Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen

Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung

GABRIELE DENNERT. GISELA WOLF

Allgemeiner Zugang (universal access) ist ein grundlegender Gedanke der Gesundheitsversorgung in den Staaten der Europäischen Union (EU). Im Artikel 35 der „Charta der Grundrechte der Europäischen Union" heißt es: „Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten" (Europäische Union 2000, 16). Gleichberechtigter Zugang zu einer fachgerechten Gesundheitsversorgung soll die Grundlage für gute Gesundheit aller BürgerInnen schaffen, die als eine Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, wirtschaftlichen und politischen Leben angesehen wird. Artikel 21 derselben EU-Grundrechtecharta verbietet folgerichtig die Diskriminierung, unter anderem aufgrund von Geschlecht, ethnischer oder sozialer Herkunft und auch der sexuellen Orientierung (vgl. Europäische Union 2000).

Die Finanzierung einer öffentlichen Gesundheitsversorgung für (fast) alle EinwohnerInnen[1] – in Deutschland gewährleistet durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen – ist eine zentrale Voraussetzung für einen gleichen Versorgungszugang, garantiert diesen jedoch nicht. Untersuchungen legen in diesem Zusammenhang erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen offen. Die vorliegenden geschlechterspezifischen Daten analysieren vor allem die Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (d.h. kardiovaskulären Erkrankungen) und psychischer Erkrankungen und weisen hier auf eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen hin (vgl. Fuchs 2005; Kolip/Glaeske 2002; Risberg 2004). Forschungsarbeiten, insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum, lassen darüber hinaus jedoch auch spezifische Versorgungsdefizite für lesbische und bisexuelle Frauen erkennen. So bestehen Hinweise auf eine seltenere Teilnahme an gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, obwohl im Vergleich mit heterosexuellen Frauen keine Unterschiede in den Risikofaktoren vorliegen (vgl. Aaron u.a. 2001; Valanis u.a. 2000). Andere Studien zeigten, dass lesbische Frauen Arztkontakte bei körperlichen Beschwerden verzögerten (vgl. van Dam u.a. 2001).

Konzepte zu Barrieren im Versorgungszugang

Die Zugänglichkeit medizinischer Versorgung (accessibility) wird von der WHO definiert über den Anteil der Bevölkerung, der eine angemessene medizinische Versorgung erreicht (WHO 1998). Es liegen verschiedene Modelle für eine theoriegeleitete Analyse des Zugangs zum Versorgungssystem vor, die auch die spezifischen

Barrieren identifizieren (vgl. Ricketts/Goldsmith 2005). In diesen Modellen wird die Erreichbarkeit angemessener gesundheitlicher Versorgung für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen als multidimensionaler dynamischer Prozess konzipiert, in den individuelle Faktoren auf VersorgerInnen- und NutzerInnenseite genauso eingehen wie systemtheoretisch fassbare Netzwerkparameter, gesellschaftliche Einflüsse und die Auswirkungen gesundheitspolitischer Entscheidungen. Penchansky und Thomas (1981) unterscheiden fünf Dimensionen des Zugangs zum Versorgungssystem: (1) Verfügbarkeit und (2) räumliche Erreichbarkeit qualitativ guter Gesundheitsdienste, (3) organisationsstrukturelle Merkmale, z.B. Wartezeiten, (4) finanzielle Voraussetzungen und (5) Zufriedenheit der PatientInnen mit der Struktur einer Einrichtung. Das Modell des „European Observatory on Health Systems and Policies" erfasst die Restriktionen von „access to health care" für verschiedene Bevölkerungsgruppen auf der Ebene finanzieller und rechtlicher Barrieren (coverage for health care, content of the benefit package, cost-sharing arrangements), mangelnder geographischer Erreichbarkeit (geographical barriers) und Barrieren auf Seiten der VersorgerInnen und der Inanspruchnahme (vgl. Wörz u.a. 2006).
Eine umfassende externe Validierung dieser Barrierekonzepte an einer Stichprobe lesbischer und bisexueller Frauen steht noch aus; Untersuchungen aus dem US-amerikanischen Raum weisen jedoch auf Barrieren vor und während der Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen insbesondere in Form von Vorurteilen, Diskriminierungen, Wissensdefiziten und darauf basierenden systematischen Wahrnehmungsverzerrungen auf Seiten der VersorgerInnen hin (vgl. Garnets u.a. 1991). Für die Bundesrepublik Deutschland liegen bisher nur wenige thematisch einschlägige Arbeiten vor. Die Ergebnisse dokumentieren jedoch ähnlich wie die US-amerikanischen Studien Vorurteile und negative Reaktionen auf der Anbieterseite (vgl. Lesbenberatung 1994; Ohms/Müller 2001; Seyler 1996).
In diesem Artikel stellen wir eine Analyse von Daten aus zwei Studien zur Lesbengesundheit vor (vgl. Dennert 2005; Wolf 2004), die weitere Informationen vor allem über Art und Umfang der Barrieren im deutschen Gesundheitssystem bieten.

Zur Anlage der Untersuchung

Grundlage unserer empirischen Analyse sind folgende qualitative und quantitative Daten: (1) narrative qualitative Interviews mit 14 lesbischen und bisexuellen Frauen über deren Erfahrungen in der Nutzung des Gesundheitssystems bei gesundheitlichen Problemen im Coming-out-Prozess; die Interviews wurden in den Jahren 1999 bis 2001 durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Wolf 2004); (2) die Befragung einer nicht randomisierten Stichprobe von 578 in der Bundesrepublik lebenden lesbischen und bisexuellen Teilnehmerinnen einer lesbischen Großveranstaltung 1999 in Köln. Mittels eines vorgetesteten Fragebogens mit überwiegend geschlossenen Fragen wurden Daten zu der gesundheitlichen Situation, der Inan-

spruchnahme des Gesundheitssystems, dem Gesundheitsverhalten und den Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung erhoben; der Rücklauf betrug 44%.

„Da flogen wir ohne Auskunft aus der Praxis"

Die Teilnehmerinnen der Fragebogenstudie (vgl. Dennert 2005) bilden bezogen auf den Versichertenstatus weitgehend den Bevölkerungsdurchschnitt ab. Von den 578 Befragten hatten 99,3% einen Krankenversicherungsschutz, 0,3% waren ohne Versicherungsschutz und 0,3% war ihr Versichertenstatus unbekannt. Das Erhebungsinstrument enthielt keine Fragen zu finanziellen, geographischen und organisatorischen Barrieren im Versorgungszugang. Jedoch wurden Inanspruchnahme und – gute, neutrale und schlechte – Erfahrungen im Gesundheitswesen ausführlich erhoben, was eine indirekte Identifizierung von Hindernissen in anderen Bereichen ermöglicht.

Mit Blick auf die Zufriedenheit zeigte sich zunächst ein auffälliges auf das Geschlecht der VersorgerInnen bezogenes Muster: 46% der befragten lesbischen Frauen bewerteten ihre Erfahrungen mit Ärztinnen als „gut" oder „sehr gut", während Ärzte nur von 22% der Untersuchungsteilnehmerinnen derart positiv beurteilt wurden. 50% gaben anhand einer Item-Liste an, bereits negative Erfahrungen mit ÄrztInnen gemacht zu haben – von abwertendem Verhalten über mangelnde Aufklärung bis zu Gewalterfahrungen. Zwei Fünftel erlebten diese Erfahrungen als sexistisches Verhalten und ein Fünftel als Reaktion auf ihr Lesbischsein. Insgesamt hatten über 20% aller Befragten Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem aufgrund ihrer lesbischen oder bisexuellen Lebensweise; ebenso viele gaben an, ihre soziosexuelle Identität aus Furcht vor Stigmatisierung und Ausgrenzung im medizinischen Bereich nicht offen zu legen: „Ich habe es nie öffentlich gemacht, um nicht schlechter behandelt zu werden."[2]

Im hausärztlichen Bereich wussten 63% der Ärzte und 43% der Ärztinnen nichts von der Lebensweise der Patientin. Dies ist insbesondere alarmierend vor dem Hintergrund der gesundheitspolitisch intendierten zentralen Koordinierungsfunktion der hausärztlichen Versorgung für den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sogar in der psychotherapeutischen Versorgung waren nicht alle Klientinnen gegenüber ihren TherapeutInnen „out" – 2,4% der weiblichen und 17% der männlichen PsychotherapeutInnen waren nicht informiert. Vielfach wurde den Frauen Heterosexualität unterstellt – teilweise auch noch, nachdem sie sich geoutet hatten –, bis sie aktiv diese Fehlannahme korrigierten. Die betroffenen Frauen kritisierten die Praxis nicht-einschließend formulierter Fragen als „Zwang zum Selbst-Outing", so beispielsweise Fragen nach Verhütung oder letztem Geschlechtsverkehr, wobei nur heterosexueller Geschlechtsverkehr gemeint war. Falls sich Frauen nicht outeten, führte dies insbesondere in der gynäkologischen Versorgung zur Verwirrung auf Seiten der ÄrztInnen bis hin zu fehlerhaften Differentialdiagnosen und Therapieempfehlungen.

Dieses „Dilemma, die eigene sexuelle Orientierung offen zu legen oder nicht" beschreiben Hitchcock und Wilson (1992) als Prozess der Risikoabwägung im Kontakt

mit dem Versorgungssystem. Alle der von Hitchcock und Wilson konzeptualisierten Schritte und Phasen der Entscheidungsfindung wurden von den Teilnehmerinnen unserer Studie ebenfalls geschildert: Die Frauen bereiteten sich auf medizinische Kontakte vor, indem sie z.B. die Partnerin mit Vollmachten ausstatteten, und begaben sich auf die Suche nach vermutlich lesbenfreundlichen BehandlerInnen. Während des Kontaktes mit der Gesundheits- und Krankenversorgung beobachteten sie Umgebung, Setting und Verhalten des medizinischen Personals, um ihre Sicherheit abschätzen zu können. Darüber hinaus gingen bisherige Erfahrungen im Gesundheitssystem, Fragen der Selbstakzeptanz der eigenen sexuellen Orientierung und die Abwägung, wie relevant die eigene Lebensweise für die jeweilige Behandlung ist, in die Entscheidung mit ein. Während des Coming-outs schienen die Barrieren besonders hoch zu sein, wie eine Teilnehmerin schildert: „Krankenhausaufenthalte liegen weit zurück und fallen in die Zeit meines Coming-outs. Da wäre ich eher ‚gestorben', als was zu sagen."

Die Antworten zeigen, dass es keinen Bereich der medizinischen Versorgung gibt, in dem die Lebensweise unwichtig wäre. So bat eine Frau beim Zahnarztbesuch darum, dass die Partnerin beim Gespräch dabei sein könne, woraufhin der Arzt erklärte: „Das ist meine Praxis und das passt mir nicht", und eine Weiterbehandlung verweigerte: „Da flogen wir ohne Auskunft aus der Praxis." Die häufigsten Probleme für offen auftretende Frauen waren mangelhafte Information und Aufklärung, Unterstellung von Heterosexualität oder Asexualität trotz ihres Coming-outs und herablassende Behandlung als „kurios" oder „absonderlich": „Frauenarzt erstaunte sich bei einer Vorsorgeuntersuchung: ‚Da sieht man mal eine Frau, die keinen Verkehr hat!'".

Jeweils 3% aller Befragten gaben zudem eine Verschlechterung der medizinischen Behandlung oder physische Aggressionen in Form von unnötig grober und schmerzhafter Behandlung an, z.B. bei gynäkologischen Untersuchungen: „Frauenärztin war bei der Untersuchung, nachdem sie wusste, dass ich Lesbe bin, sehr brutal beim Einführen und Untersuchen der Brust, was mich sehr schockiert hat". Auch von sexueller Belästigung und Gewalt wurde berichtet.

Professionellen fehlte teilweise das Fachwissen, um die Fragen ihrer Patientinnen kompetent beantworten zu können, korrekte Differentialdiagnosen zu stellen und eine angemessene Therapie durchzuführen: „Psychotherapeutin, die zwar behauptete, keine Vorurteile gegenüber lesbischen Klientinnen zu haben, die aber auf alles, was mit meinem Lesbischsein zu tun hatte, mit Unverständnis und/oder Hilflosigkeit reagierte, so dass ich immer dreimal erklären musste, worum es mir ging. Ich habe mir ziemlich schnell eine neue Therapeutin gesucht".

Im somatischen Bereich wussten ÄrztInnen z.B. auf Fragen nach sexueller Übertragung von Infektionskrankheiten und HIV keine Antwort. Weiter konstruierten einige ÄrztInnen einen Zusammenhang zwischen Lebensweise und Erkrankung und stellten Mutmaßungen über mögliche „Ursachen" der Lebensweise an – wie beispielsweise Gewalterfahrungen mit Männern – oder empfahlen eine Therapie, um heterosexuell zu werden. Fehlannahmen über lesbische Lebensweise führten zum

Teil zu Empfehlungen mit schwerwiegenden Konsequenzen. So war einer Befragten bei Myomen (gutartigen Veränderungen der Gebärmutter) eine Entfernung der Gebärmutter empfohlen worden, weil ihr als Lesbe automatisch unterstellt wurde, dass sie keinen Kinderwunsch hätte und der Uterus mithin ein überflüssiges Organ für sie darstellt. Einige Befragte gaben an, aufgrund ihrer negativen Erfahrungen bereits BehandlerInnen gewechselt zu haben.

Insgesamt lag die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung (ohne Zahnmedizin) im Vorjahr mit 91% im Bereich des Bevölkerungsdurchschnitts (vgl. Bergmann/Kamtsiuris 1998; Bundesministerium für Gesundheit 2000) bei ebenfalls sehr ähnlichen Angaben zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden. Die Untersuchungsteilnehmerinnen hatten dabei AllgemeinmedizinerInnen etwas häufiger, GynäkologInnen etwas seltener als das Repräsentativsample aufgesucht. 22% der Befragten gaben an, nie an gynäkologischen Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen – gegenüber 8% eines Repräsentativsamples in einer Infratest-Befragung aus demselben Jahr (vgl. Paepke u.a. 2001). So lag zum Beispiel die jährliche Teilnahmerate am Pap-Screening in der Infratest-Befragung deutlich über der Teilnahme in unserem Sample.

Eine Subgruppenanalyse der Teilnehmerinnen, die von ausschließlich schlechten Erfahrungen als Lesben in der medizinischen Versorgung berichtet hatten, zeigte, dass diese im Vorjahr seltener die konventionelle Versorgung, dafür häufiger HeilpraktikerInnen und HeilerInnen aufgesucht haben, deutlich weniger offen im medizinischen Bereich als Lesben auftreten (im privaten und beruflichen Umfeld jedoch genauso offen lebten), selektiv gynäkologische Früherkennungsuntersuchungen meiden, während sie zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen im selben Umfang nutzen. Auch die Befürchtungen dieser Untersuchungsteilnehmerinnen bezüglich weiterer Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer Lebensweise waren höher im Vergleich zu unserem Gesamtsample.

„Klar, von der Therapeutin wegzugehen, das hat sehr, sehr viel dazu beigetragen, dass ich wieder gesünder wurde“

In der Interviewstudie (vgl. Wolf 2004) hatten mit einer Ausnahme alle Teilnehmerinnen vor und während ihres Coming-out-Prozesses aufgrund gesundheitlicher Probleme und psychischer Belastungen Kontakte zu Professionellen aus dem medizinischen und/oder psychotherapeutischen Versorgungsbereich aufgenommen. Zwölf Interviewpartnerinnen berichteten über gute Erfahrungen mit Professionellen, zumeist mit PsychologInnen (11) und zu einem geringeren Teil auch mit MedizinerInnen (4). Insgesamt elf Interviewpartnerinnen machten im Coming-out Erfahrungen mit diskriminierenden TherapeutInnen und/oder ÄrztInnen. Die im Folgenden dargestellten Befunde machen den Prozesscharakter und die strukturelle Verankerung homophober Ausgrenzungspraktiken auf Versorgerseite sowie den Umgang der befragten Klientinnen mit diesen Praktiken deutlich.

Tabelle 1: Politische Repräsentation von Frauen im Norden: Nationale Parlamente und Regierungen*

	Finnland 2007	Schweden 2007	Norwegen 2005	Dänemark 2007	Island 2007
Parlament	42	47	38	37	33
Regierung	60	41 (45**)	53	37	33

* Prozentanteil nach den letzten nationalen Wahlen; **seit Sept. 2007

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach: http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm; www.guide2womenleaders.com/situation-statistics.htm.

Diskriminierungen äußerten sich in Form einer Pathologisierung lesbischer Frauen und in der Abwertung ihrer Beziehungen. Von der Laienöffentlichkeit wird diese Bereitschaft zur Diskriminierung durch Professionelle im Gesundheitswesen wahrgenommen und entsprechend genutzt. Damit wird ein gesellschaftlicher Konsens der Ausgrenzung verfestigt. So erinnerte sich beispielsweise eine Interviewpartnerin daran, dass ihr kurz nach ihrem Coming-out in der Pubertät von ihrem Onkel angedroht wurde, sie durch eine psychologische Behandlung „umpolen" zu lassen (Wolf 2004, 198).

Die Daten zeigen, wie selbstverständlich sich diskriminierende TherapeutInnen, BeraterInnen und MedizinerInnen in einem Machtdiskurs bewegen, in dem sie ihre eigenen vorurteilsbehafteten Konstrukte über die Perspektiven ihrer Klientinnen stellen, und dabei von einem heterosexistisch organisierten System gestützt werden. Vier der befragten Frauen berichteten über Versuche der TherapeutInnen, ein Coming-out zu verhindern. Weiter wurden unter Ignoranz sexualwissenschaftlicher Befunde negative Erfahrungen mit Männern als „Ursachen" einer lesbischen Identität konstruiert – mit den daran anschließenden therapeutischen Versäumnissen oder Fehlversorgungen.

Diskriminierungen gegen lesbische und bisexuelle Klientinnen finden in einem Behandlungsbündnis statt, also in einer sozialen Beziehung, in der Klientinnen zunächst von einer ethisch verantwortungsvollen und professionellen Behandlung ausgehen. Homophobe und sexistische Diskriminierungen von Seiten der Behandelnden verschärfen die gesundheitlichen Belastungen dieser Frauen und erschweren den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Besonders belastend sind nach den Befunden der Untersuchung Diskriminierungserfahrungen für junge Klientinnen und für Frauen, die sich in einer akuten gesundheitlichen oder psychischen Krisensituation befinden. So äußerte eine Interviewpartnerin aufgrund ihrer Erfahrungen mit ÄrztInnen:

> „(Ich) (b)in zu dem Schluss gekommen, dass ich in Momenten, in denen ich Leuten extrem ausgeliefert bin, es ihnen nicht sagen möchte (‚dass ich lesbisch bin; G.W.). Weil ich Schiss hab, dass sie dann versteckte oder weniger versteckte Aggressionen an mir auslassen, beziehungsweise an der Behandlung." (Wolf 2004, 198)

Sieben der Interviewpartnerinnen hatten sich den Zumutungen von ÄrztInnen und/oder PsychotherapeutInnen widersetzt, indem sie gegen die diskriminierenden Äußerungen argumentiert und/oder die Behandlung abgebrochen hatten. Eine Interviewpartnerin ging davon aus, dass erst durch den Abbruch einer diskriminierenden Behandlungsbeziehung salutogenetische (gesundheitsförderliche) Ressourcen frei wurden (vgl. Wolf 2004, 264). Alle Interviewpartnerinnen schilderten auf der Basis ihrer Erfahrungen eine große Vorsicht im Umgang mit ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen. Von Vertrauen geprägte therapeutische Beziehungen gingen die Interviewpartnerinnen nur mit Professionellen ein, die aufgrund eigener Erfahrungen oder Informationen anderer Lesben zu einem wertschätzenden und fachkompetenten Umgang mit lesbischen und bisexuellen Frauen in der Lage waren. Zum Teil führte dies auch dazu, dass sich Frauen nicht mehr outeten, weil sie negative Reaktionen befürchteten: „(I)ch hab das (…) auch nicht gewollt, dass die das wissen, weil ich dachte, da wird irgendwie sofort eine Zuordnung entstehen, also (...) schlechte Kindheit (...) irgend so was." (Wolf 2004, 197)

Defizite in der Versorgungsqualität

Die Analyse der Daten unserer beiden in Deutschland durchgeführten Studien weist auf deutliche Defizite der Versorgungsqualität für lesbische und bisexuelle Frauen sowie auf spezifische Barrieren in der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit angemessener Präventions- und Behandlungsangebote hin. Obschon der Krankenversicherungsschutz lesbische und bisexuelle Frauen in gleicher Weise wie die restliche Bevölkerung zur Inanspruchnahme berechtigt, zeigen sich Hinweise auf eine verminderte Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten als Folge dieser Barrieren. Insbesondere für (junge) Frauen im Coming-out-Prozess – aber nicht nur für diese – stellten die Konfrontationen mit diskriminierenden GesundheitsversorgerInnen massive Belastungen in einer bereits angespannten Lebenssituation dar. Zudem führten Diskriminierungserfahrungen und mangelnde Fachkompetenz zu einem Wechsel der BehandlerInnen. Diese vermeidbaren Doppelnutzungen des Versorgungssystems ließen sich durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität für lesbische und bisexuelle Frauen verringern.

Geographische und organisatorische Barrieren: Unsere Ergebnisse weisen auf eine Unterversorgung mit PsychotherapeutInnen und MedizinerInnen hin, die zu einem fachgerechten Umgang mit lesbischen und bisexuellen Mädchen und Frauen in der Lage sind. Die Suche nach aufgeschlossenen ÄrztInnen und die sorgfältige Auswahl stellten einen wichtigen Versuch der Befragten dar, sich vor negativen Erfahrungen zu schützen. Insbesondere außerhalb der Ballungszentren sowie in bestimmten Spezialisierungsgebieten oder in Notfällen sind jedoch die Wahlmöglichkeiten sehr eingeschränkt. Selbst in Großstädten kann eine vorhandene kultursensible medizinische Versorgung, Beratung und Psychotherapie für lesbische und bisexuelle Frauen gerade für diejenigen schwer zu finden sein, die nicht in die subkulturellen Vernet-

zungsstrukturen eingebunden sind oder deren Informationsangebote nur eingeschränkt nutzen können, z.B. junge Frauen oder Frauen mit Behinderungserfahrung. Nicht zuletzt kommt hinzu, dass bei entsprechend kompetenten und qualifizierten PsychotherapeutInnen – insbesondere mit Kassenzulassung – auch in Großstädten die Wartelisten teilweise sehr lang sind.

Barrieren auf der Versorgerseite: Die in der US-amerikanischen Forschungsliteratur (vgl. die Literaturübersichten in GLMA 2001 und Wolf 2004) beschriebenen Stigmatisierungs- und Ausgrenzungspraxen gegen lesbische und bisexuelle Frauen äußern sich auf Versorgerseite durch Voyeurismus, pathologisierendes und herabwürdigendes Verhalten, grobe Behandlung oder Zurückweisung, abwertende Kommentare und durch die Missachtung der Partnerin. Alle diese vorurteilsbehafteten Handlungsweisen durch VersorgerInnen konnten durch unsere Untersuchungen auch für den deutschsprachigen Raum nachgewiesen werden.

Eine qualitativ hochwertige medizinische und psychotherapeutische Betreuung erfordert Kenntnisse der Professionellen zum Coming-out, zu Diskriminierungserfahrungen und den spezifischen Gesundheitsrisiken lesbischer und bisexueller Frauen sowie ihrer Beziehungsstrukturen. Dieses für die therapeutische Arbeit wichtige kultursensible Wissen ist jedoch nach unseren Befunden in vielen Fällen bei ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen nicht vorhanden. Die Versuche von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, mangelndes Wissen mit heterozentristisch geprägten Inhalten zu kompensieren und dabei zur Wahrung des eigenen professionellen Selbstbildes davon auszugehen, eine therapeutische Begleitung von lesbischen und bisexuellen Frauen bedürfe keiner spezifischen Kompetenz, führen zu Unsichtbarkeit und inadäquater Gesundheitsversorgung lesbischer und bisexueller Frauen.

Inanspruchnahmeverhalten: Die verminderte Nutzung von Früherkennungs- und Präventionsangeboten sowie die Verzögerung notwendiger medizinischer Versorgung im Krankheitsfall wurden in US-amerikanischen Untersuchungen als wesentliche Reaktion lesbischer Frauen auf Versorgungsdefizite identifiziert (vgl. GLMA 2001). In den hier vorgestellten quantitativen Daten fanden sich Assoziationen zwischen Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung und einer verringerten Inanspruchnahme der konventionellen Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig stärkerer Nutzung alternativmedizinischer Angebote. Die Befunde der qualitativen Untersuchung konnten weiter zeigen, wie diese Defizite auf der Versorgerseite zu Zugangsbarrieren werden können.

Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

Eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung für lesbische und bisexuelle Frauen erfordert den Abbau von Zugangsbarrieren. Dazu bedarf es Interventionen auf verschiedenen Ebenen, von einzelnen BehandlerInnen über Versorgungs- und Forschungseinrichtungen bis hin zur Gesundheitspolitik. Die entscheidungspolitischen Grundlagen innerhalb der EU sind durch das Postulat des „universal access“, der

Versorgungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen und der Diskriminierungsfreiheit gelegt. Fachliche Standards zur Versorgung lesbischer und bisexueller Klientinnen, die hinreichend Orientierung bieten können, liegen bereits vor. So beschreiben die im Jahr 2000 veröffentlichten Standards der American Psychological Association die Selbstreflexions- und Beziehungskompetenzen sowie die fachwissenschaftlichen Kenntnisse, über die PsychotherapeutInnen, die mit lesbischen, schwulen und bisexuellen KlientInnen arbeiten, verfügen sollten (vgl. Brown 2006).

Aus- und Weiterbildung: Die Forschungsbefunde weisen auf Defizite im Fachwissen sowie auf einen Mangel kommunikativer und interpersoneller Kompetenz bei Professionellen im Gesundheitssystem hin. Gleichzeitig ist die Bereitschaft der Professionellen zur Weiterqualifizierung in Bezug auf lesbische, schwule und bisexuelle Lebensweisen ausgesprochen gering (vgl. Heinrich/Biechele 1997). Notwendiges Wissen und Fähigkeiten für die Versorgungspraxis sowie der Abbau homophober Handlungsmuster sollten deshalb in die regulären Curricula der Ausbildungsgänge für ÄrztInnen, PsychologInnen, Kranken- und Altenpflege sowie in die Fort- und Weiterbildungsangebote integriert werden.

Verbesserung der Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen: Neben dem Mainstreaming von Wissen und Behandlungskompetenzen in die Einrichtungen der Regelversorgung bedarf es ergänzender spezialisierter Einrichtungen, um eine zielgruppengerechte Versorgung zu gewährleisten. Bewährt haben sich im Ausland Versorgungsangebote in der Gynäkologie in Form von „lesbian health clinics“ (vgl. LHRC). Auch Sonderbedarfszulassungen von entsprechend qualifizierten PsychotherapeutInnen erscheinen sinnvoll. Für Weiterverweisungen an Kliniken, Beratungsstellen und BehandlerInnen werden Qualitätsreporte und Benchmarks benötigt, die einen respektvollen und fachkompetenten Umgang mit lesbischen und bisexuellen Frauen als Qualitätsmerkmal aufführen. Ein Evaluationsmodell guter Praxis für Versorgungseinrichtungen entwickelten Ohms und Müller (2001). Als gut zugänglich für lesbische und bisexuelle Klientinnen kann nach diesem Modell eine Gesundheitsinstitution gewertet werden,

- die lesbische und bisexuelle Klientinnen als Zielgruppen in ihrer Öffentlichkeitsarbeit benennt;
- in der die Diversität im KollegInnenkreis als Ressource begriffen wird und es homosexuellen Mitarbeiterinnen genauso wie heterosexuellen KollegInnen möglich ist, ohne Sanktionen offen zu leben;
- in der fachliche Kompetenz zu den Themenbereichen Coming-out, Auswirkungen von Diskriminierungen und Gewalt, Auswirkungen heterozentristischer gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf den sozialen Nahraum und auf Beziehungen vorhanden ist und im Rahmen von Fortbildungsangeboten weiterentwickelt wird;
- die über eine Vernetzung mit weiteren Institutionen verfügt, in denen lesbischen und bisexuellen Frauen respektvoll und fachkompetent begegnet wird.

Gesundheitsberichterstattung und -forschung: Es mangelt besonders an Arbeiten, die Versorgungsdefizite bei lesbischen und bisexuellen Frauen anhand größerer Bevölkerungsstichproben quantifizieren. Bislang ist nicht erforscht, bei wie vielen lesbischen und bisexuellen Klientinnen es in Deutschland durch Diskriminierungen und mangelndes Wissen auf Seiten des therapeutischen Personals zu sekundären Schädigungen und Chronifizierungsprozessen kommt. Eine Berücksichtigung dieser Faktoren in Gesundheitsstudien und in der Gesundheitsberichterstattung ist notwendig, um soziosexuelle Identität und Lebensweise als Determinanten von Gesundheit und Inanspruchnahme des Versorgungssystems auch in Deutschland besser beschreiben und analysieren zu können. Ansätze hierzu finden sich z.B. in der Arbeit der Enquêtekommission zur Frauengesundheit in Nordrhein Westfalen (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen 2005) und im Frauengesundheitsbericht Bremen (Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales 2001). In Repräsentativerhebungen und Kohortenstudien ermöglichen entsprechende demographische Fragen eine stratifizierte Auswertung, gegebenenfalls in Verbindung mit einem gezielten Oversampling von lesbischen und bisexuellen Frauen wie anderer Minderheiten.
Die theoretischen Konzepte zur Erfassung und Analyse von Barrieren des Zugangs zum Gesundheitssystem bedürfen einer Spezifizierung und Erweiterung, um die Barrieren für marginalisierte Bevölkerungsgruppen besser abbilden zu können. Dabei sollte auch die Intersektionalität (Wechselwirkung) von unterschiedlichen Ausgrenzungspraxen analysiert werden, so beispielsweise die Verknüpfungen von Homophobie und Rassismus auf Versorgerseite. Derzeit sehen wir die Gefahr, dass durch die konzeptionelle Enge der forschungsleitenden Theorien zu Barrieren in der Gesundheitsversorgung viele Erkenntnisse gar nicht erst gewonnen werden, die jedoch wichtige Grundlagen für gesundheitspolitische Entscheidungen liefern könnten.
Gleichstellungspolitik: Handlungsbedarf besteht in Politik und Gesetzgebung, um gegenwärtige Ungleichbehandlungen aufgrund der Lebensweise zu überwinden, z.B. den bisherigen selektiven Ausschluss lesbischer Frauen von heterologer Insemination oder auch bei der Gleichstellung bei Krankenversicherungsschutz und Beihilfeberechtigung für eingetragene Lebenspartnerschaften.
In dem Maße, wie wir mehr über die gesundheitliche Situation von lesbischen und bisexuellen Frauen und ihre Gesundheitsversorgung lernen, wird deutlich, dass sozialer Ausschluss und Diskriminierung einem gleichberechtigten Versorgungszugang im Wege stehen. Ohne die Bereitstellung entsprechender Ressourcen zur Überwindung dieser Barrieren wird das Ziel des *universal access* nicht zu erreichen sein.

Anmerkungen

1 Ca. 0,2% der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland besitzen keine Krankenversicherung. Für MigrantInnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus, Asylsuchende und Flüchtlinge wird nur die Notfallversorgung gewährleistet.

2 Alle Zitate in diesem Abschnitt stammen aus dem offenen Frageteil der Fragebogenerhebung. Sie werden hier z.T. gekürzt und in neuer Rechtschreibung wiedergegeben; Dennert 2005, 75-82.

Literatur

Aaron, Deborah J./Markovic, Nina/Danielson, Michelle E./Honnold, Julie A./Janosky, Janine E./Schmidt, Nancy J., 2001: "Behavioral Risk Factors for Disease and Preventive Health Practices among Lesbians". American Journal of Public Health. 91 Jg. H. 6, 972-975.

Bergmann, Eckardt/Kamtsiuris, Panagiotis, 1998: „Inanspruchnahme medizinischer Leistungen". Gesundheitswesen. 61. Jg. Sonderheft 2, 138-144.

Brown, Laura S., 2006: "The Neglect of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgendered Clients". In: Norcross, John C./Beutler, Larry E./Levant, Ronald F. (eds.): Evidence-Based Practices in Mental Health. Washington, DC, 346-353.

Bundesministerium für Gesundheit, 2000: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000. Bonn.

Dennert, Gabriele, 2005: Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung. Pfaffenweiler.

Europäische Union, 2000: Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000/C 364/01). Internet: http://www.europarl.europa.eu/charter/default_de.htm (27.10.08).

Fuchs, Judith, 2005: „Defizite und Perspektiven einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung an den Beispielen KHK und psychische Störung". Gesundheitswesen. 67. Jg. H. 2, 124-128.

Garnets, Linda/Hancock, Kristin A./Cochran, Susan D./Goodchilds, Jaqueline/Peplau, Letitia Anne, 1991: "Issues in Psychotherapy with Lesbians and Gay Men. A Survey of Psychologists". American Psychologist. 46 Jg. H. 9, 964-972.

Gay and Lesbian Medical Association (GLMA)/LGBT Health Experts, 2001: Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. San Francisco, CA.

Heinrich, Thomas/Biechele, Ulrich, 1997: „Die psychotherapeutische Versorgung von Lesben und Schwulen. Eine Umfrage der Regionalgruppe Rhein-Neckar". In: Steffens, Melanie C./Reipen, Margret (Hg.): Versteckt und mittendrin. Zur (Selbst-) Darstellung und Wahrnehmung von Lesben und Schwulen in der Öffentlichkeit. München, Wien, 55-63.

Hitchcock, Janice Marland/Wilson, Holly Skodol, 1992: "Personal Risking. Lesbian Self-Disclosure of Sexual Orientation to Professional Health Care Providers". Nursing Research. 41 Jg. H. 3, 178-183.

Kolip, Petra/Glaeske, Gerd, 2002: „Die Medikalisierung weiblicher Biographien im mittleren Alter". Schweizerische Ärztezeitung. 83. Jg. H. 10, 479-482.

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.), 2005: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquête-Kommission. Köln.

Lesbenberatung - Ort für Kommunikation, Bildung, Kultur und Information e.V., 1994: Zwischen Ohnmacht und Wut. Gewalt gegen Lesben. Berlin.

Lesbian Health Research Center (LHRC). Internet: http://www.lesbianhealthinfo.org/ (29.01.09).