

Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen

Pöge, Kathleen; Dennert, Gabriele; Koppe, Uwe; Güldenring, Annette; Matthigack, Ev B.; Rommel, Alexander

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



MÄRZ 2020
SPECIAL ISSUE

7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

Die gesundheitliche Lage von lesbischen,
schwulen, bisexuellen sowie trans- und
intergeschlechtlichen Menschen

Journal of Health Monitoring · 2020 5(S1)

DOI 10.25646/6448

Robert Koch-Institut, Berlin

Kathleen Pöge¹, Gabriele Dennert²,
Uwe Koppe³, Annette Güldenring⁴,
Ev B. Matthigack⁵, Alexander Rommel¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

² Fachhochschule Dortmund, Sozialmedizin und Public Health mit Schwerpunkt Geschlecht und Diversität, FB 8 Angewandte Sozialwissenschaften

³ Robert Koch-Institut, Berlin

Abteilung für Infektionsepidemiologie

⁴ Westküstenkliniken Heide/Brunsbüttel, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

⁵ Deutsche Vertretung der Internationalen Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (IVIM), Organisation Intersex International (OII Germany), Berlin

Eingereicht: 20.12.2019

Akzeptiert: 07.02.2020

Veröffentlicht: 18.03.2020

Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen

Abstract

Geschlechter, sexuelle Orientierungen und die damit verbundenen Lebensweisen sind heterogen. Inwieweit Menschen ihr Geschlecht, ihre Sexualität und ihre Lebensform selbstbestimmt und frei leben können, und mit welchen gesellschaftlichen Ressourcen, Teilhabechancen und Diskriminierungen dies verbunden ist, beeinflusst ihre Lebenslagen und damit auch ihre gesundheitliche Situation. Es wurde ein narratives Review zur gesundheitlichen Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Personen (LSBTI) durchgeführt und dazu internationale und deutsche Reviews, Metaanalysen und bevölkerungsbezogene Studien herangezogen. Der Beitrag beschreibt schlaglichtartig den Stand der rechtlichen, gesellschaftlichen und medizinischen Anerkennung in Deutschland sowie die gesundheitliche Lage von LSBTI-Personen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland haben sich für homo- und bisexuelle Menschen schrittweise verbessert, während für trans- und intergeschlechtliche Personen aus Sicht vieler Akteur*innen bezüglich sowohl der medizinischen als auch rechtlichen Anerkennung noch große Defizite bestehen und wissenschaftliche Erkenntnisse noch ungenügend Eingang in die medizinische Praxis gefunden haben. Die verfügbaren Daten zur gesundheitlichen Situation von LSBTI-Personen verweisen auf Handlungsbedarfe im Bereich der psychischen Gesundheit und der Gesundheitsversorgung. Die Datenlage ist jedoch sehr lückenhaft und lässt kaum Aussagen über die allgemeine gesundheitliche Lage und über gesundheitliche Ressourcen von LSBTI-Personen zu. Für die konkrete Planung und Umsetzung von Maßnahmen und die differenzierte Beschreibung der Situation in Deutschland bedarf es eines Ausbaus der Datengrundlagen, nicht zuletzt auch in bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen.

📌 GESUNDHEIT · GESCHLECHT · INTERGESCHLECHTLICHKEIT · TRANSGESCHLECHTLICHKEIT · SEXUELLE ORIENTIERUNG

1. Einleitung

Die Vielfalt der Geschlechter, sexuellen Orientierungen und Lebensweisen ist Teil der gesellschaftlichen Diversität. Auch wenn die Entwicklung differenziert zu betrachten ist und in vielen Bereichen noch am Anfang steht, erfahren lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen

(LSBTI, [Infobox Annex](#)) in den vergangenen Jahren gesellschaftlich und rechtlich vermehrt Anerkennung. Dies zeigt sich beispielsweise in der 2017 vollzogenen Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare. Seit 2018 ermöglicht das Personenstandsgesetz es intergeschlechtlichen Menschen, bei ihrem Geschlechtseintrag neben „weiblich“ oder „männlich“ auch „divers“ anzugeben oder die Angabe offen zu lassen.

Geschlechter, sexuelle Orientierungen und Lebensweisen sind vielfältig.

Inwieweit Menschen ihr Geschlecht, ihre Sexualität und ihre Lebensform selbstbestimmt und frei leben können und mit welchen gesellschaftlichen Ressourcen, Teilhabechancen und Diskriminierungen dies verbunden ist, beeinflusst ihre Lebenslagen und damit auch ihre gesundheitliche Situation. Nicht die individuelle geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung sind ursächlich für Unterschiede in der Gesundheit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, sondern der gesellschaftliche Kontext kann eine wichtige Einflussgröße sein. Für lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen kann sich die vorherrschende gesellschaftliche Ausrichtung an Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität nachteilig auf die Lebenssituation und Gesundheit auswirken. Umgekehrt kann eine wachsende Anerkennung positive Effekte auf Zufriedenheit und Gesundheit haben.

Neben großen Ähnlichkeiten lassen sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung LSBTI-spezifische gesundheitliche Belange identifizieren. So unterscheidet sich die selbstberichtete körperliche Gesundheit von lesbischen, schwulen und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Menschen nicht [1]. Der überwiegende Teil der Menschen weist also unabhängig von der sexuellen Orientierung eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit auf. Es konnte in internationalen Studien aber auch gezeigt werden, dass lesbische, schwule, bisexuelle sowie trans- und intergeschlechtliche Menschen häufiger depressive Erkrankungen erleben und suizidales Verhalten zeigen [1–5]. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die verfügbaren individuellen und sozialen Ressourcen. So zeigt sich zum Beispiel, dass das psychische Wohlbefinden von homosexuellen, bisexuellen oder transgeschlechtlichen Personen besser ist, wenn sie

ihre sexuelle Orientierung beziehungsweise geschlechtliche Identität diskriminierungsfrei leben und auf ein unterstützendes soziales und familiäres Umfeld zurückgreifen können [6–8].

Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick zur gesellschaftlichen und gesundheitlichen Situation von LSBTI-Personen und zeigt übergreifende Handlungsbedarfe auf. Zu Beginn wird dargestellt, wie viele LSBTI-Personen in Deutschland leben und in welchen gesellschaftlichen, rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen sie positioniert sind. Darauf folgt eine Beschreibung der gesundheitlichen Lage und Versorgung von LSBTI-Personen auf Basis deutscher und internationaler Befunde. Schlussendlich wird im Rahmen der Einordnung der Ergebnisse auf Bestrebungen eingegangen, die Datenlage im Bereich der Epidemiologie und Surveyforschung zu verbessern, um die Informationsgrundlagen für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung weiter zu entwickeln.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die bestehende Forschung stark auf bestimmte Themen wie die sexuelle Gesundheit bei schwulen Männern oder generell auf die psychische Gesundheit von LSBTI-Personen fokussiert. Die allgemeine gesundheitliche Situation und förderliche Faktoren für eine gute Gesundheit von LSBTI-Personen sind bisher noch wenig betrachtet worden. Daher ist zu beachten, dass aufgrund der Datenlage Themen zwangsläufig selektiv dargestellt werden. Datenlücken und Limitationen werden in der Diskussion benannt und ein Ausblick auf positive Entwicklungen bezüglich der Informationsgrundlagen im Bereich der LSBTI-Gesundheit gegeben.

2. Methode

Der vorliegende Beitrag beruht auf einer Literaturrecherche zur gesundheitlichen Lage von LSBTI-Personen in den Datenbanken PubMed, Web of Science sowie auf thematisch relevanten Internetseiten. Neben Studien zur Situation in Deutschland wurden auch internationale Reviews, Metaanalysen sowie populations- und community-basierte Studien in englischer Sprache herangezogen, die zwischen 2000 und Januar 2020 veröffentlicht wurden. Zur Abschätzung der Zahlen von LSBTI-Personen in Deutschland werden vornehmlich publizierte Befunde auf Basis bevölkerungsrepräsentativer Surveys, namentlich des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2016 [9], des Mikrozensus von 2015 [10] und der Studie Jugendsexualität in Deutschland der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2015 [11] verwendet. Zur Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen wurden darüber hinaus Resolutionen und Rechtsdokumente auf nationaler und internationaler Ebene gesichtet.

3. Bevölkerungsanteile

Der Bevölkerungsanteil von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen in Deutschland kann nur grob geschätzt werden.

3.1 Homo- und Bisexualität

Die sexuelle Orientierung kann in drei Dimensionen unterschieden werden: die sexuelle Identität (zum Beispiel hetero-, homo- oder bisexuell), das sexuelle Begehren oder

Attraktion sowie das sexuelle Verhalten. Die drei Dimensionen müssen nicht übereinstimmen und können sich über die Lebenszeit hinweg verändern [12]. Im Jahr 2016 wurde im SOEP die sexuelle Orientierung durch eine freiwillige Selbstangabe erhoben. Auf Basis dieser und anderer Quellen wird geschätzt, dass sich etwa 2% der Bevölkerung als lesbisch, schwul oder bisexuell identifizieren (Tabelle 1). Der Anteil liegt bei den über 60-Jährigen niedriger als bei den unter 45-Jährigen. Auch die Befunde der BZgA deuten darauf hin, dass die Selbstidentifikation als lesbisch, schwul oder bisexuell von jüngeren Befragten häufiger vorgenommen wird (Tabelle 1). Zudem zeigen sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern dahingehend, dass sich Frauen etwas häufiger als bisexuell und etwas seltener als lesbisch identifizieren, während Männer sich etwas häufiger als schwul und etwas seltener als bisexuell bezeichnen [13]. Die eindeutige Selbstidentifikation als lesbisch, schwul oder bisexuell betrifft aber insgesamt nur eine kleine Gruppe. Der Anteil jener, die sich dagegen als nicht ausschließlich heterosexuell bezeichnen, liegt deutlich höher und erreicht in verschiedenen Studien bei Frauen und Männern zweistellige Werte (Tabelle 1). Ebenso zeigen die Zahlen, dass sich ein höherer Anteil an Menschen von Personen des gleichen Geschlechts angezogen fühlt (Begehren/Attraktion) beziehungsweise gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte erlebt (Verhalten), als sich explizit als homo- oder bisexuell identifiziert (Identität) (Tabelle 1). Auch hier steigen die Angaben mit dem Alter und erreichen im jungen Erwachsenenalter ebenfalls zweistellige Werte (Tabelle 1) [11].

Die Zahl der gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften stieg laut Mikrozensus zwischen den Jahren 2005 bis 2015 um 57% von 60.000 auf 94.000 (Tabelle 1). Allerdings

Tabelle 1
Sexuelle Orientierungen in Deutschland.
Ergebnisse bevölkerungsweiter Befragungsstudien
 Quelle: Eigene Darstellung

	Anteil	Quelle
Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften		
Rund 94.000 Personen	0,5%–0,9% aller Partnerschaften mit gemeinsamem Haushalt	Destatis Mikrozensus 2015 [14]
Selbstidentifikation als lesbisch, schwul oder bisexuell		
Gesamt	1,9%	DIW SOEP 2016 [1]
<45 Jahre	2,8%	
>60 Jahre	Unter 1%	
Frauen, 21–25 Jahre	Rund 3% lesbisch	BZgA Jugendsexualität 2015 [11]
Männer, 21–25 Jahre	Rund 6% bisexuell Rund 5% schwul Rund 2% bisexuell	
Frauen, 18–75 Jahre	1,3% lesbisch	BZgA Liebesleben 2017 [13]
Männer, 18–75 Jahre	1,8% bisexuell 2,1% schwul 1,4% bisexuell	
Enge gleichgeschlechtliche Körperkontakte in den letzten zwölf Monaten		
Frauen, 21–25 Jahre	Rund 14%	BZgA Jugendsexualität 2015 [11]
Männer, 21–25 Jahre	Rund 12%	
Selbstbezeichnung als nicht ausschließlich heterosexuell		
Frauen, ≥ 14 Jahre	Rund 11%	Universität Leipzig Sexualverhalten in Deutschland 2016 [15]
Männer, ≥ 14 Jahre	Rund 10%	
Frauen, 18–75 Jahre	22,4%	BZgA Liebesleben 2017 [13]
Männer, 18–75 Jahre	13,8%	

BZgA=Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Destatis=Statistisches Bundesamt, DIW=Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, SOEP=Sozio-oekonomisches Panel

leben bei weitem nicht alle homo- oder bisexuellen Menschen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften zusammen. Auch ist aufgrund von Stigmatisierungsängsten bei Selbstangaben von einer Untererfassung auszugehen [14].

Darüber hinaus lassen sich auf Basis des SOEP auch soziale Unterschiede zwischen lesbischen, schwulen und

bisexuellen Menschen auf der einen und heterosexuellen Menschen auf der anderen Seite feststellen. Mehr als die Hälfte der Menschen, die sich als lesbisch, schwul oder bisexuell identifiziert, lebt nach den Daten des SOEP in Großstädten mit über 100.000 Einwohner*innen, während dies für ein Drittel der Heterosexuellen gilt [1] (das Gendersternchen * wird genutzt, um die geschlechtliche Vielfalt sprachlich sichtbar zu machen). Sie leben insgesamt seltener in Partnerschaften und verlassen sich stärker als heterosexuelle Menschen auf außerfamiliäre Unterstützungsnetzwerke. Zudem weisen lesbische, schwule und bisexuelle Menschen zwar ein tendenziell höheres Bildungsniveau auf. Nach Angaben des SOEP zeigt sich aber, dass vor allem schwule Männern signifikant geringere Löhne erzielen als heterosexuelle Männer [1, 16]. Über die Lebenszeit kann dies zu geringeren finanziellen Ressourcen und Altersarmut führen [17].

3.2 Trans- und Intergeschlechtlichkeit

Deutlich schwerer ist die Zahl inter- und transgeschlechtlicher Menschen in Deutschland zu schätzen. Einige transgeschlechtliche Personen beantragen auf Grundlage des Transsexuellen-Gesetzes (TSG) die Änderung ihres Personenstands und Vornamens. Zwischen 2008 und 2016 stieg die Zahl dieser jährlichen Anträge von 903 auf 1.868 [18]. Die Häufigkeit von Transgeschlechtlichkeit wird in einer internationalen Metaanalyse auf 4,6 von 100.000 Personen beziffert [19]. Bezüglich Intergeschlechtlichkeit schreibt die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme 2015, dass jährlich etwa 150 Kinder mit „Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD)“ geboren werden [20]. Laut

Abbildung 1
Heteronormatives Geschlechtermodell
 Quelle: Rommel et al. 2019 [26]

Die heteronormative Ausrichtung der Gesellschaft stellt ein Gesundheitsrisiko für LSBTI-Personen dar.

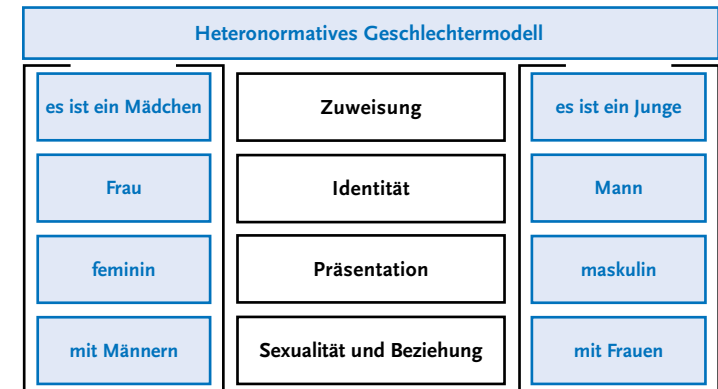
Schätzung des Deutschen Ethikrats leben 80.000 intergeschlechtliche Personen in Deutschland [21]. Eine Übersichtsarbeit wissenschaftlicher und klinischer Studien bezieht zwischen 0,018% und 2,1% beziehungsweise 3,8% aller Geburten als „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ oder des urogenitalen Systems [22]. Die Free & Equal Initiative der Vereinten Nationen geht von einem Bevölkerungsanteil zwischen 0,05% bis 1,7% aus [23, 24]. Insgesamt sind diese Zahlen aber als grobe Annäherung zu verstehen, da verlässliche Angaben zur Zahl trans- und intergeschlechtlichen Menschen in Deutschland fehlen.

4. Gesellschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen

Soziale Bewegungen und zivilgesellschaftliche LSBTI-Organisationen haben durch ihre Öffentlichkeitsarbeit positive Selbst- und Fremdwahrnehmungen von LSBTI-Menschen gefördert und einen zentralen Beitrag für die wachsende gesellschaftliche Anerkennung geleistet. Neben verschiedenen Fortschritten bleiben jedoch weiterhin auch Defizite in der gesellschaftlichen und rechtlichen Gleichstellung und medizinischen Anerkennung bestehen.

4.1 Die heteronormative Ausrichtung der Gesellschaft

Die heteronormative Ausrichtung der Gesellschaft kann ein Gesundheitsrisiko für LSBTI-Personen sein. Heteronormativität beschreibt die Vorstellung, es gebe ausschließlich zwei biologisch und sozial übereinstimmende Geschlechter (Frauen und Männer), die in ihrer sexuellen Orientierung aufeinander bezogen sind [25]. Dies äußert sich in normativen sozialen Erwartungen, denen inter- und trans-



geschlechtliche sowie nichtheterosexuelle Menschen nicht entsprechen (Abbildung 1).

Heteronormativität kann sich gesellschaftlich in der Nichtanerkennung von angeborenen Variationen der Geschlechtsmerkmale, der geschlechtlichen Identität, der geschlechtlichen Selbstrepräsentation oder der sexuellen Orientierung äußern. Diese fehlende Anerkennung kann von Vorurteilen über Diskriminierung bis hin zu körperlichen und sexualisierten Übergriffen reichen [27]. Sie schließt auch gesetzliche Regelungen ein, die LSBTI-Personen von bestimmten Rechten ausschließen. Verschiedene Studien aus den USA, Großbritannien und Australien zeigen, dass homo- und bisexuelle sowie transgeschlechtliche Jugendliche häufig von Mobbing betroffen sind [28, 29]. In einer Studie des Deutschen Jugendinstituts zum Coming-out (Infobox Annex) fürchteten sich 73,9% der befragten lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgeschlechtlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor der Ablehnung durch befreundete Menschen, 69,4% durch Familie und 20,2% berichteten von Angst vor körperlicher Gewalt [30]. Trans- und intergeschlechtliche Menschen

berichten im Zusammenhang mit ihrer geschlechtlichen Selbstrepräsentation von Diskriminierungen im Alltag, Bildungswesen und auf dem Arbeitsmarkt [31, 32].

Solche Erfahrungen als Teil einer geschlechtlichen beziehungsweise sexuellen Minderheit können zu Stress führen und in der Folge die körperliche und psychische Gesundheit beeinträchtigen sowie das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen (Minority Stress Model [33], Psychological Mediation Framework [34]). Beispielsweise können die teilweise in diskriminierender Absicht abwertend gemeinten Bezeichnungen als „schwul“ oder „lesbisch“ zu negativen verinnerlichten Einstellungen zu Homosexualität führen (Internalized Homonegativity [35]), die bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen eine geringere Selbstakzeptanz, Selbstabwertung oder ein Gefühl von Einsamkeit fördern und sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können [30]. Eine wichtige Ressource in der Bewältigung von diskriminierenden Erfahrungen und in der Ausbildung eines positiven Selbstbildes stellen LSBTI-Communities und deren zivilgesellschaftliche Organisationen dar, die wichtige Anlauf-, Vernetzungs- und Beratungsangebote bereitstellen. Der Kontakt zu Menschen mit ähnlichen Lebenserfahrungen und Interessen, sowie gemeinsame Aktivitäten, können das psychische Wohlbefinden positiv beeinflussen [36].

4.2 Rechtliche Anerkennung und Gleichstellung

Der gesellschaftliche Umgang mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt ist auch eine Frage der Menschenrechte. Das von Deutschland ratifizierte Menschenrechtsabkommen der Vereinten Nationen (UN) und des Europarats

sichert allen Menschen das Recht auf Chancengleichheit für gesellschaftliche Teilhabe zu. Auf internationaler Ebene wird seit langem in UN-Resolutionen eine Anerkennung der Rechte von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten und ein Beenden der strafrechtlichen Verfolgung gefordert [37]. Der Artikel 3 des deutschen Grundgesetzes (GG) schreibt den Grundsatz der Gleichbehandlung seitens des Staates fest und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) von 2006 verbietet in arbeits- und zivilrechtlichen Belangen jede Form von Ungleichbehandlung im Zusammenhang mit Geschlecht und sexueller Identität.

In Deutschland waren homosexuelle Frauen und Männer lange Zeit von bestimmten Rechten systematisch ausgeschlossen und Verfolgung ausgesetzt. Schwule Männer wurden kriminalisiert, indem in Westdeutschland der im Nationalsozialismus verschärfte § 175 des Strafgesetzbuches („Unzucht zwischen Männern“) übernommen wurde. In der damaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) wurde er 1957 faktisch außer Kraft gesetzt und schließlich 1968 abgeschafft. Die rechtliche Entwicklung in der DDR ist aber nicht mit einer allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz von Homosexualität gleichzusetzen. Nach der deutschen Wiedervereinigung wurde § 175 im Jahr 1994 auch für das Gebiet der Bundesrepublik ersatzlos aufgehoben.

Nichtheterosexuelle Partnerschaften und Lebensgemeinschaften wurden lange Zeit rechtlich nicht anerkannt. Zwischen den Partner*innen konnten keine gegenseitigen Rechte und Pflichten geltend gemacht werden. Dies änderte sich durch die Einführung der eingetragenen Lebenspartnerschaft im Jahr 2001 und schließlich durch die Öffnung der Ehe auch für gleichgeschlechtliche Paare im Jahr 2017. Damit wurde ebenfalls das Recht auf gemeinsame

Während die rechtliche Gleichstellung homosexueller und bisexueller Menschen in Deutschland und auf internationaler Ebene Fortschritte gemacht hat, steht sie bei trans- und intergeschlechtlichen Menschen noch am Anfang.

Adoption nichtleiblicher Kinder durch gleichgeschlechtliche Lebenspartner*innen ermöglicht.

Im Jahr 2011 beschäftigte sich der Deutsche Ethikrat in einer Anhörung mit der Situation intergeschlechtlicher Menschen in Deutschland [38]. Durch Änderungen im Personenstandsrecht 2013 bestand erstmals die Möglichkeit eines offenen Geschlechtseintrags. Seit Ende 2018 ist der Geschlechtseintrag für intergeschlechtliche Kinder nicht mehr zwingend, sondern Eltern haben eine Wahlmöglichkeit. Durch das veränderte Personenstandsgesetz, nach dem intergeschlechtliche Menschen bei ihrem Geschlechtseintrag neben „weiblich“ oder „männlich“ alternativ auch „divers“ angeben oder die Angabe offen lassen können, entstand eine neue rechtliche Situation. Das zugrundeliegende Verfassungsgerichtsurteil aus dem Jahre 2017 erkennt erstmals die Existenz von Geschlechtern jenseits von Frau und Mann an [39]. Jedoch müssen intergeschlechtliche Personen vor der Änderung des Personenstands ein ärztliches Attest erbringen, um eine Änderung ihres Geschlechtseintrags zu erwirken. Dies wird von vielen intergeschlechtlichen Menschen als diskriminierend empfunden.

Obgleich die Gesetzesänderung auf intergeschlechtliche Personen zugeschnitten ist, versuchen auch transgeschlechtliche Personen, diese Regelung für eine Änderung ihres Geschlechtseintrags zu nutzen. Das sogenannte Transsexuellengesetz von 1980 wird von transgeschlechtlichen Menschen in vieler Hinsicht als diskriminierend empfunden. Eine Änderung der Vornamen und des Geschlechtseintrags müssen hier auf Kosten der antragstellenden Person durch zwei Sachverständigengutachten und ein Gerichtsurteil bestätigt werden [40]. Bis 2011 wurde darüber hinaus im sogenannten Transsexuellengesetz

gefordert, dass sich transgeschlechtliche Menschen einer Operation unterziehen müssen, die zu einer „Fortpflanzungsunfähigkeit“ führt, um ihren Geschlechtseintrag ändern zu können. 2011 ist nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts diese wichtige Barriere für die reproduktive Gesundheit von transgeschlechtlichen Menschen gefallen, jedoch wird von vielen Seiten ein Abbau von weiteren Barrieren für die Änderung von Vornamen und des Geschlechtseintrags gefordert [41].

Für die soziale und gesundheitliche Chancengleichheit sowie das individuelle Wohlbefinden ist der Grad der rechtlichen Anerkennung der geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt bedeutsam [42, 43]. Dieser bestimmt über die Ressourcen und Teilhabechancen von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen und beeinflusst, welchen Diskriminierungen sie ausgesetzt sind. Eine international vergleichende Studie zeigt den Zusammenhang zwischen variierenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf der einen und Wohlbefinden und Gesundheit auf der anderen Seite [42]. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden über das Konzept des strukturellen Stigmas gemessen. Zur Messung dieses Konzepts werden Gesetze und politische Maßnahmen gegenüber sexuellen Minderheiten, die fortlaufend von der International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association in Europe (ILGA) gesammelt werden, sowie Einstellungen gegenüber lesbischen und schwulen Menschen in der Bevölkerung aus dem European Social Survey zu einem Index zusammengefasst [42]. Die Befunde zeigen, dass sich nicht nur das Ausmaß des strukturellen Stigmas in den Staaten der Europäischen Union (EU) stark unterscheidet, sondern ein größeres strukturelles Stigma

zum Beispiel auch mit der Tendenz zur Verschleierung homo- und bisexueller Orientierungen [42] und mit einer geringeren Lebenszufriedenheit der Betroffenen einhergeht (Abbildung 2). Ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch zwischen den Bundesstaaten der USA zeigen: Die psychische Gesundheit von lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen ist in jenen Bundesstaaten besser, die auch gleichgeschlechtliche Ehen ermöglichen [44].

Im internationalen Vergleich weist Deutschland ein geringeres Ausmaß strukturellen Stigmas auf. Trotz rechtlicher Verbesserungen sind die Lebensrealitäten von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten aber weiterhin durch Benachteiligungen gekennzeichnet. Die weitere rechtsstaatliche Gleichstellung verschiedener geschlechtlicher und sexueller Lebensweisen ist ein wesentliches Fundament für ein selbstbestimmtes Leben und fördert die gesellschaftliche Anerkennung.

4.3 Medizinische Anerkennung

In den vergangenen Jahren wird geschlechtliche und sexuelle Vielfalt auch medizinisch verstärkt anerkannt, indem sie vonseiten der Gesundheitsberufe und ihrer Fachverbände seltener pathologisiert wird. Insbesondere bei den Themen Trans- und Intergeschlechtlichkeit besteht aber noch Handlungsbedarf. Ein wichtiger Schritt für die Anerkennung der sexuellen Vielfalt erfolgte 1990, indem die Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Homosexualität von der Liste der psychischen Erkrankungen strich [45]. Ende 2019 beschloss das Bundeskabinett ein Verbot von gezielten Interventionen, die sexuelle Orientierung oder die selbstempfundene geschlechtliche Identität einer Person verändern oder unterdrücken (sogenannte Konversionstherapien), da diese Interventionen bei Betroffenen oftmals psychische Schäden hinterlassen. Das

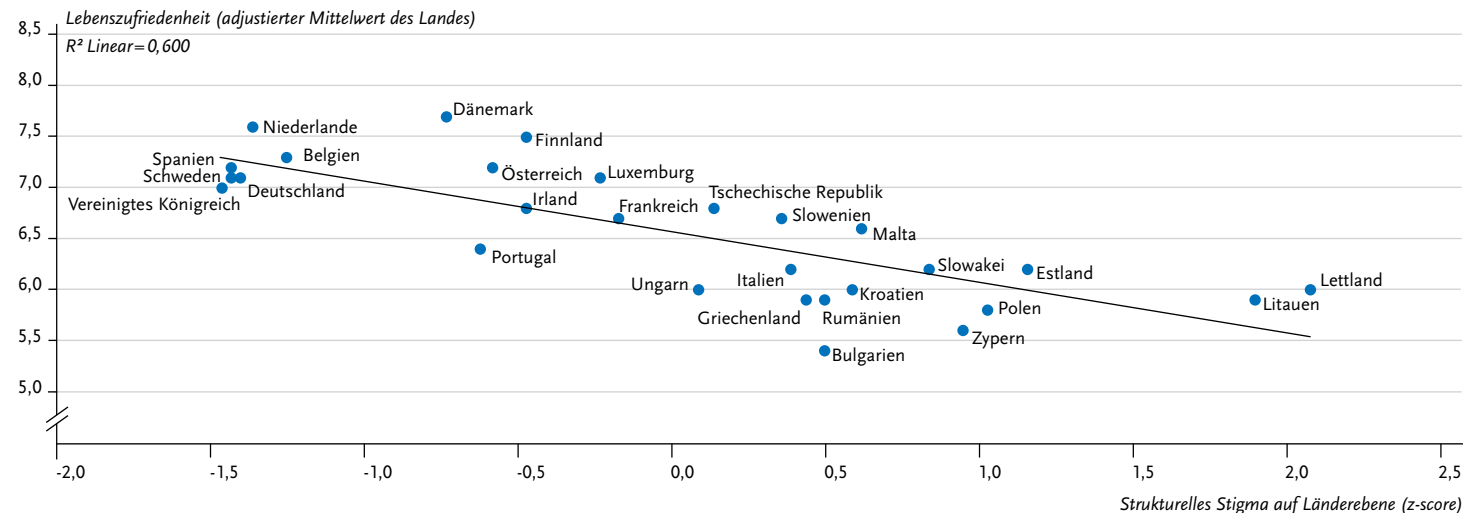


Abbildung 2
Selbstberichtete Lebenszufriedenheit unter sexuellen Minderheiten in Europa nach Grad des strukturellen Stigmas auf Länderebene
Quelle: Pachankis & Branstrom (2018) [42]

Verbot soll ab 2020 für Minderjährige und nichteinwilligungsfähige Erwachsene gelten und betrifft auch die öffentliche Werbung, das Anbieten und die Vermittlung solcher Maßnahmen. Es soll dem Schutz der geschlechtlichen und sexuellen Selbstbestimmung dienen.

Transgeschlechtlichkeit wird bisher in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) der WHO mit der Diagnose „Transsexualismus“ (F64.0) als psychische Störung klassifiziert. Mit der 11. Revision (ICD-11) dieser Klassifikation, die 2019 von der WHO verabschiedet wurde und 2022 in Kraft treten soll, wird Transgeschlechtlichkeit medizinisch nicht mehr als psychische Störung, sondern als geschlechtliche Nichtübereinstimmung beziehungsweise Geschlechtsinkongruenz in die Kategorie „Zustände sexueller Gesundheit“ eingeordnet. Geschlechtsinkongruenz beschreibt die Identifikation mit einem anderen als bei Geburt zugewiesenen oder mit keinem Geschlecht [46] und damit die Diskrepanz zwischen der empfundenen Geschlechtszugehörigkeit einerseits und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen andererseits. Sie wird nicht mehr per se als psychisches Leiden klassifiziert [47], kann nach der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) aber unter Umständen zu einem psychischen Leidenszustand führen, der seit 2013 als „Genderdysphorie“ bezeichnet wird [48].

Das Bundessozialgericht verpflichtete 1987 die Krankenkassen, die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen bei transgeschlechtlichen Menschen zu übernehmen. 1997 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, die Akademie für Sexualmedizin und die Gesellschaft für Sexualwissenschaft die „Standards der

Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“. Sie regelten den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsweg, den Prozess der Diagnostik und die Fristen bis zur Indikationsstellung einer Behandlung mit gegengeschlechtlichen Maßnahmen. Im Jahr 2009 verfasste der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) auf der Grundlage dieser Standards eine verbindliche „Begutachtungsanleitung Transsexualität“ [49], die geschlechtlich binär standardisiert und nach wie vor in Kraft ist. Behandelnde Ärzt*innen wurden damit in ihrer Möglichkeit eingeschränkt, individuelle und eigenverantwortliche Behandlungswege zu gestalten [49]. Unter anderem verlangt der MDS neben einer 18-monatigen Psychotherapie den sogenannten „Alltagstest“ [50], der die „Lebbarkeit“ im angestrebten Geschlecht überprüfen soll.

Die Begutachtungsanleitung Transsexualität wird kritisiert, weil sie die heteronormative Ausrichtung der Gesellschaft medizinisch fortschreibt, indem sie die geschlechtliche Vielfalt nicht anerkennt. So ist die Kostenübernahme von körperverändernden Maßnahmen an die Kriterien der Diagnose „Transsexualität“ gebunden, das heißt transgeschlechtliche Menschen müssen sich eindeutig gegengeschlechtlich als Frau oder Mann verstehen. Dies schließt Menschen aus, die sich außerhalb dieser Zweigeschlechtlichkeit beispielsweise als nichtbinär, queer oder agender verstehen (Infobox Annex) [51]. Individuelle geschlechtsangleichende Behandlungswege, in denen nur einzelne geschlechtsverändernde Behandlungen durchgeführt werden, sind somit für diese Personengruppe schwer oder nur auf eigene Kosten möglich [52].

Eine Veränderung soll die neue Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit:

S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ von 2018 bringen, die jedoch für den MDS bislang nicht bindend ist [53]. Die S3-Leitlinien lassen wesentlich größere Spielräume für individuelle Behandlungsverläufe zu. Psychotherapie und „Alltagstest“ wurden als Indikationsvoraussetzungen für somatische Behandlungen fallen gelassen und Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen als „informierte Einwilligung“ konzipiert, sodass maßgeblich Bedarfe von transgeschlechtlichen Menschen mit berücksichtigt werden sollen.

Das Thema Intergeschlechtlichkeit wird in einem Spannungsverhältnis zwischen Medikalisierung [54] und Entpathologisierung diskutiert. So wird in der 2022 in Kraft tretenden ICD-11 der WHO Intergeschlechtlichkeit als „Disorder“, das heißt als „Störung“ klassifiziert und damit als grundsätzlich behandlungsbedürftig angesehen. Aus menschenrechtlicher Sicht wird diese Klassifikation kritisiert, da sie von einer zweigeschlechtlichen Norm ausgeht und Abweichungen als grundsätzlich behandlungsbedürftig pathologisiert [55]. Die Begrifflichkeit „Störung der Geschlechtsentwicklung (DSD)“ wird dementsprechend abgelehnt und stattdessen Intergeschlechtlichkeit als Variationen der Geschlechtsmerkmale beschrieben [56].

Medizinisch nicht notwendige Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern gehen auf Forschungen der 1950er-Jahre zur psychosexuellen Entwicklung zurück, die von einer sozialen Formbarkeit der geschlechtlichen Identität ausgingen. Vermutet wurde, dass intergeschlechtliche Kinder durch eine Erziehung als Mädchen oder Junge eine entsprechende Identität ausbilden würden und dies durch medizinische Eingriffe in einer frühen Lebensphase flankierend unterstützt werden könnte [54, 57]. Begründet

wurden die Operationen häufig mit der Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung des Kindes, die auf ein normatives Zweigeschlechtermodell zurückgeht und Intergeschlechtlichkeit als Abweichung begreift. So wurde die Geburt eines intergeschlechtlichen Kindes als psychosozialer Notfall für die Eltern eingestuft. Gesellschaftliche Erwartungen sowie normative Vorstellungen von Geschlecht seitens des ärztlichen Personals und auch der Eltern sind ebenso bedeutsam [57].

In den letzten Jahren empfehlen medizinische Leitlinien zunehmend Zurückhaltung bei geschlechtsverändernden Eingriffen bei intergeschlechtlichen Menschen. Auch der Deutsche Ethikrat mahnte 2012 in einer Stellungnahme zum Thema „Intersexualität“ eine umfassende Abwägung aller Vor- und Nachteile eines Eingriffs und seiner langfristigen Folgen an [58]. In der Stellungnahme der Bundesärztekammer von 2015 zur „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)“ wird klargestellt, dass Eingriffe grundsätzlich nur erfolgen sollen, um lebensbedrohliche Situationen oder schwerwiegende Gesundheitsgefährdungen abzuwenden [20]. Schließlich empfiehlt die S2-Leitlinie „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. von 2016 medikamentöse oder chirurgische Eingriffe an nichteinwilligungsfähigen Kindern nur in Ausnahmefällen vorzunehmen [59].

Das EU-Parlament hat 2019 eine Resolution verabschiedet, die unter anderem die Unterlassung von medizinisch

nicht notwendigen körperverändernden Operationen bei intergeschlechtlichen Menschen fordert [60]. In Deutschland liegt seit Anfang 2020 ein Referentenentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen vor [61]. Dieser sieht vor, dass geschlechtsangleichende medizinische Eingriffe an Kindern nur in unaufschiebbaren Fällen und zur Abwendung von Lebensgefahr zulässig sein sollen.

5. Die gesundheitliche Lage von LSBTI-Personen

Die Themenauswahl der folgenden Ausführungen orientiert sich stark an der Verfügbarkeit von Befunden aus Deutschland sowie aus internationalen Studien. Auch wenn die internationalen Zahlen nicht direkt auf Deutschland übertragbar sind, so zeigen sie wichtige Zusammenhänge auf und können Hinweise auf mögliche gesundheitliche Ungleichheiten geben.

Die im Folgenden dargestellten Gruppen sind in sich heterogen. Geschlecht und sexuelle Orientierung ([Infobox Annex](#)) wirken mit weiteren sozialen Differenzkategorien wie Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund/-geschichte oder Personen/People of color zusammen. Personen/People of color ist eine Eigenbezeichnung von Menschen, die von Rassismus betroffen sind [62]. Die Differenzkategorien werden dabei nicht als individuelle Eigenschaften, sondern als gesellschaftliche Machtverhältnisse begriffen, die mit Privilegierungen oder Benachteiligungen verbunden sind. Sie addieren sich nicht auf, sondern bringen in Kombination spezifische Lebenslagen hervor, welche die gesundheitliche Lage beeinflussen. Dieses Zusammenwirken wird unter dem Begriff der Intersektionalität (engl. intersection:

Kreuzung, Schnittpunkt) gefasst [63]. Wenn also im Folgenden der Fokus auf dem Geschlecht (trans- und intergeschlechtliche Menschen) sowie der sexuellen Orientierung (lesbische, schwule und bisexuelle Menschen) liegt, so sollte beachtet werden, dass die Heterogenität innerhalb der jeweiligen Gruppen mit den vorliegenden Daten kaum darstellbar ist. Die gesundheitliche Situation ist nicht nur abhängig vom Geschlecht und der sexuellen Orientierung, sondern kann je nach weiteren Zugehörigkeiten sehr unterschiedlich ausfallen.

5.1 Lesbische Frauen

In einer Befragungsstudie zur gesundheitlichen Situation von lesbischen Frauen in Deutschland von 2005 gaben 55 % der Befragten an, ein sehr gutes bis gutes subjektives Wohlbefinden zu haben. Lediglich 1,1 % berichteten von einem körperlichen und 1,7 % von einem psychisch schlechten Wohlbefinden [6]. In einer schwedischen Studie wiesen lesbische und bisexuelle Frauen in der Altersgruppe bis 45 Jahre einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf als heterosexuelle Frauen [64]. Besondere Aspekte der gesundheitlichen Lage lesbischer Frauen sind bisher bezüglich körperlicher Erkrankungen (Krebserkrankungen), der psychischen Gesundheit (Suizidalität, psychische Erkrankungen), des Substanzkonsums und der Gewaltbetroffenheit beschrieben worden [6, 65].

Auf Basis der deutschen Krebsregisterdaten können keine Aussagen zur Krebsmorbidity und -mortality lesbischer Frauen gemacht werden. Die Befunde aus den wenigen internationalen epidemiologischen Studien insbesondere aus den USA weisen entweder auf eine erhöhte Inzidenz

spezifisch für Brustkrebs bei nichtheterosexuellen Frauen oder zeigen keinen Unterschied nach sexueller Orientierung [66]. Eine Studie aus Dänemark ergab, dass bei lesbischen Frauen in Partnerschaften die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Krebserkrankung nicht deutlich größer ist, als in der Gruppe der Frauen insgesamt. Auch spezifische Krebserkrankungen wie die Diagnose eines Zervixkarzinoms, von Brustkrebs oder Lungenkrebs entsprechen in etwa den erwarteten Neuerkrankungen in der Gruppe der Frauen [67]. Demgegenüber weisen die Daten der dänischen National Cohort Study für lesbische im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine höhere Mortalität für Krebs aus (Hazard Ratio 1,62; 95 %-KI 1,28–2,05) [68].

Als Hintergrund der beschriebenen Morbiditäten werden verhaltensassoziierte Risikofaktoren diskutiert, insbesondere im Gesundheitsverhalten (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum [69–71], im reproduktiven Verhalten [72]) und in der Inanspruchnahme spezifischer Früherkennungsmaßnahmen [70], wie auch bezüglich des Risikos sexuell übertragbarer Infektionen [73], die in der Ätiologie von Krebserkrankungen eine Rolle spielen. Bisher werden sexuelle Kontakte zwischen lesbischen Frauen selten im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Erkrankungen wissenschaftlich untersucht. Auch könnten die Ergebnisse auf einen spezifischen Versorgungsbedarf im Bereich der Früherkennung hinweisen.

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit ergab eine systematische Übersichtsarbeit europäischer Studien Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz des riskanten Substanzmittelkonsums beziehungsweise von Substanzabhängigkeit bei lesbischen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen [69]. Eine eingeschlossene Studie fand eine 12-Monats-Prävalenz von

14,0 % (Odds Ratio 4,05; 95 %-Konfidenzintervall (KI) 1,56–10,47) und eine Lebenszeitprävalenz von 25,6 % (Odds Ratio 3,43; 95 %-KI 1,60–7,33) für riskanten Substanzkonsum beziehungsweise Substanzabhängigkeit im Vergleich zu 2,9 %, respektive 7,1 % bei heterosexuellen Frauen [74]. Eine weitere populationsbasierte Querschnittstudie aus den USA untersuchte die 12-Monats-Prävalenz von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeiten. Lesbische Frauen hatten im Vergleich zu heterosexuellen Frauen signifikant höhere Prävalenzen, sowohl beim Konsum von Marihuana (16,7 % vs. 2,6 %) und anderen Drogen (12,6 % vs. 3,1 %) als auch bei der Abhängigkeit von Alkohol (13,3 % vs. 2,5 %), von Marihuana (2,8 % vs. 0,2 %) und anderen Drogen (5,7 % vs. 0,4 %) [75].

Neben Risikofaktoren für die Gesundheit gibt es auch Hinweise auf gesundheitsförderliches Verhalten von lesbischen Frauen: So gaben in einer deutschen Studie von 2005 77,6 % der Befragten an, regelmäßig Sport zu treiben, 40,7 % berichteten, zwei Stunden oder mehr pro Woche sportlich aktiv zu sein [6].

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass lesbische Frauen ein hohes Suizidalitätsrisiko haben, was bisher wenig Beachtung in der Suizidprävention findet [68, 76]. Als wichtige Einflussfaktoren gelten hierbei Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen, insbesondere auch mit sexualisierter Gewalt und Gewalterfahrungen in jüngerem Alter [76, 77]. In einer der wenigen bevölkerungsbezogenen Befragungen aus Schweden, die zwischen sexuellen Orientierungen differenzierte, waren bisexuelle und lesbische Frauen die am stärksten von Diskriminierung, Gewalt und Gewaltandrohungen betroffene Gruppe [64]. Die Zugehörigkeit zu geschlechtlichen oder sexuellen Minderheiten

kann aber auch gesundheitlich förderliche Effekte haben: Nach Informationen des US-amerikanischen MetLife-Surveys aus dem Jahr 2006 gaben 38% der Befragten an, dass sie durch unterstützende soziale Netzwerke, über eine Stärkung der Resilienz und „Krisenkompetenz“ negative Erfahrungen besser bewältigen können [8].

5.2 Schwule Männer

Die gesundheitliche Situation schwuler Männern ist bisher hauptsächlich mit Fokus auf sexuell übertragbare Erkrankungen betrachtet worden. Dies liegt in höheren Prävalenzen zum Beispiel für Infektionen mit HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) bei schwulen Männern im Vergleich zu heterosexuellen Menschen oder lesbischen Frauen begründet, birgt jedoch die Gefahr der Reduktion schwuler Lebensweisen auf sexuelle Verhaltensweisen. Über die allgemeine gesundheitliche Lage schwuler Männer ist vergleichsweise wenig bekannt. Daten liegen überwiegend zu Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) vor. In dieser Gruppe werden schwule und bisexuelle Männer zusammengefasst, aber auch Männer, die Sex mit Männern haben, ohne sich selbst als schwul oder bisexuell zu verstehen.

Bezüglich sexuell übertragbarer Erkrankungen weisen MSM im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Risiko auf. Im Rahmen des Europäischen MSM Internet Survey (EMIS) von 2017 berichteten etwa 14,2% der Teilnehmenden, jemals eine Syphilis-Diagnose erhalten zu haben [78]. Das Risiko war innerhalb der MSM ungleich verteilt: MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion gaben häufiger eine Syphilis-Diagnose an (15%) als MSM ohne

HIV-Diagnose (3%). In Deutschland wurden im Jahr 2018 insgesamt 7.332 Syphilis-Fälle gemeldet [79], wobei auf MSM 85,0% der Meldungen mit bekanntem Übertragungsrisiko entfallen. Darüber hinaus berichteten 19,2% der EMIS-Teilnehmenden jemals mit Gonorrhö und 13,9% mit Chlamydien diagnostiziert worden zu sein [78]. Auch hier berichteten Männer mit HIV-Infektion häufiger von einer Diagnose.

Männer, die Sex mit Männern haben, haben auch ein erhöhtes Risiko für HIV. Im Rahmen der EMIS-Studie gaben 10% aller Teilnehmenden an, eine HIV-Diagnose erhalten zu haben. In Deutschland nehmen die HIV-Neudiagnosen unter MSM seit 2014 ab [80]. Dennoch waren im Jahr 2018 von den schätzungsweise 2.400 Personen, die sich mit HIV neu infiziert haben, 1.600 MSM. Wenn MSM mit humanen Papillomaviren (HPV) und HIV infiziert sind, kann aufgrund der Immunsuppression gleichzeitig ein erhöhtes Risiko für Anal- und Kolorektalkarzinome bestehen [81, 82]. Es besteht die Hoffnung, dass mit Maßnahmen wie verbesserten Testangeboten, der frühen Behandlung HIV-Infizierter und der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) die Zahl der Neuinfektionen, und damit auch der berichteten Komorbiditäten, in den nächsten Jahren weiter verringert werden kann.

Schwulenfeindlichkeit und strafrechtliche Verfolgung (in den alten Bundesländern bis 1994) können Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die körperliche Gesundheit haben. Verschiedene internationale Metaanalysen und systematische Reviews zeigen, dass schwule und bisexuelle Männer beziehungsweise MSM im Vergleich zu heterosexuellen Männern häufiger durch Angststörungen, Depressionen, Alkohol- und

Drogenabhängigkeit sowie Suizidalität belastet sind [33, 83, 84]. Laut einer internationalen Metaanalyse von 2017 liegt zum Beispiel die Lebenszeitprävalenz für Suizidgedanken für MSM bei 35,0% (Range zwischen den Ländern 13,2% bis 55,8%) [85]. Psychische Belastungen und Suizidalität können zudem auch mit einer HIV-Infektion einhergehen. Ein positiver HIV-Status führte in den vorliegenden Untersuchungen zu einem signifikant erhöhten Risiko für suizidale Gedanken [85]. Auch tatsächliche Suizidversuche sind bei schwulen und bisexuellen Männern häufiger als bei heterosexuellen Menschen (Relatives Risiko 4,28; 95%-KI 2,32–7,88) [84].

Psychische Erkrankungen und Stress können sich auch negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Eine populationsbasierte Querschnittstudie aus den USA untersuchte die 12-Monats-Prävalenz von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit. Danach hatten schwule Männer zwar eine leicht erhöhte Prävalenz für starken Alkoholkonsum (18,1% vs. 13,7%), dieser war jedoch nicht statistisch signifikant [75, 86]. Deutlicher fielen die Unterschiede jedoch bei der Alkoholabhängigkeit (16,8% vs. 6,1%) und bei Konsum und Abhängigkeit von illegalen Drogen aus [75]. Als mögliche Gründe werden auch Strategien zur Bewältigung von Stress aufgrund von Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung genannt [33, 83]. Die zunehmende gesellschaftliche und rechtliche Anerkennung schwuler Lebensweisen stellt eine positive Entwicklung dar, von der eine Angleichung der gesundheitlichen Lage schwuler Männer an die heterosexueller Menschen nicht zuletzt in den Bereichen der seelischen Gesundheit und des gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens zu erwarten ist.

5.3 Bisexuelle Menschen

Die Lebens- und Gesundheitssituation von bisexuellen Menschen wird selten in den Blick genommen, weil sie meist unter die Gruppen der lesbischen oder schwulen Menschen subsummiert wird. Die wenigen vorliegenden Befunde zu bisexuellen Menschen beziehen sich fast ausschließlich auf Frauen und Männer. Weitere geschlechtliche Verortungen wie beispielsweise nichtbinär oder queer werden nur sehr selten berücksichtigt.

Bei bisexuellen Frauen gibt es weniger Hinweise auf sexuell übertragbare Infektionen als bei bisexuellen Männern. Allerdings wird die Häufigkeit solcher Infektionen in dieser Gruppe selten thematisiert. Bei Frauen, die Sex mit Frauen haben, gibt es Hinweise auf häufigere bakterielle Vaginosen [87]. Bezogen auf bisexuelle Männer zeigte ein US-amerikanischer Survey, dass bisexuelle Männer häufiger HIV-positiv (7,7%) sind als heterosexuelle Männer (0,3%), aber seltener als schwule Männer (17,4%) [88]. Bezüglich weiterer sexuell übertragbarer Erkrankungen ergaben sich keine Unterschiede zwischen Männern mit schwuler oder bisexueller Identität [89].

Eine populationsbasierte Querschnittstudie aus den USA untersuchte die 12-Monats-Prävalenzen von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeiten von Frauen und Männern. Bisexuelle Frauen neigten im Vergleich zu heterosexuellen Frauen häufiger zu starkem Alkoholkonsum (25,0% vs. 8,4%) sowie zu höheren Prävalenzen für den Konsum von Marihuana (22,2% vs. 2,6%), anderen Drogen (14,1% vs. 3,1%) sowie zu Alkoholabhängigkeit (15,6% vs. 2,5%) [75]. Weiterhin neigten bisexuelle Menschen, besonders Frauen, im Vergleich zu heterosexuellen sowie lesbischen und

schwulen Menschen zu einem deutlich höheren Tabakkonsum [90]. Bisexuelle Männer wiesen im Vergleich zu heterosexuellen Männern nur eine geringfügig erhöhte Prävalenz beim starken Alkoholkonsum auf (16,4% vs. 13,7%). Erhöhte Prävalenzen bei bisexuellen Männern wurden allerdings für Alkoholabhängigkeit (19,5% vs. 6,1%), den Konsum von Marihuana (13,2% vs. 6,2%) und weiteren Drogen (17,7% vs. 4,5%) und der Abhängigkeit von diesen (5,1% vs. 0,5%) berichtet [75].

Sowohl in der Gesellschaft als auch in lesbischen, schwulen und queeren Communities ([Infobox Annex](#)) sind bisexuelle Menschen nicht immer selbstverständlich akzeptiert und werden entweder in ihrer sexuellen Orientierung nicht ernst genommen oder sind mit Vorurteilen konfrontiert [91]. Wie lesbische und schwule Menschen haben bisexuelle Menschen ein höheres Risiko für Suizidgedanken und Suizidversuche als heterosexuelle Personen [92]. Zudem zeigte ein Review, dass bisexuelle Menschen aber auch generell Menschen, die ihre sexuelle Orientierung hinterfragen („questioning“), im Vergleich mit lesbischen und schwulen Menschen häufiger zu selbstverletzendem Verhalten neigen [93]. Eine verstärkte Sichtbarkeit und gesellschaftliche Anerkennung könnte insbesondere für die psychische Gesundheit bisexueller Menschen förderlich sein.

5.4 Transgeschlechtliche Menschen

Durch das Engagement transgeschlechtlicher Menschen sind in den vergangenen Jahren vermehrt Schritte zu einer medizinischen Anerkennung zu verzeichnen ([Kapitel 4.3](#)). Dennoch prägen weiterhin die gesellschaftliche und

medizinische Orientierung an einer zweigeschlechtlichen Norm die gesundheitliche Situation von transgeschlechtlichen Menschen [94]. Diskriminierungserfahrungen im alltäglichen Leben und Barrieren auf dem Weg zur Geschlechtsangleichung und in der gesundheitlichen Versorgung im Allgemeinen ([Kapitel 4.3](#)) werden von vielen transgeschlechtlichen Menschen als belastend beschrieben und können zu Stress und einer schlechteren psychischen Gesundheit führen.

Vor diesem Hintergrund weisen internationale Studien hohe Prävalenzen für depressive Erkrankungen von transgeschlechtlichen Menschen auf [4, 95]. Ergebnisse aus Neuseeland zeigen, dass junge transgeschlechtliche Menschen eine fast fünffach höhere 12-Monats-Prävalenz eines Suizidversuchs aufweisen als Personen, die in dem Geschlecht leben, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde (weiblich/männlich) [96]. Ein Review internationaler Forschungsliteratur von 2016 stellte hohe Raten von nichtsuizidalem, selbstverletzendem Verhalten für transgeschlechtliche Personen fest (17%–42%). Insbesondere für transgeschlechtliche Menschen, die sich nicht binär als weiblich oder männlich verstehen (z. B. questioning, nichtbinär, agender; [Infobox Annex](#)), wird ein hohes Risiko beschrieben [93]. Diese Zahlen weisen auf einen dringenden Bedarf gesellschaftlicher Aufklärung bezüglich transgeschlechtlicher Menschen hin, um Diskriminierungen abzubauen und so die Selbstakzeptanz und psychische Gesundheit von transgeschlechtlichen Menschen zu fördern.

Zur sexuellen Gesundheit von transgeschlechtlichen Menschen liegen für Deutschland derzeit kaum Daten vor. Internationale Studien zeigen, dass unter transgeschlechtlichen Personen die Prävalenz von HIV höher ist als in der

Gesamtbevölkerung. So ergab eine Befragung transgeschlechtlicher Personen in den USA, dass 1,4 % der Teilnehmenden mit HIV lebten im Vergleich zu 0,3 % in der Gesamtbevölkerung [97]. Zusätzlich kannten 46 % der Teilnehmenden ihren HIV-Status nicht. Die HIV-Prävalenz bei US-amerikanischen, transgeschlechtlichen Frauen wird auf 14,1 % (95%-KI 8,7–22,2) und bei transgeschlechtlichen Männern auf 3,2 % (95%-KI 1,4–7,1) geschätzt [98]. Ein anderes systematisches Review schätzt die globale HIV-Prävalenz bei transgeschlechtlichen Frauen auf 19,1 % (95%-KI 17,4–20,7) [99]. Es ist aber unklar, inwieweit die Ergebnisse dieser Studien auf Deutschland übertragbar sind. Weiterhin variieren die Angaben zur HIV-Prävalenz bei transgeschlechtlichen Menschen zwischen den einzelnen Studien stark. Dennoch wird aus den Zahlen deutlich, dass HIV für transgeschlechtliche Menschen ein wichtiges Gesundheitsthema sein kann.

Das Gesundheitsverhalten von transgeschlechtlichen Menschen in Bezug auf körperliche Aktivität wird auch durch institutionelle Barrieren negativ beeinflusst. Da Bewegungsangebote meist an einer Zweigeschlechternorm ausgerichtet sind, ist der Zugang zu öffentlichen und privaten Einrichtungen wie Schwimmhallen und Sportvereinen für transgeschlechtliche Menschen oft erschwert. Weiterhin stellen befürchtete und erfahrene Diskriminierungen im organisierten Sport eine Barriere für gesundheitsförderliches Verhalten dar [100]. Teilweise bieten zivilgesellschaftliche Organisationen in Großstädten Bewegungsangebote für transgeschlechtliche und weitere geschlechtliche Minderheiten an, die nicht nur physisch, sondern durch ihren Austausch- und Vernetzungscharakter auch psychisch, gesundheitsförderlich wirken können [36].

5.5 Intergeschlechtliche Menschen

Zur allgemeinen gesundheitlichen Situation intergeschlechtlicher Menschen liegen bisher kaum Daten und Studien vor. Nach langjährigem Engagement intergeschlechtlicher Menschen hat die Diskussion um die soziale und gesundheitliche Situation von intergeschlechtlichen Personen insbesondere im letzten Jahrzehnt mehr öffentliche Aufmerksamkeit erhalten. Medizinisch nicht notwendige Eingriffe an intergeschlechtlichen Personen werden als zentrales Gesundheitsthema benannt. Organisationen intergeschlechtlicher Menschen kritisieren insbesondere chirurgische und medikamentöse Interventionen, die ohne umfassende informierte Einwilligung (z. B. an Kindern) vorgenommen werden oder das Ziel verfolgen, intergeschlechtliche Körper an binär definierte Geschlechternormen anzupassen, wie zum Beispiel durch die chirurgische Veränderung intergeschlechtlicher Genitalien [55]. Medizinisch nicht notwendige und lediglich normierende Eingriffe an nichteinwilligungsfähigen Kindern verletzen deren Recht auf körperliche Selbstbestimmung [101].

Diese nicht oder nur schwer reversiblen Maßnahmen können schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben wie Infertilität, chronische Schmerzen, Inkontinenz, sexuelle Funktionsstörungen und psychische Erkrankungen [23]. In einer Hamburger Studie mit 78 intergeschlechtlichen Erwachsenen gibt ein großer Teil der Befragten an, die medizinische Behandlung negativ erlebt zu haben. Klinisch relevanten Leidensdruck zeigten 62 % der Studienteilnehmenden, 47 % berichten von Suizidgedanken und 13,5 % von zurückliegenden Selbstverletzungen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose variierte das Ausmaß der psychischen Belastungen [102, 103].

LSBTI-Personen sehen sich mit spezifischen Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert.

In den vergangenen Jahren mahnten Leitlinien Zurückhaltung bei medizinisch nicht notwendigen geschlechtsverändernden Eingriffen an (Kapitel 4.3). Allerdings sind diese nicht bindend, was auch dazu geführt haben könnte, dass die Anzahl geschlechtsverändernder Eingriffe bislang nicht zurückgegangen ist. Sekundäranalysen der Fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass die Zahl der feminisierenden und maskulinisierenden Genitaloperationen an Kindern unter zehn Jahren zwischen 2005 und 2016 relativ konstant geblieben ist [104, 105]. Ein Verzicht von nicht medizinisch notwendigen Eingriffen bei nichteinwilligungsfähigen Kindern kann zur Wahrung von Kinder- und Menschenrechten beitragen [106, 107] und Eltern wie auch das behandelnde ärztliche Personal davon entlasten, verfrühte Entscheidungen zugunsten möglicherweise folgenschwerer geschlechtsverändernder Eingriffe zu treffen [105, 108].

5.6 Barrieren in der Versorgung

Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union enthält ein Diskriminierungsverbot und verlangt den gleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung [109]. Wie bisher beschrieben sind für lesbische, schwule, bisexuelle sowie trans- und intergeschlechtliche Menschen teilweise sehr unterschiedliche Themen relevant und auch die spezifische Versorgungssituation ist sehr unterschiedlich. Dennoch lassen sich übergreifend verschiedene Barrieren für eine gute Gesundheitsversorgung identifizieren [110]: Auf der individuellen Ebene werden Früherkennungsuntersuchungen und medizinische sowie psychologische Hilfe seltener in Anspruch genommen oder diese wird zeitlich

hinauszögert [8]. Als Gründe für die verzögerte oder ausbleibende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen werden erwartete oder erfahrende Diskriminierungen berichtet [111]. So zeigt eine dänische Studie, dass bei lesbischen Frauen die Diagnose eines Zervixkarzinoms erst in einem deutlich weiter fortgeschrittenen Stadium erfolgt als bei heterosexuellen Frauen [67]. Weiterhin werden mangelndes Fachwissen und Kompetenzen beim medizinischen Personal als Gründe für eine verzögerte Inanspruchnahme benannt [7, 65, 111, 112]. Dies kann für die Gesundheit nachteilige Folgen haben. Eine verzögerte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Fehldiagnosen kann zu einer Unter- und Fehlversorgung und schlechteren Krankheitsverläufen führen [67].

Eine weitere Barriere für eine gute Gesundheitsversorgung findet sich auf der Interaktionsebene zwischen Leistungserbringern und Inanspruchnehmenden [113]: Ein Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes von 2017 beschreibt auf der Grundlage einer Befragung, dass trans- und intergeschlechtliche Menschen diskriminiert werden, wenn das ärztliche und Pflegepersonal sich weigert, ihre Geschlechtlichkeit beziehungsweise geschlechtliche Identität anzuerkennen [111]. Weiterhin wird auch berichtet, dass gesundheitliche Beschwerden nicht erkannt werden, da die Leistungserbringer diese teilweise auf die sexuelle Orientierung oder die geschlechtliche Identität der Betroffenen zurückführen. Vorurteile und mangelndes Fachwissen zu LSBTI-spezifischen Gesundheitsthemen können Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und Qualität der Versorgung haben.

Auf der Ebene des Versorgungssystems zeigen sich strukturelle, organisatorische und regionale Zugangsbarrieren. Ein Problem stellt die Orientierung der Versorgung

an einer zweigeschlechtlichen und heterosexuellen Norm dar [114]. So berichten transgeschlechtliche Frauen und Männer, dass ihnen die Inanspruchnahme von gynäkologischen oder urologischen Untersuchungen, die an ihr biologisches Geschlecht anknüpfen, verweigert wurden [111]. Bezüglich der Versorgung intergeschlechtlicher Kinder und Jugendlicher werden gegenwärtig weitere Veränderungsbedarfe formuliert, insbesondere hinsichtlich der Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit in der Versorgung, der psychosozialen Unterstützung sowie der Gestaltung des Übergangs von der kinder- und jugendmedizinischen zur Gesundheitsversorgung für Erwachsene [115]. Der National LGBT Survey aus dem Vereinten Königreich hat Hinweise erbracht, dass Versorgungsbedarfe intergeschlechtlicher Menschen insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung bisher nicht angemessen adressiert werden [116]. Allgemein lassen sich auch regionale Unterschiede im Versorgungsangebot identifizieren. Beratungs- und Versorgungsleistungen auf Basis ausreichender Fachkenntnisse zur geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt finden LSBTI-Personen überwiegend in Großstädten und nur äußerst selten im ländlichen Raum. Dies erschwert die Erreichbarkeit insbesondere für ältere und mobilitätseingeschränkte Personen. Dies gilt ebenso für Peer-Beratungsstellen und Initiativen, die für LSBTI-Personen eine wichtige Ressource für Informationen darstellen. Die beschriebenen Barrieren sind bedeutsam, da die Versorgung die Gesundheit von LSBTI-Personen beeinflusst und so zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit beiträgt.

6. Diskussion

Zivilgesellschaftliche Akteur*innen konnten in den letzten Jahren teilweise mehr rechtliche Gleichstellung von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen sowie eine schrittweise Entpathologisierung und veränderte medizinische Leitlinien für Trans- und Intergeschlechtlichkeit erreichen. Dennoch sind geschlechtliche und sexuelle Vielfalt gesellschaftlich noch nicht vollständig akzeptiert und rechtlich anerkannt. Gleichzeitig finden sich nach wie vor stark heteronormativ ausgerichtete Gesellschaftsstrukturen und kulturelle Ordnungsmuster, die sich auf die Lebenssituation und damit auch auf die gesundheitliche Lage von LSBTI-Personen auswirken können. Auch die Angebote der Prävention, Versorgung und Gesundheitsförderung sind tendenziell an Zweigeschlechtlichkeit und einer heterosexuellen Norm ausgerichtet. Dies äußert sich in unterschiedlichen Teilhabechancen, Ressourcen und Diskriminierungen. Mit zunehmender gesellschaftlicher Akzeptanz und rechtlicher Gleichstellung sind aber auch weitere Verbesserungen in der gesundheitlichen Gleichstellung von LSBTI-Menschen zu erwarten.

Die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage von LSBTI-Menschen geben Hinweise auf spezifische Bedarfe: Hinsichtlich der psychischen Gesundheit spielen internalisierte (verinnerlichte) negative Einstellungen zum eigenen Geschlecht oder der sexuellen Orientierung eine wichtige Rolle, die einen positiven Selbstbezug erschweren. Das Geschlecht beziehungsweise die sexuelle Orientierung selbst sind nicht ursächlich für höhere Prävalenzen von Depressivität und Suizidalität. Vielmehr sind mangelnde Akzeptanz, Diskriminierung und Gewalterfahrungen

Die Datengrundlage zur gesundheitlichen Situation von LSBTI-Personen sollte verbessert werden.

psychisch belastend und können zu Erkrankungen führen. Ein akzeptierendes und unterstützendes soziales Umfeld sowie die Verfügbarkeit von Peer-Beratungsstellen mit Informations-, Beratungs- und Vernetzungsangeboten können sich auf die Gesundheit von LSBTI-Personen förderlich auswirken. Insgesamt besteht eine Forschungslücke zu gesundheitsförderlichen Faktoren von LSBTI-Personen.

Weiterhin gibt es viele Hinweise, dass die Gesundheitsversorgung noch nicht ausreichend an die Bedarfe von LSBTI-Personen angepasst ist und es häufig an Fachwissen und Sensibilisierung im Umgang mit LSBTI-spezifischen Gesundheitsthemen fehlt. Dies zeigt sich insbesondere an den konstant bleibenden Zahlen geschlechtsverändernder Maßnahmen an intergeschlechtlichen Kindern im nichteinwilligungsfähigen Alter, obwohl Leitlinien bei medizinisch nicht notwendigen Eingriffen Zurückhaltung empfehlen. In der Gesundheitsversorgung sollte die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt daher stärker berücksichtigt und anerkannt werden.

Bei den beschriebenen Gesundheitsproblemen ist zu berücksichtigen, dass es sich überwiegend um statistische Schätzungen und Wahrscheinlichkeiten handelt, die keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen zulassen. Des Weiteren wurden aufgrund der lückenhaften Datenlage neben Ergebnissen aus Deutschland auch internationale Studien herangezogen, die aufgrund anderer gesellschaftlicher Konstellationen und anderer Gesundheits- und sozialer Sicherungssysteme nicht ohne Weiteres auf den deutschen Kontext übertragbar sind.

Die vorhandene Forschungsliteratur ist bei den einzelnen Gruppen stark auf spezifische Themen fokussiert und es liegen kaum Informationen zur allgemeinen gesundheitlichen

Lage von LSBTI-Personen vor. Während die Forschung zur sexuellen Gesundheit aufgrund höherer HIV-Prävalenzen schwerpunktmäßig auf MSM bezogen war, bestehen in Bezug auf die sexuelle Gesundheit bei anderen Gruppen große Lücken. Darüber hinaus bedarf es vertiefter Forschung zur körperlichen und psychischen Gesundheit, um weitere gesundheitliche Bedarfe und gesundheitsförderliche Ressourcen zu identifizieren. Weiterhin liegt die Perspektive vieler Studien auf gesundheitlichen Risiken. Darüber hinaus sollten verstärkt auch gesundheitliche Ressourcen beschrieben und analysiert werden, um die Lebenswirklichkeit von LSBTI-Personen besser beschreiben zu können.

Schlussendlich konnte in den Darstellungen die Heterogenität innerhalb der jeweiligen Gruppen von LSBTI-Personen nicht hinreichend abgebildet werden. Ihre Lebenssituationen sind nicht nur durch ihre sexuelle Orientierung und ihr Geschlecht geprägt, sondern auch durch weitere soziale Zugehörigkeiten (z. B. durch den sozioökonomischen Status [14], das Alter [7] oder den Migrationshintergrund beziehungsweise die Verortung als Person of Color). Es bedarf daher einer verbesserten Datenlage, die auch die Vielfalt innerhalb der jeweiligen Gruppen berücksichtigt und eine Vergleichbarkeit mit der Gesamtbevölkerung herstellt. Eine spezifische Berücksichtigung von LSBTI-Personen in bevölkerungsrepräsentativen Studien und Monitoringsystemen ist erforderlich, um gesundheitliche und soziale Ungleichheiten verstärkt sichtbar zu machen und die Diskussion über Handlungsbedarfe mit Daten zu untermauern.

Derzeit werden verschiedene Anstrengungen unternommen, um die Informationsgrundlagen zur Gesundheit von LSBTI-Personen in Deutschland nach und nach zu verbessern. Mit dem veränderten Personenstandsrecht wird das

Geschlecht auch in offiziellen Statistiken des Gesundheits- und Sozialwesens zunehmend in veränderter Form erfasst. Perspektivisch sollte auch in größeren bevölkerungsbasierenden Erhebungen die geschlechtliche Vielfalt differenzierter abgebildet werden. Im Rahmen der Studien des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut werden entsprechende Konzepte derzeit ebenso erprobt wie die bevölkerungsrepräsentative Erhebung sexueller Orientierungen. Weitere Beispiele sind das Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, das im Jahr 2016 die sexuelle Orientierung der Befragten erstmals erhoben hat [1] und die Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD) der BZgA [13].

Darüber hinaus besteht Informationsbedarf zu spezifischen Anliegen und den Lebensverhältnissen von LSBTI-Menschen. So führte zum Beispiel die Queergesund*-Studie eine partizipative Bedarfserhebung zur „Gesundheitsförderung lesbischer, bisexueller und queerer Frauen“ durch. Sie identifizierte umfangreiche Handlungsanforderungen in Bezug auf eine gesellschaftliche Antidiskriminierungspolitik, den Abbau von Heteronormativität in der Gesundheitsversorgung und auch die Förderung von LSBTI- und Frauen/Lesben-Community-Projekten als zentrale gesundheitliche Ressource. Aktuell widmet sich das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „InTraHealth“ (2019–2022) der „Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für inter- und transgeschlechtliche Menschen durch den Abbau von Diskriminierung als versorgerseitiger Zugangsbarriere“ [117]. Dieses Projekt wird das bestehende [Wissensportal LSBTI²](#) um ein interaktives Selbstlernangebot zu Inter- und Transgeschlechtlichkeit für Gesundheitsfachkräfte erweitern. Weiterhin führte die

Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) 2019 bereits die zweite europaweite Befragung zu Diskriminierungserfahrungen von LSBTI-Personen durch, deren Ergebnisse 2020 veröffentlicht werden [118]. Solche Informationen werden dringend gebraucht, um gesundheitliche Bedarfe der unterschiedlichen Gruppen zu identifizieren und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Grundlegend gilt, dass Studienergebnisse stets in den gesellschaftlichen Kontext eingeordnet und neben gesundheitlichen Risiken auch gesundheitsförderliche Ressourcen in den Blick genommen werden müssen, um eine Diskriminierung und Stigmatisierung von LSBTI-Menschen durch die Berichterstattung zu verhindern. Darüber hinaus sollten für eine diskriminierungssensible Berichterstattung jene Menschen, über die berichtet wird, in die Konzeption des Studiendesigns, die Erhebung, Auswertung und Verschriftlichung von Ergebnissen einbezogen werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Kathleen Pöge
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: PoegelK@rki.de

Zitierweise

Pöge K, Dennert G, Koppe U, Güldenring A, Matthigack EB et al. (2020) Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring* 5(S1): 2–30. DOI 10.25646/6448

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Interessenkonflikt

Die Autor*innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken ganz besonders Sarah Strasser (Robert Koch-Institut) und Berit Blawert (Fachhochschule Dortmund) für die Unterstützung bei der Recherche für diesen Artikel.

Literatur

- Kroh M, Kühne S, Kipp C et al. (2017) Einkommen, soziale Netzwerke, Lebenszufriedenheit: Lesben, Schwule und Bisexuelle in Deutschland. *DIW Wochenbericht* 84(35):687–698
- Miranda-Mendizábal A, Castellví P, Parés-Badell O et al. (2017) Sexual Orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and metaanalysis. *Br J Psychiatry* 211:77–87
- Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE et al. (2016) Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health* 106(5):e1–e12
- Mayock P, Bryan A, Carr N et al. (2009) Supporting LGBT Lives: a study of the mental health and wellbeing of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) and BeLonGTo, Dublin
- Schweizer K, Richter-Appelt H (2009) Leben mit Intersexualität. *PiD-Psychotherapie im Dialog* 10(01):19–24
- Dennert G (2005) Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Centaurus-Verlag, Herbolzheim
- Higgins A, Sharek D, McCann E et al. (2011) Visible Lives: Identifying the experiences and needs of older Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) people in Ireland. Gay and Lesbian Equality Network (GLEN), Dublin
- Institute of Medicine (2011) *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. The National Academies Press, Washington, DC
- Bohlender A, Huber S, Glemser A et al. (2018) SOEP-Core – 2016: Methodenbericht Stichproben A-L1. SOEP Survey Papers 493: Series B. DIW Berlin/SOEP, Berlin
- Statistisches Bundesamt (2016) Qualitätsbericht: Mikrozensus 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Bode H, Heßling A (2015) Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Cerwenka S, Brunner F (2018) Sexuelle Identität, sexuelle Attraktion und sexuelles Verhalten – Dimensionen sexueller Orientierungen in der Survey-Forschung. *Z Sex-Forsch* 31(03):277–294
- Matthiesen S, Dekker A, Brunner F et al. (2017) Sexuelles Verhalten, Einstellungen und sexuelle Gesundheit in Deutschland. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Erwachsenensexualität. UKE Hamburg; BZgA, Köln; Kantar Emnid, Bielefeld
- Lengerer A, Bohr J (2019) Gleichgeschlechtliche Partnerschaften in Deutschland – Verbreitung, Entwicklung und soziale Unterschiede. *Informationsdienst soziale Indikatoren* (62):7–12
- Haversath J, Gartner KM, Kliem S et al. (2017) Sexualverhalten in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 114(33–34):545–550
- Humpert S (2016) Somewhere over the rainbow: sexual orientation and earnings in Germany. *Int J Manpow* 37(1):69–98
- Badgett MVL, Schneebaum A (2015) *The Impact of Wage Equality on Sexual Orientation Poverty Gaps*. The Williams Institute, Los Angeles
- Bundesamt für Justiz (2017) Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2016. https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.pdf;jsessionid=03AA13E646A5B84608D39B33A774A33E.2_cid377?__blob=publicationFile&v=12 (Stand: 10.02.2020)
- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W et al. (2015) Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 30(6):807–815
- Bundesärztekammer (2015) Stellungnahme „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)“ des wissenschaftlichen Beirats. *Dtsch Arztebl* 112(13): A-598/B-510/C-498
- Höhne SO, Finke R (2008) *Intersexualität bei Kindern*. Uni-Med Verlag Ag, Bremen, London, Boston
- Hauck L, Richter-Appelt H, Schweizer K (2019) Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit. *Z Sex-Forsch* 32(02):80–89

23. United Nations for LGBT Equality, Office of the High Commissioner for Human Rights (Hrsg) (2018) Fact Sheet Intersex. <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/UNFE-Intersex.pdf> (Stand: 10.02.2020)
24. van Lisdonk J (2014) Living with intersex/DSD: An exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD. Netherlands Institute for Social Research, The Hague
25. Wagenknecht P (2007) Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In: Hartmann J, Klesse C, Wagenknecht P et al. (Hrsg) Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 17–34
26. Rommel A, Pöge K, Krause L et al. (2019) Geschlecht und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Konzepte und neue Herausforderungen. Public Health Forum 27(2):98–102
27. Beigang S, Fetz K, Kalkum D et al. (2017) Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Nomos Verlag, Baden-Baden
28. Guasp A (2012) The School Report. The experiences of gay young people in Britain's schools in 2012. Centre for Family Research, University of Cambridge
29. Kosciw JG, Greytak EA, Giga NM et al. (2016) The 2015 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. GLSEN, New York
30. Krell C, Oldemeier K, Müller S (2015) Coming-out – und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Deutsches Jugendinstitut, München
31. Ghattas DC (2019) Protecting intersex people in Europe: a toolkit for law and policymakers. ILGA-Europe, oii Europe, Brüssel
32. European Union Agency for Fundamental Rights (2016) Professionally speaking: Challenges to achieving equality for LGBT people. European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg
33. Meyer IH (2003) Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychol Bull 129(5):674–697
34. Hatzenbuehler ML (2009) How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. Psychol Bull 135(5):707–730
35. Berg RC, Weatherburn P, Ross MW et al. (2015) The Relationship of Internalized Homonegativity to Sexual Health and Well-Being Among Men in 38 European Countries Who Have Sex With Men. J Gay Lesbian Ment Health 19(3):285–302
36. Ceatha N, Mayock P, Campbell J et al. (2019) The Power of Recognition: A Qualitative Study of Social Connectedness and Wellbeing through LGBT Sporting, Creative and Social Groups in Ireland. Int J Environ Res Public Health 16:3636
37. Office of the High Commissioner for Human Rights (2019) United Nations Resolutions – Sexual orientation and gender identity. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LGBTUNResolutions.aspx> (Stand: 17.12.2019)
38. Deutscher Ethikrat (2011) Pressemitteilung 07/2011. Jenseits von Mann und Frau – Anhörung des Deutschen Ethikrates zum Thema Intersexualität. <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2011/jenseits-von-mann-und-frau-anhoerung-des-deutschen-ethikrates-zum-thema-intersexualitaet/> (Stand: 10.02.2020)
39. Bundesverfassungsgericht (2017) Leitsätze zum Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017 – 1 BvR 2019/16–40. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2017/10/rs20171010_1bvr201916.html (Stand: 10.02.2020)
40. Adamietz L, Bager K (2016) Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität – Band 7. Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin
41. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e. V., Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) e. V. et al. (2018) Stellungnahme zum Dritte-Option-Gesetz bzw. „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben“. [http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/o/05678b34d-4464d79c12583230025a208/\\$FILE/brief_dritte-option-2018_10-oktober.pdf](http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/o/05678b34d-4464d79c12583230025a208/$FILE/brief_dritte-option-2018_10-oktober.pdf) (Stand: 10.02.2020)
42. Pachankis JE, Branstrom R (2018) Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. J Consult Clin Psychol 86(5):403–415
43. Krieger N (2014) Discrimination and health inequities. Int J Health Serv 44(4):643–710

44. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM et al. (2010) The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study. *Am J Public Health* 100(3):452–459
45. Cochran SD, Drescher J, Kismodi E et al. (2014) Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* 92(9):672–679
46. Güldenring A, van Trotsenburg M, Flütsch N (2019) Queering Medicine – Dringlichkeit einer bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Transgendergesundheitsversorgung. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel* 12(3):84–94
47. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2018) Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (Stand: 10.02.2020)
48. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med* 17:133–137
49. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) (2009) Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Grundlagen der Begutachtung. MDK, Essen
50. Sauer A, Güldenring A, Tuider E (2016) Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. Hogrefe, Bern, S. 420–432
51. Richards C, Bouman WP, Seal L et al. (2016) Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiatry* 28(1):95–102
52. Hamm J, Sauer A (2014) Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Z Sex-Forsch* (27):4–30
53. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2018) Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html> (Stand: 10.02.2020)
54. Klöppel U (2010) XXoXY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin Eine historische Studie zur Intersexualität. transcript Verlag, Bielefeld
55. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen – OII Germany e. V. (2009) Forderungen. <https://oiigermany.org/forderungen-archiv/> (Stand: 10.12.2019)
56. Matthigack EB (2017) Notwendigkeit von Fortbildung zum Thema Intergeschlechtlichkeit. In: *Schwulenberatung Berlin (Hrsg) „Ich fühlte mich verstanden, und das ist alles, was zählt“ Wissenschaftliche Begleitforschung zum Pilotprojekt Inter* und Trans* Beratung QUEER LEBEN*, Schwulenberatung Berlin, Berlin
57. Ghattas DC, Sabisch K (2017) Mehr als „Mann“ und „Frau“ – Menschenrechte und Teilhabe intergeschlechtlicher Personen in Deutschland. In: Diehl E (Hrsg) *Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 158–179
58. Deutscher Ethikrat (2012) Intersexualität. <https://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/intersexualitaet/> (Stand: 10.02.2020)
59. Kregge S, Eckoldt F, Richter-Unruh A (2016) S2k-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-001_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf (Stand: 10.02.2020)
60. European Parliament (2019) European Parliament: Resolution 2018/2878(RSP). The rights of intersex people. http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0128_EN.html?redirect (Stand: 10.02.2020)
61. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020) Referentenentwurf: Gesetz zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/RefE_Verbot_OP_Geschlechtsaenderung_Kind.pdf;jsessionid=1292FB8A2311DD1ADA016689DEC5F72B.2_cid334?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 10.02.2020)
62. Yeboah A (2017) Rassismus und psychische Gesundheit. In: Fereidooni K, El M (Hrsg) *Rassismuskritik und Widerstandsformen*. Springer, Wiesbaden, S. 143–161
63. Crenshaw K (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* 1989(1):139–167
64. Bränström R, Hatzenbuehler ML, Pachankis JE (2016) Sexual orientation disparities in physical health: Age and gender effects in a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51(2):289–301

65. Dennert G (2016) Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hogrefe, Bern, S. 398–408
66. Agénor M (2015) What are the numbers? The epidemiology of cancer by sexual orientation and gender identity. In: Boehmer U, Elk R (Hrsg) Cancer and the LGBT community. Springer, Cham, S. 117–140
67. Frisch M, Smith E, Grulich A et al. (2003) Cancer in a population-based cohort of men and women in registered homosexual partnerships. *Am J Epidemiol* 157(11):966–972
68. Frisch M, Simonsen J (2013) Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: National cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982–2011). *Int J Epidemiol* 42(2):559–578
69. Dennert G (2006) Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 38(3):559–576
70. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE et al. (2013) Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *Am J Public Health* 103(10):1802–1809
71. Rosario M, Corliss HL, Everett BG et al. (2014) Sexual orientation disparities in cancer-related risk behaviors of tobacco, alcohol, sexual behaviors, and diet and physical activity: Pooled youth risk behavior surveys. *Am J Public Health* 104(2):245–254
72. Zaritsky E, Dibble SL (2010) Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. *J Womens Health* 19(1):125–131
73. Tracy JK (2015) Understanding and reducing risks via infection in LBT women. In: Boehmer U, Elk R (Hrsg) Cancer and the LGBT community. Springer, Cham, S. 23–35
74. Sandfort TGM, Graaf Rd, Bijl RV et al. (2001) Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Arch Gen Psychiatry* 58:85–91
75. McCabe SE, Hughes TL, Bostwick WB et al. (2009) Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction* 104(8):1333–1345
76. Ploderl M, Fartacek R (2009) Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. *Arch Sex Behav* 38(3):400–410
77. Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B (2011) Sexual revictimization and mental health: a comparison of lesbians, gay men, and heterosexual women. *J Interpers Violence* 26(9):1798–1814
78. Weatherburn P, Hickson F, Reid DS et al. (2019) EMIS-2017 The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. ECDC Technical Report. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm
79. Robert Koch-Institut (2019) Syphilis in Deutschland im Jahr 2018 – Anstieg der Vorjahre stagniert auf hohem Niveau. *Epidemiologisches Bulletin* (50):545–554
80. Robert Koch-Institut (2019) Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin* (46):483–504
81. Drewes J (2016) Gesundheit schwuler Männer. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hogrefe, Bern, S. 409–419
82. Thrift AP, Chiao EY (2018) Are Non-HIV Malignancies Increased in the HIV-Infected Population? *Curr Infect Dis Rep* 20(22):1–7
83. Sattler FA, Franke GH, Christiansen H (2017) Mental health differences between German gay and bisexual men and population-based controls. *BMC psychiatry* 17(1):267
84. King M, Semlyen J, Tai SS et al. (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8:70
85. Luo Z, Feng T, Fu H et al. (2017) Lifetime prevalence of suicidal ideation among men who have sex with men: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 17(1):406
86. Hughes TL, Wilsnack SC, Kantor LW (2016) The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective. *Alcohol Res* 38(1):121–132
87. Forcey DS, Vodstrcil LA, Hocking JS et al. (2015) Factors Associated with Bacterial Vaginosis among Women Who Have Sex with Women: A Systematic Review. *PLoS One* 10(12):e0141905
88. Caceres BA, Brody AA, Halkitis PN et al. (2018) Sexual Orientation Differences in Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Diagnoses in Men. *LGBT Health* 5(5):284–294
89. Feinstein BA, Dodge B (2019) Meeting the Sexual Health Needs of Bisexual Men in the Age of Biomedical HIV Prevention: Gaps and Priorities. *Arch Sex Behav* (eFirst)

90. Emory K, Kim Y, Buchting F et al. (2016) Intragroup Variance in Lesbian, Gay, and Bisexual Tobacco Use Behaviors: Evidence That Subgroups Matter, Notably Bisexual Women. *Nicotine Tob Res* 18(6):1494–1501
91. Roberts TS, Horne SG, Hoyt WT (2015) Between a gay and a straight place: Bisexual individuals' experiences with monosexism. *J Bisexuality* 15(4):554–569
92. Pompili M, Lester D, Forte A et al. (2014) Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature. *J Sex Med* 11(8):1903–1913
93. Jackman K, Honig J, Bockting W (2016) Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *J Clin Nurs* 25(23–24):3438–3453
94. Appenroth MN, do Mar Castro Varela M (Hg.) (2019) *Trans & Care: Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. transcript Verlag, Bielefeld
95. Fredriksen-Goldsen KI, Simoni JM, Kim HJ et al. (2014) The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *Am J Orthopsychiatry* 84(6):653–663
96. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P et al. (2014) The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health* 55(1):93–99
97. James SE, Herman JL, Rankin S et al. (2016) *The Report of the 2015 US Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality, Washington, DC
98. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM et al. (2018) Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. *Am J Public Health*:e1–e8
99. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S et al. (2013) Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 13(3):214–222
100. Krell C, Oldemeier K (2018) *Queere Freizeit. Inklusions- und Exklusionserfahrungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und *diversen Jugendlichen in Freizeit und Sport*. Deutsches Jugendinstitut, München
101. Council of Europe, Commissioner for Human Rights (2015) *Human rights and intersex people*. Council of Europe, Strasbourg
102. Schweizer K, Richter-Appelt H (2009) *Leben mit Intersexualität. Behandlungserfahrungen, Geschlechtsidentität und Lebensqualität*. *Psychotherapie im Dialog* 10(1):19–24
103. Schützmann K, Brinkmann L, Schacht M et al. (2007) Psychological Distress, Self-Harming Behavior, and Suicidal Tendencies in Adults with Disorders of Sex Development. *Arch Sex Behav* 38:16–33
104. Klöppel U (2016) Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. *BulletinTexte/Zentrum für Transdisziplinäre Geschlechterstudien/Humboldt-Universität zu Berlin* (42):3–85
105. Hoenes J, Januschke E, Klöppel U et al. (2019) Häufigkeit normangleichender Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. Follow Up-Studie. Ruhr-Universität Bochum, Bochum. <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/view/113/99/604-4> (Stand: 10.02.2020)
106. Krämer A, Sabisch K (2017) *Intersexualität in NRW – eine qualitative Untersuchung der Gesundheitsversorgung von zwischengeschlechtlichen Kindern in Nordrhein-Westfalen*. Projektbericht. Netzwerk der Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Essen
107. World Health Organization (2015) *Sexual health, human rights and the law*. WHO, Geneva
108. Klöppel U (2019) *Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung*. Vortrag auf dem Kongress Armut und Gesundheit, 15.3.19 TU Berlin. https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2019/Online-Doku_2019/71_Kloeppel.pdf (Stand: 10.02.2020)
109. Europäische Union (2000) *Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2012/C 326/02)*. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften (C326):392–407
110. Pöge K, Strasser S, Rommel A (2019) Auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen und intersektionalen Gesundheitsberichterstattung. Fokusgruppenergebnisse zur geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt. *Das Gesundheitswesen* 81(08/09):690–690
111. Beigang S, Fetz K, Kalkum D et al. (2017) *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland – Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung*. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Baden-Baden
112. Dennert G (2018) *Queergesund*: Eine partizipative Bedarfserhebung zur Gesundheitsförderung für lesbische, bisexuelle und queere Frauen in Deutschland*. *Gesundheitswesen* 80(08/09):WS-01-04

113. Dennert G, Wolf G (2009) Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. *Femina Politica* 18(1):48–59
114. Houben M, Dennert G, Gonzáles Athenas M et al. (2019) Gesundheit >>jenseits der Mann/Frau-Binarismen<<: Bedarfe an einer nicht-normativen Versorgung in Bezug auf Körper, Geschlecht und sexuelle Orientierung. In: Appenroth MN, do Mar Castro Varela M (Hrsg) *Trans & Care*. transcript Verlag, Bielefeld, S. 103–123
115. Schweizer K, Lampalzer U, Handford C et al. (2016) Kurzzeitbefragung zu Strukturen und Angeboten zur Beratung und Unterstützung bei Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter-& Transsexualität Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
116. Government Equality Office (Hrsg) (2018) National LGBT survey: Research report. Government Equality Office, London
117. Dennert G (2019) InTraHealth – „Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für inter- und transgeschlechtliche Menschen durch Abbau von Diskriminierung als versorgerseitiger Zugangsbarriere“. <https://www.fh-dortmund.de/intrahealth> (Stand: 19.12.2019)
118. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2020) EU LGBTI Survey II. <https://fra.europa.eu/en/project/2018/eu-lgbti-survey-ii> (Stand: 10.02.2020)
119. Springer KW, Mager Stellman J, Jordan-Young RM (2012) Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Soc Sci Med* 74(11):1817–1824
120. Schellenberg D, Kaiser A (2018) The Sex/Gender Distinction: Beyond F and M. In: Travis CB, White JW, Rutherford A et al. (Hrsg) *APA handbooks in psychology series APA handbook of the psychology of women: History, theory, and battlegrounds*. American Psychological Association, Washington
121. Krieger N (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health* (59):350–355
122. Einstein G (2012) Measuring biological sex. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. Sage, Los Angeles, S. 85–101
123. Johnson JL, Repta R (2012) Sex and Gender. Beyond the binaries. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. Sage, Los Angeles, S. 17–37
124. Bolte G, David M, Dębiak M et al. (2018) Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit. Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsnetzwerks Geschlecht – Umwelt – Gesundheit (GeUmGe-NET). *Bundesgesundheitsbl* 61(6):737–746
125. Ghattas DC, Kromminga IA, Matthigack EB et al. (2015) Inter & Sprache – Von »Angeboren« bis »Zwitter«. Eine Auswahl inter*relevanter Begriffe, mit kritischen Anmerkungen vom TriQ-Projekt »Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*«. *TransInterQueer-Projekt »Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*« in Kooperation mit IVIM/OII Deutschland, Berlin*

Annex
Infobox Begriffserläuterungen
Quelle: Eigene Darstellung

LSBTI

Unter der Abkürzung LSBTI werden sehr unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Lebensweisen sowie Geschlechtlichkeiten zusammengefasst: lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen.

Queer ist ebenfalls ein Sammelbegriff, der geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen umfassen kann, die sich nicht an einer heterosexuellen Zweigeschlechtlichkeit orientieren. Diese Verortung wird im vorliegenden Artikel aufgrund der großen Heterogenität innerhalb der Gruppe und der ungenügenden Datenlage nicht betrachtet.

Coming-out

In einer Gesellschaft, in der Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität die dominierende Norm ist, erleben viele lesbische, schwule, bisexuelle und transgeschlechtliche Menschen eine längere Phase des innerlichen Bewusstwerdens ihrer geschlechtlichen Identität und/oder sexuellen Orientierung. Dies anderen Menschen mitzuteilen, wird als Coming-out beschrieben und bleibt ein lebenslanger Prozess, in dem es immer wieder zu Situationen kommt, in denen entschieden werden muss, ob die eigene Geschlechtlichkeit beziehungsweise sexuelle Orientierung für andere offengelegt wird. Für intergeschlechtliche Menschen besteht das Coming-out darin, anderen Personen mitzuteilen, dass ihr Körper von den medizinisch festgelegten Normen von weiblich und männlich abweicht.

Sexuelle Orientierung und Lebensweise

Die sexuelle Orientierung beschreibt, zu welchen Geschlechtern sich eine Person hingezogen fühlt, mit wem sie

sexuelle Kontakte pflegt und ob dies auch ein Teil ihrer Identität ist. Vom sexuellen Begehren leitet sich nicht automatisch ein entsprechendes Verhalten und eine entsprechende Identität ab. So muss sich beispielsweise eine Frau, die Sex mit Frauen hat, nicht unbedingt als lesbisch oder bisexuell begreifen.

Homosexuelle Menschen fühlen sich romantisch und sexuell zu Menschen des gleichen Geschlechts hingezogen. Die Bezeichnung homosexuell wird teilweise abgelehnt, weil sie zu stark auf Sexualität fokussiert und weniger emotionale Aspekte und Lebensweisen einbezieht. Gleichgeschlechtlich lebende Menschen bezeichnen sich daher häufig eher als lesbisch beziehungsweise als schwul. Lesbisch beschreibt das romantische und sexuelle Hingezogensein von Frauen zu Frauen, schwule Männer fühlen sich romantisch und sexuell zu Männern hingezogen.

Bisexuelle Menschen haben Liebesbeziehungen sowohl mit Frauen als auch mit Männern. Manche benutzen den Begriff bisexuell auch, um zu beschreiben, dass sie Menschen verschiedener Geschlechter begehren. Neben Frauen und Männern können das auch trans- oder intergeschlechtliche Menschen sein. Um zu betonen, dass Menschen verschiedener Geschlechter begehrt werden, wird auch der Begriff pansexuell verwendet.

Als heterosexuell werden Menschen beschrieben, die sich als Frauen beziehungsweise Männer verstehen und sich zu Personen des jeweils anderen Geschlechts hingezogen fühlen.

Geschlecht

Geschlecht umfasst eine soziale und eine anhand von bio-medizinischen Merkmalen konstruierte Dimension von

Geschlecht [119, 120]. Beide Dimensionen beeinflussen sich wechselseitig [121]. Die biologische Geschlechterdimension umfasst genetische, anatomische, physiologische und hormonelle Merkmale. Die soziale Geschlechterdimension bezieht sich auf gesellschaftliche Vorstellungen von Geschlecht, die kulturelle Konventionen, soziale Rollen und Identitäten beeinflussen. Auf der individuellen Ebene können sich Menschen in Modifikation und Abgrenzung zu gesellschaftlichen Vorstellungen einem oder keinem Geschlecht zugehörig fühlen. In beiden Geschlechterdimensionen finden sich große Variationen [122–124], sodass Geschlecht als nichtbinär begriffen wird.

Intergeschlechtliche Menschen werden mit genetischen, anatomischen oder hormonellen Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren [125]. Diese Variationen können bereits bei Geburt sichtbar sein, sich erst im Laufe des Lebens zeigen oder zeitlebens unerkannt bleiben. Bei Intergeschlechtlichkeit handelt es sich nicht um ein drittes Geschlecht, sondern um eine Vielzahl angeborener Variationen der Geschlechtsmerkmale. Der Begriff „Disorders of Sex Development“ (DSD), also „Störungen der Geschlechtsentwicklung“, wird von vielen Selbstvertretungsorganisationen intergeschlechtlicher Menschen abgelehnt, da er den angeborenen Variationen per se einen Krankheitswert zuschreibt. Intergeschlechtliche Menschen können unterschiedliche geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen haben.

Ein Mensch kann, aber muss sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das bei der Geburt zugewiesen wurde. Die geschlechtliche Identität beschreibt die individuell empfundene geschlechtliche Zugehörigkeit zum Beispiel als Frau, als Mann, als ein Geschlecht dazwischen,

außerhalb dieser beiden Kategorien (z. B. questioning, nichtbinär) oder auch zu keinem Geschlecht (z. B. agender). Für die unterschiedlichen geschlechtlichen Identitäten gibt es sehr unterschiedliche Selbstbezeichnungen. Im vorliegenden Beitrag liegt der Fokus darüber hinaus auf Transgeschlechtlichkeit. Dies ist eine Sammelbezeichnung für sehr unterschiedliche geschlechtliche (Selbst-)Verortungen von Menschen, die sich nicht oder nicht vollständig mit ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren (z. B. transident, transgender, Trans-Frau, Trans-Mann).

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Martin Thißen,
Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit