Dennert und Gisela Wolf:

Als ethischer Rahmen für Forschung über die Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen wird für die Ausführungen der Ansatz sog. affirmativer Forschung gesetzt. Dieser stellt sich Pathologisierungsversuchen entgegen, die auch heute noch stellenweise in Medizin und Forschung stattfinden. Forschung zu Minoritäten und marginalisierten Gruppen wie lesbischen und bisexuellen Frauen muss dem ethischen Anspruch gerecht werden, die Situation dieser Gruppen zu verbessern, ihre gesellschaftliche Partizipation zu fördern und zum Abbau von sozialer Ungleichheit, Diskriminierung und Vorurteilen beizutragen.

2) Zusammenfassung des Inputs „Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung“ von Gabriele Dennert

Die empirischen Grundlagen für die Betrachtung von „sexueller Orientierung/Lebensweise“ als sozialer Determinante von Gesundheit sind insbesondere im anglo-amerikanischen Raum mittlerweile vielfältig und differenziert. In Deutschland werden diese Befunde bisher kaum rezipiert oder aufgegriffen und auch im angloamerikanischen Raum weisen Forscher_innen auf noch erhebliche Lücken in der Erkenntnislandschaft zur gesundheitlichen Situation lesbischer und bisexueller Frauen hin.

Beispielhaft wurden Ergebnisse der Untersuchung von Brown und Tracy (2008) ausgeführt, die anhand des Cancer Disparities Grids - eines Instrumentes zur Erfassung von Forschungslücken zu Krebserkrankungen bestimmter sozialer Gruppen – bei allen vier untersuchten Krebsarten Forschungsbedarf für lesbische und bisexuelle Frauen darstellen konnten. Insbesondere für das Bronchialkarzinom zeigten sie erhebliche Forschungslücken auf. Dabei weisen die Befunde international übereinstimmend auf eine erhöhte Prävalenz des Zigarettenrauchens bei lesbischen und bisexuellen Frauen hin (vgl. z.B. Gruskin 2007).

Bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zeigen sich Barrieren für lesbische und bisexuelle Frauen in etlichen Bereichen: finanzielle und geographische Barrieren sowie strukturelle und persönliche Barrieren auf der Seite der Versorger_innen und der Nutzerinnen (Dennert/Wolf, 2009).

Mit dem Modell des Minoritätenstress (Meyer, 2003) sowie der Ecosocial Theory in der Epidemiologie (Krieger, 2001) stehen zwei theoretische Ansätze zur Verfügung, Befunde zur

differenten Krankheitssituation von lesbischen und bisexuellen Frauen affirmativ in die Gesundheitsdiskussion einzubetten. Gegenwärtig wird davon ausgegangen, dass zur differenten Gesundheitssituation sozialer Gruppen neben allgemeinen Faktoren auch gruppenspezifische Einflussfaktoren (Minderheitenstress, Marginalisierung, Erfahrungen mit Gewalt/(Mikro)Aggressionen) beitragen. Diese Einflussfaktoren sind für lesbische und bisexuelle Frauen nicht im Detail bekannt. Die separate Analyse von Gesundheitsdaten von lesbischen und bisexuellen Frauen lässt hier einen wesentlichen Erkenntnisgewinn für die Zukunft erwarten.

Fazit:

Sexuelle Orientierung und Lebensweise stellt eine soziale Determinante von Gesundheit dar, die in Gesundheitsforschung und -berichterstattung stärker berücksichtigt werden sollte. Insbesondere lesbische und bisexuelle Frauen werden bisher kaum berücksichtigt – in der deutschen Gesundheitsforschung besteht hier im Vergleich mit dem angloamerikanischen Raum erheblicher Nachholbedarf.

3) Zusammenfassung des Inputs von Gisela Wolf Leitliniengerechte psychosoziale Gesundheitsversorgung von lesbischen und bisexuellen Frauen

Anhand von Beispielen aus der Dissertation von Wolf (2004) wurde dieser Teil des Workshops eingeleitet mit Auszügen aus qualitativen Interviews mit lesbischen und bisexuellen Patientinnen. In den Interviewauszügen dokumentierten sich Problembereiche in der Gesundheitsversorgung lesbischer und bisexueller Frauen in Form von Ausbildungsdefiziten bei GesundheitsversorgerInnen, nicht evidenzbasierten Konstruktionen vermeintlicher „Ursachen“ von Homosexualität durch Professionelle, Abwertungen der Beziehung lesbischer Patientinnen durch Professionelle, die Nutzung der Androhung von Umpolungen durch Angehörige gegenüber jungen Lesben sowie die resultierende Angst lesbischer und bisexueller Patientinnen vor einem Coming-out im Gesundheitssystem. Zur Verbesserung der Versorgung von lesbischen und bisexuellen Frauen wurden bis heute von verschiedenen ExpertInnen und Fachgesellschaften aus den USA und Deutschland Leitlinien entwickelt, die Fachwissen zu den Spezifika der Gesundheitsversorgung dieser Patientinnen zusammenfassen und daraus Versorgungsempfehlungen ableiten. Derzeit werden in Deutschland in einem Fachgremium, welches vom VLSP e.V. (Verband von Lesben und Schwulen in der Psychologie) initiiert worden ist, die Leitlinien zur psychologischen Versorgung von lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen der American Psychological Association (APA 2011, deutsche Übersetzung auf www.vlsp.de) für Deutschland in einem Konsensusverfahren überarbeitet. Die Leitlinien der APA umfassen spezifische Aspekte der Kommunikationsgestaltung mit diesen Patientinnen, sensibilisieren für die Vielfalt lesbischer und bisexueller Lebensweisen in unterschiedlichen Kontexten, weisen auf Gesundheitsrisiken (z.B. Diskriminierung und Gewalt) und Ressourcen (z.B. spezifische soziale Netzwerke) lesbischer und bisexueller Patientinnen hin und fordern eine entsprechende Verbesserung von Gesundheitsforschung und Ausbildung für professionelle GesundheitsversorgerInnen. Bisher wird das Thema der soziosexuellen Orientierung weder in der deutschsprachigen Gesundheitsberichterstattung, noch in den Ausbildungen von MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen hinreichend berücksichtigt. Der diesbezügliche Wissenstand der GesundheitsversorgerInnen ist aktuell in Deutschland dementsprechend noch sehr uneinheitlich.

4) Forderungen und Perspektiven zukünftiger Entwicklung aus dem Workshop

Forderungen: Berücksichtigung der spezifischen Situation und der Anliegen lesbischer und bisexueller Frauen in Forschung, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsversorgung

- Epidemiologie: Einbezug sexueller Orientierung und Lebensweise in die Datenerhebung, Berücksichtigung nicht-heterosexueller Lebensweisen in Design und Umsetzung von

Studien, insbesondere in den großen Kohortenstudien, die mit Forschungs- und Bundesmitteln gefördert werden und Daten zum Gesundheitszustand erheben.

- Berücksichtigung der Auswirkungen von Gesundheitsrisikoverhalten lesbischer Frauen in der medizinischen Forschung, z.B. Bronchialkarzinom, Herz-Kreislaufkrankungen
- Versorgungsforschung: Wie zugänglich ist die Gesundheitsversorgung für lesbische, bisexuelle Frauen? Welche Zugangsbarrieren bestehen?
- Berücksichtigung der Frage nach Hintergründen (Minderheitenstress, Diskriminierung, Gewalterfahrungen), wenn zu psychischer und physischer Gesundheit geforscht wird
- Gesundheitsberichterstattung: Berücksichtigung von Les-Bi-Frauen in allen Bereichen (Mainstreaming des Anerkennens, dass Frauen unterschiedliche sexuelle Orientierungen haben)
- Diskriminierungsfreie und leitliniengerechte Versorgung für lesbische und bisexuelle Frauen schaffen und etablieren
- Spezifische Angebote und sichtbare Anlaufstellen für lesbisch und bisexuell lebende Frauen (zum Beispiel junge Lesben mit Suizidgefahr aufgrund von Diskriminierung/ Gewalt, Suchterkrankungen, Kinderwunsch).

Zukunftsthema: Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen fördern: Diversität anerkennen

In der Zukunft sollten nicht-heterosexuelle Lebensweisen in ihren komplexen Zusammenhängen mit Gesundheit berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollte die Diskussion um sexuelle Lebensweisen/Orientierungen in einen breiteren Kontext um die Anerkennung der Vielschichtigkeit persönlicher Lebensläufe und sozialer Positionierungen eingeordnet werden.

Sexuelle Orientierung/Lebensweise ist einer von vielen sozialen Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit haben. Es bestehen differenzierte Versorgungsbedürfnisse von lesbischen und bisexuellen Frauen in unterschiedlichen Lebenslagen:

- Pflege und Situation von Lesben im Alter
- Versorgungsbedürfnisse junger Lesben und Bifrauen (Gefährdung durch Diskriminierung und Gewalt, Bedarf von besonderen Unterstützungssystemen)
- Versorgungsbedürfnisse von Lesben und Bifrauen mit Behinderungen
- Ausdifferenzierung, Flexibilisierung, Wandel und Dekonstruktion fester Identitäten (Versorgung queerer/ trans-Personen, Berücksichtigung von Identitätswechseln)
- Versorgungsbedürfnisse lesbischer und bisexueller Frauen mit Migrationserfahrung

Literatur

American Psychological Association (APA). (2011): Practice Guidelines for LGB Clients. <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx> (Meldung vom 8.3. 2011).

Brown, Jessica P / Tracy J Kathleen (2008): Lesbians and cancer: an overlooked health disparity. *Cancer Causes Control*, 19:1909-20

Dennert, G. (2005): Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung. Pfaffenweiler: Centaurus.

Dennert, G. /Wolf, G. (2009): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: FEMINA POLITICA 1, S. 48-59. (auch unter www.lesbengesundheit.de).

Gruskin EP, Greenwood GL, Matevia M, Pollack LM, Bye LL(2007) Disparities in Smoking Between the Lesbian, Gay, and Bisexual Population and the General Population in California. *Am J Public Health*.

Institute of Medicine. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Consensus Report. 2011 (<http://www.iom.edu/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>, Meldung vom 26.09.2011).

Krieger N(2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 30: 668-77.

Meyer IH(2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 129: 674-97.

Wolf, G. (2004): Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess. Pfaffenweiler: Centaurus.