

WASSt-Fachkonferenz

# Wir behandeln alle gleich!

## **Lesbische und bisexuelle Gesundheit**

Freitag, 16. November 2018

Wiener Rathaus, 9.00-16.30 Uhr

**Kontakt:** Büro der Geschäftsgruppe Bildung, Integration, Jugend und Personal, Rathaus, A-1010 Wien.  
Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgener Lebensweisen  
1080 Wien, Auerspergstraße 15; Tel. +43 1 4000 81449, [wast@gif.wien.gv.at](mailto:wast@gif.wien.gv.at)

# Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer!

Die diesjährige Fachkonferenz der Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgender Lebensweisen (WASt) hat lesbische und bisexuelle Gesundheit zum Thema. In den österreichischen Frauengesundheitsberichten und in der Fachliteratur ist nur wenig dazu zu finden. Grund genug, sich intensiver mit lesbischer und bisexueller Gesundheit zu beschäftigen, die Studienlage im deutschsprachigen Raum darzulegen, Bedürfnisse, Lebensrealitäten und Wünsche aufzuzeigen.

Durch Zusammenarbeit und Vernetzung von relevanten Akteur\_innen aus der Frauenpolitik, dem Gesundheitswesen und der LGBTIQ-Community können Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt werden. In diesem Sinne findet die Konferenz in Kooperation mit dem Wiener Programm für Frauengesundheit statt.

Gendermedizin hat in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen und damit das Thema „Geschlecht in der Medizin“ in den Vordergrund gerückt. Aber reicht es alle Frauen gleich zu behandeln? Die Gruppe der lesbischen und bisexuellen Frauen erleben sowohl im Frauengesundheitsbereich als auch in der LGBTIQ-Community, dass ihre spezifischen Bedürfnisse nicht gesehen und nicht erforscht werden. Nicht ohne Grund haben auch Städte wie München und Berlin Maßnahmen zur lesbischen Sichtbarkeit initiiert.

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Der diskriminierungsfreie Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsförderung ist Voraussetzung, diese Angebote auch annehmen zu können. Nationale und internationale Expert\_innen werden auf der Konferenz eine breite Palette von gesundheitsrelevanten Aspekten beleuchten, Erkenntnisse und Erfahrungen teilen und zu Diskussionen anregen.

Die Stadt Wien als Regenbogenhauptstadt Österreichs und als Vorreiterin in der Frauengesundheit sieht es als Aufgabe und Auftrag, die Auseinandersetzung und Sensibilisierung mit der Thematik lesbische und bisexuelle Gesundheit anzuregen. Diese Fachkonferenz möchte einen Beitrag dazu leisten, einerseits das Wissen über die Anliegen von lesbischen und bisexuellen Frauen an das Gesundheitswesen zu erweitern und andererseits das Gesundheitsbewusstsein in der lesbischen und bisexuellen Community zu fördern.

Ich wünsche Ihnen eine informative und spannende Konferenz!

**Mag. Jürgen Czernohorszky**  
**Amtsführender Stadtrat für Bildung, Integration, Jugend und Personal**



Stadtrat Jürgen Czernohorszky

# Programm

- 8.30 **Registrierung**
- 9.00 **Begrüßung**  
**Eröffnung der Konferenz**  
Stadtrat Mag. Jürgen Czernohorszky  
Mag. Wolfgang Wilhelm, WAST  
Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner, Wiener Programm für Frauengesundheit
- 9.15 **Gesundheit lesbischer, sexueller und queerer Frauen:  
Was sind die Bedarfe und Prioritäten?**  
Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> M.sc Gabriele Dennert, FH Dortmund
- 10.10 **Toleranz als Versagen. Altern in einer heteronormativen Gesellschaft**  
Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Maria do Mar Castro Varela, Alice Salomon Hochschule, Berlin
- 10.40 **Pause**
- 11.10 **Gewalt und Mehrfachdiskriminierungen**  
Masha Beketova, MA, Psychotherapeutin i. A., Lesbenberatung Berlin
- 11.40 **Auf die Couch gelegt: Lesbische, sexuelle und queere Frauen\* in  
Psychotherapie/-Diskursen**  
Dr.<sup>in</sup> phil. Doris Gruber, LIBS – Lesben Informations- u. Beratungsstelle e.V., Frankfurt/Main
- 12.15 **Mittagspause & Buffet**
- 13.15 **Bisexuelle\* Frauen: Gesundheits\_Auswirkungen von Marginalisierung  
und Diskriminierung**  
Dr.<sup>in</sup> Renate Baumgartner, Eberhard Karls Universität Tübingen
- 13.45 **Podiumsgespräch zu lesbischer und sexueller  
Gesundheit in Wien: Bestandsaufnahme,  
erste Initiativen und weitere Schritte**  
Mag.<sup>a</sup> Bettina Enzenhofer, MA, EU-Projekt HEALTH4LGBTI, Aktivistin  
Ao.Univ.Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Karin Gutiérrez-Lobos, Ärztliche Direktorin KAR  
Mag.<sup>a</sup> Theodora Manolakas, KAV-GD Personal, Gender- und Diversitätsmanagement
- 14.15 **Pause**
- 14.45 **Session1: Wissen und Praxis**  
*Geschlechtliche Identitäten in Ausbildungen der Sozialen Arbeit*  
Mag.<sup>a</sup> Andrea Nagy, PhD, FH St. Pölten, Uni Bozen  
  
*Regenbogengruppe der MedUni Wien*  
Dr.<sup>in</sup> Stephanie Strobl, Chirurgin, MedUni Wien  
  
Moderation: Mag.<sup>a</sup> Karoline Rumpfhuber
- 14.45 **Session2: Von der Wiege bis zur Senior\*innen-WG**  
*Bedürfnisvielfalt be/im Alter/n*  
Dr.<sup>in</sup> Bärbel Traunsteiner, WU-Wien  
  
*Regenbogenfamilien gestern und heute*  
Verena Flunger, BA, RegenbogenFamilienZentrum Wien  
  
Moderation: Mag.<sup>a</sup> Alina Zachar
- 14.45 **Workshop: Sexuelle Gesundheit**  
*„Es war wundervoll!“ - was uns beim Sex glücklich macht*  
Dr.<sup>in</sup> Karin Schönpflug, IHS
- 16.00 **Resümee**
- 16.15 **Künstlerischer Schlusspunkt – „Alles gleich!“**  
mit Denice Bourbon, PCCC\*

Moderation: Angela Schwarz

Die Veranstaltung wird in Österreichischer Gebärdensprache gedolmetscht.



# Mitwirkende



Foto: Laura Dierig

**Gabriele Dennert, Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> M. sc. (Public Health)** ist Professorin an der FH Dortmund, Arbeitsgebiet Sozialmedizin und Public Health mit Schwerpunkt Geschlecht und Diversität. Arbeitsschwerpunkte: Diskriminierung und Gesundheit, Gesundheit und Gesundheitsversorgung von LSBT\*, Kommunikation in der Gesundheitsversorgung, Schwerpunkt Komplementäre Onkologie. U.a. Projektleiterin des Projekts Wissensportal LSBTI2 und Mitglied der Koordinierungsgruppe Netzwerk\* Sexuelle und geschlechtliche Diversität. Autorin des Buches „Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland“ (2005) und Mitherausgeberin des Buches „In Bewegung bleiben. 100 Jahre Politik, Kultur und Geschichte von Lesben“ (2007).

**Kontakt:** gabriele.dennert@fh-dortmund.de



Foto: Privat

**María do Mar Castro Varela, Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup>**, Diplom-Psychologin, Diplom-Pädagogin und promovierte Politikwissenschaftlerin. Sie ist Professorin für Allgemeine Pädagogik und Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Gender und Queer an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten zählen neben den Gender und Queer Studies die Postkoloniale Theorie, die Kritische Migrationsforschung und Kritische Bildungs- und Erziehungswissenschaft und Trauma Studies. Zurzeit leitet sie u.a. das internationale Projekt CILIA-LGBTIQ+ (Comparing Intersectional Life Course Inequalities amongst LGBTQ Citizens in Four European Countries). Letzte Publikationen u.a.: „Homosexualität\_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis“ (Ko-Herausgeberin); „Die Dämonisierung der Anderen. Rassismuskritik der Gegenwart“ (Ko-Herausgeberin).

**Kontakt:** castrovarela@posteo.de



Foto: Privat

**Masha Beketova, M.A.** hat Gender Studies/Slawistik und neuere russische Literatur in Berlin und Moskau studiert. Aktuell arbeitet sie an ihrer Doktorarbeit in der Kulturwissenschaft/Slawistik an der Humboldt-Universität zu Berlin, berät geflüchtete und migratisierte LSBTIQ-Personen bei der Lesbenberatung/LesMigraS Berlin und lernt systemische Psychotherapie bei INSA Berlin. Ihre Forschungsinteressen umfassen queere Migration und Asyl, Migrationsliteraturen, queere Lektüre neuerer russischer und ukrainischer Literatur, Traumatheorien, systemische Therapie und Intersektionalität.

**Kontakt:** masha@lesmigras.de



Foto: Günther Bauer

**Doris Gruber, Dr.<sup>in</sup> phil.**, seit 2013 Projektleitung Beratung LIBS – Lesben Informations- u. Beratungsstelle e.V., Frankfurt/Main; seit 2013 Praxis für Coaching und systemisch-körperorientierte Psychotherapie (HP). Studium Romanistik/Anglistik (Magister Artium), Dissertation in Spanischer Literatur/Gender (Promotion 2002). Berufserfahrungen im Verlagswesen und der freien Wirtschaft, freiberufliche Dozentin und Autorin. Aus- und Weiterbildungen in systemischem und psychodynamischem Coaching, körperorientierter Psychotherapie, Paarberatung

**Kontakt:** mail@doris-gruber.de



Foto: Carolina Frank

**Renate Baumgartner, Dr.<sup>in</sup>** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin (Post-Doc) am Zentrum für Gender- und Diversitätsforschung der Eberhard Karls Universität Tübingen und Gastwissenschaftlerin der Universität Wien. Sie forscht zu Begehren, Beziehungen und Netzwerke bisexueller\* bzw. plurisexuell lebender Personen u.a. in Österreich und hält Workshops zum Thema.

**Kontakt:** renete.baumgartner@uni-tuebingen.de



Foto: Privat

**Bettina Enzenhofer, Mag.<sup>a</sup>, MA** hat Publizistik und Gender Studies studiert, war langjährige Redakteurin beim feministischen Magazin an.schläge und schreibt nach wie vor am liebsten über Frauengesundheitsthemen. Sie ist aktiv bei der Plattform Intersex Österreich, Sexualpädagogin in spe und hat beim EU-Projekt HEALTH4LGBTI mitgearbeitet.

**Kontakt:** b.la@reflex.at



Foto: MedUni Wien

**Karin Gutiérrez-Lobos, Ao. Univ. Prof. in Dr.<sup>in</sup>**, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin, OÄ der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien, von 2007-2015 Vizerektorin der MedUni Wien, Vorsitzende der Taskforce Gender & Diversity der Universitätenkonferenz, u.a. Mitglied Bioethikkommission, Beirat für Frauengesundheit Wien, Vertretungsnetz, seit 2004 Moderatorin Ö1 Wissenschaftssendung Medizin und Gesundheit, seit 2017 ärztliche Direktorin Krankenhaus Rudolfstiftung. Wissenschaftliche Schwerpunkte: forensische Psychiatrie, geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit.

**Kontakt:** karin.gutierrez-lobos@wienkav.at



Foto: KAV Kommunikation

**Theodora Manolakos, Mag.<sup>a</sup>**, Politikwissenschaftlerin und Ethnologin, ist seit 20 Jahren im Bereich Antidiskriminierung, Gleichstellung und Diversität tätig und hat u.a. für die Stadt Wien das Wiener Integrationsmonitoring aufgebaut. Seit Juni 2018 bekleidet sie die neu geschaffene Stabsstelle Gender- und Diversitätsmanagement in der Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV).

**Kontakt:** [theodora.manolakos@wienkav.at](mailto:theodora.manolakos@wienkav.at)



Foto: Sarah Peischer

**Andrea Nagy, Mag.<sup>a</sup>, PhD**, Forscherin und Lehrende an der Bildungswissenschaftlichen Fakultät der Freien Universität Bozen (I) und externe Lehrbeauftragte am Department Soziales der FH St. Pölten (A), hat zu LGBT Themen innerhalb der Sozialen Arbeit geforscht und publiziert und sich im Rahmen ihrer Lehrgangsbegleitung der Sozialpädagogik Lehrgänge (akadem. und MA) von 2014-2018 an der FH St. Pölten mit Ausbildungscurricula der Sozialen Arbeit und der Platzierung von LGBT Themen darin auseinandergesetzt.

**Kontakt:** [Andrea.Nagy@unibz.it](mailto:Andrea.Nagy@unibz.it)



Foto: Katarina Steinbrecher

**Stephanie Strobl, Dr.<sup>in</sup> med. univ.**, geboren und aufgewachsen in Salzburg. Studium der Humanmedizin in Wien – Promotion 2010. Seit 2013 an der Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie tätig. Mitglied der Regenbogen-gruppe der MedUni Wien seit 2014. Spezialisierung und wissenschaftlicher Schwerpunkt im Bereich der Brust-Chirurgie und Onkologie.

**Kontakt:** [stephanie.strobl@meduniwien.ac.at](mailto:stephanie.strobl@meduniwien.ac.at)



Foto: Lisa Rastl

**Karoline Rumpfhuber, Mag.<sup>a</sup>**, Jahrgang 1975. Hat in Wien und Berlin Publizistik, Soziologie und Pädagogik mit Schwerpunkt Gender Studies studiert. Feministisches Engagement u.a. im Rahmen des Redaktionsteams der Zeitschrift „fiber. werkstoff für feminismus und popkultur“ oder auch bei der Radiosendung „Bauch, Bein, Po“ auf Radio Orange. Seit 2008 Mitarbeiterin der Stabstelle Gender Mainstreaming und Diversity der Medizinischen Universität Wien mit dem Arbeitsschwerpunkt Gender und Diversity in der Lehre.

**Kontakt:** [karoline.rumpfhuber@meduniwien.ac.at](mailto:karoline.rumpfhuber@meduniwien.ac.at)



Foto: Wirtschaftsuniversität Wien

**Bärbel S. Traunsteiner, Dr.in**, Universitätsassistentin am Institut für Gender und Diversität in Organisationen; Studium der Politikwissenschaften an der Universität Wien und als Forschungsstipendiatin an der Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Mexiko; Doktoratsstudium Palliative Care und Organisationsethik an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Preisträgerin des Gender- & Diversity-Förderpreises 2015 der Frau in der Wirtschaft/Wirtschaftskammer Wien und des agro-Forschungspreises 2016. Forschungsschwerpunkte: Intersektionalität, Geschlechterforschung, Altersforschung, Queer Studies und Organisationsforschung.

**Kontakt:** baerbel.traunsteiner@reflex.at



Foto: Privat

**Verena Flunger, BA** ist seit Februar 2018 Leiterin des RegenbogenFamilien-Zentrums Wien (RbFZ Wien). Abschluss FH Campus Wien BA Soziale Arbeit 2016 mit der Bachelorarbeit zum Thema „Offene Kinder- und Jugendarbeit queer gedacht“, Schwerpunkt auf Queer Theory und (queer) feministischen Themen. Leitung des pädagogischen Teams eines Jugendzentrums in Wien bis 2017, dann ein 9-monatiger Abstecher im Amt für Jugend und Familie.

**Kontakt:** office@rbfz-wien.at



Foto: Irene Nagel-Rohrmoser

**Alina Zachar, Mag.a** ist Psychologin und seit Jänner 2009 als Referentin für EU, Internationales und Migration in der Frauenabteilung der Stadt Wien tätig (derzeit wegen Fortbildung bis März 2019 karenziert). Von 2006 bis 2008 war sie Koordinatorin des europäischen NGO-Netzwerks gegen Gewalt an Frauen (WAVE), davor arbeitete sie in internationalen und lokalen Frauen-NGOs in Wien und Brüssel.

**Kontakt:** (ab März 2019) alina.zachar@wien.gv.at



Foto: Karin Schönflug

**Karin Schönflug, Dr.in** ist Ökonomin am IHS und der Universität Wien und war langjährige Mitarbeiterin des Lila Tipp, der ehemaligen Lesben\*Beratungs- und Bestärkungsstelle in der Rosa Lila Villa. Gemeinsam mit ihren Kolleginnen entwickelte sie u.a. Projekte zu lesbischen Sexualitäten, Beziehungen und Körperidentitäten, sowie lesbischen, queeren und feministischen Utopien in Theorie und Praxis.

**Kontakt:** karin.schoenflug@univie.ac.at



**Denice Bourbon**, \*1976 ist eine lesbisch/queerfeministische Performancekünstlerin, Sängerin, Autorin, Moderatorin, Schauspielerin und DJ, die am allerliebsten Stand-Up-Comedy macht. Sie hat den queerfeministischen comedy club PCCC\* mitgegründet und verwendet Humor und Unterhaltung als aktivistisches Werkzeug, um ihr Publikum auf politischen Themen aufmerksam zu machen.

**Kontakt:** denice.fredriksson@gmx.net



**Ulrike Replik, Mag.<sup>a</sup>, MA** hat in Wien und Coleraine Politikwissenschaften und in Krems Interkulturelle Kompetenzen studiert. Autorin des Buches „Die Geschichte der Lesben- und Schwulenbewegung in Österreich“ (2006). Gemeinsam mit Angela Schwarz Konzept und Projektleitung des von der MA 57 herausgegebenen Buches „Mein lesbisches Wien“ (2015). Seit 2016 Referentin beim Wiener Programm für Frauengesundheit.

**Kontakt:** ulrike.replik@wien.gv.at



**Angela Schwarz** ist Beraterin für Managing Gender & Diversity. Sie war Buchhändlerin, Funktionärin in der Katholischen Jugend, in der Behindertenarbeit sowie als Beraterin in der arbeitsmarktpolitischen Mädchenarbeit tätig. Sie war lange Jahre ehrenamtliche Mitarbeiterin in der Beratungsstelle Rosa Lila Tip und ist Leiter-Stellvertreterin der Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgener Lebensweisen (WAS<sub>t</sub>).

**Kontakt:** angela.schwarz@wien.gv.at

Foto: Pavel Wowk



# Die Vorträge

**Gabriele Dennert**

## **Gesundheit lesbischer, bisexueller und queerer Frauen: Was sind die Bedarfe und Prioritäten?**

Die Gesundheit von Menschen wird wesentlich von sozialen, Umgebungs- und Umweltfaktoren beeinflusst. Der Einfluss von Lebensbedingungen, sozioökonomischen und ökologischen Verhältnissen, gesellschaftlicher Gerechtigkeit und Teilhabe auf die individuelle Gesundheit ist dabei weitaus bedeutender als von vielen angenommen und insgesamt größer als der Einfluss von individuellen Gesundheitsentscheidungen.

Gesellschaftliche Verhältnisse schreiben sich über verschiedene Mechanismen in Körper und Gesundheit von Menschen ein. Ungleiche soziale Verhältnisse können sich so in gesundheitliche Ungleichheiten übersetzen und im Ergebnis zeigen sich von der globalen bis zur lokalen Ebene deutliche Unterschiede in den Gesundheitschancen verschiedener sozialer Gruppen.

Nicht-heterosexuelle Frauen erleben auch in Österreich und Deutschland nach wie vor soziale und rechtliche Ungleichstellungen und Benachteiligungen sowie Diskriminierung und Gewalt innerhalb sexistisch, heterosexistisch und rassistisch strukturierter Verhältnisse. Diese Erfahrungen kumulieren im Lebenslauf und lassen sich als zusätzliche Belastungen durch Ungleichheits-, Ausgrenzungs- und Marginalisierungserfahrungen in ihren gesundheitlichen Folgen analysieren und verstehen. Einige Zusammenhänge sind dabei intuitiv nachvollziehbar, z.B. die persönliche Gesundheitsbelastung, die durch lesbenfeindliche Gewalt entsteht. Andere sind schwerer zu erkennen wie der Umstand, dass das Lebenszeiteinkommen lesbischer Frauen und lesbischer Familien aufgrund der sexistischen Benachteiligung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt deutlich geringer ist als bei vergleichbaren heterosexuellen Paaren und auch schwulen Männern bzw. Paaren. Lebensqualität und gesunde Lebenserwartung hängen vom Einkommen ab, so dass dieser Befund nicht nur als Verstoß gegen das normative Gleichstellungsziel, sondern auch aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive Anlass zur Sorge gibt. In US-amerikanischen Studien liegt die Armutsrate bei lesbischen Frauen im Alter regelmäßig über der Armutsrate aller Vergleichsgruppen.

An gesundheitlichen Folgen für lesbische, bisexuelle und queere Frauen zeigen etliche Studien eine höhere Betroffenheit durch Suchterkrankungen, Nikotinabhängigkeit und andere psychische Erkrankungen. Auch körperliche Erkrankungen werden zunehmen in diesem Kontext diskutiert, z.B. Herzerkrankungen oder Krebserkrankungen.

Wenn lesbische, bisexuelle und queere Frauen mit ihren gesundheitlichen Themen die Gesundheitsversorgung aufsuchen, erhoffen sie sich – wie alle Menschen – fachkompetente Hilfe und Unterstützung. Sie möchten mit ihren Anliegen ernst genommen und als Menschen und Frauen respektvoll behandelt werden. Nicht immer machen sie diese Erfahrung: Ca. 20 Prozent der nicht-heterosexuellen Frauen berichteten in bundesdeutschen Studien, bereits Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung/Identität im Gesundheitswesen erfahren zu haben.

Spezifisch für die gesundheitliche Situation lesbischer, bisexueller und queerer Frauen sind teilweise auch die gesundheitlich relevanten Ressourcen, über die sie individuell und auch als Teil verschiedener Communities verfügen. So existieren z.B. spezifische Einrichtungen für diese Zielgruppe in Form von Beratungsstellen oder Freizeitangeboten. Zudem besteht das Potential einer generationenübergreifenden Zusammenarbeit in sozialen Kontexten, die seit nunmehr fast 50 Jahren emanzipatorische, feministische und lesbenpolitische gesellschaftliche Interventionen betreiben – und dies an vielen Punkten erfolgreich wie der Wandel durch die Neuen Sozialen Bewegungen gezeigt hat.

Vor diesen Hintergrund haben wir an der FH Dortmund eine partizipative Studie durchgeführt, um die Bedarfe lesbischer, bisexueller und queerer (lbq\*) Frauen in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsförderung zu beschreiben: die Queergesund\*-Studie. An der Bedarfserhebung haben vorrangig Fachpersonen aus Community-Einrichtungen und der Gesundheitsversorgung aus dem gesamten deutschen Bundesgebiet teilgenommen. Die Teilnehmer\*innen haben über 1.200 Ideen eingebracht, welche gesundheitsbezogenen Anliegen und Bedarfe lesbische, bisexuelle und queere Frauen haben. Diese Aussagen wurden in neun große Themenfelder strukturiert. Als wesentliche Handlungsfelder zur Gesundheitsförderung wurden dabei die Gesundheitsversorgung, gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie lbq\*-spezifische Angebote beschrieben. Die eingebrachten Ideen waren teilweise sehr konkret und verwiesen auf etliche Themenfelder, in denen immer noch Diskriminierung und Ungleichstellung für nicht-heterosexuelle Frauen existiert. Beispielsweise wurde gefordert, dass Konversionsversuche an nicht-heterosexuellen Frauen verboten werden sollten und Frauen, die aufgrund ihrer sexuellen Identität und Lebensweise zwangsbehandelt oder psychiatrisiert wurden, rehabilitiert und auch entschädigt würden. Bezüglich medizinischer Ausbildungen wurde die Aufnahme von lbq\*-spezifischen Inhalte in die Ausbildungscurricula gefordert.

Forderung 1, die wir aus der Studie abgeleitet haben, lautet: „Spürbare Akzeptanz und rechtliche Gleichstellung der Lebensweise und selbstgewählten sozialen Bezüge“ herstellen. Dies richtet sich insbesondere auch an den Gesetzgeber, wenn es darum geht, endlich die Privilegien heterosexueller Paare abzuschaffen und auch für modernere Formen des Zusammenlebens und Konstellationen, die aus mehr als zwei Personen bestehen, rechtliche Sicherheit und Gleichstellung zu schaffen. Die Forderung richtet sich aber auch an die Akteure in der Antidiskriminierungsarbeit, um z.B. Diskriminierungsschutz in Schulen zu gewährleisten. Im Gesundheitswesen richtet sich eine solche Forderung z.B. an die Berufsverbände und Ärztekammern, wenn es um die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte geht. Auch hier besteht Handlungsbedarf, was die selbstverständliche Akzeptanz in der Versorgung betrifft.

Forderung 2 lautet: „Anerkennung für jede Person und eine besondere Beachtung von sich überschneidenden und mehrfachen Diskriminierungsverhältnissen“. Auch hier ist teilweise wieder der Gesetzgeber angesprochen, wenn es z.B. um die Teilhabe von Frauen – und damit auch lbq\* Frauen – an Politik, Wirtschaft und öffentlichem Leben geht oder um die Modernisierung der rechtlichen Situation von trans- und intergeschlechtlichen Personen. Für eine Gruppe wie lbq\* Geflüchtete gedacht, sind auch Kommunen gefordert, deren spezifische Situation anzuerkennen und sie vor Gewalt und Diskriminierung zu schützen, z.B. bei der Unterbringung.

Die dritte Forderung bezieht sich spezifisch auf das Gesundheitswesen: „Verbesserungen im Gesundheitswesen und Abbau von Diskriminierung in der Versorgung“. Auf der strukturellen und institutionellen Ebene richtet sich diese Forderung an die Berufsverbände, aber auch an Kliniken oder Praxen. Ein wesentlicher Aspekt dieser Forderung ist auch, dass es in Deutschland gegenüber etlichen anderen Ländern einen deutlichen Rückstand in der Gesundheitsforschung bezüglich LSB\* gibt. Hier sind die klassischen Fördereinrichtungen von Gesundheitsforschung wie Ministerien oder

Stiftungen aufgerufen, entsprechende Arbeiten zu fördern. Und auch bezüglich der Gesundheitsberichterstattung stellt sich die Frage, wie die 10 Prozent nicht-heterosexuelle Bevölkerung zukünftig besser berücksichtigt werden können.

## **Literatur:**

Dennert, G. (2005): Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Herbolzheim: Centaurus.

Dennert, G. (2006): Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen - eine Übersicht europäischer Studien. Lesbians' and gay men's mental health - A review of European studies. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 38, H. 3, S. 559–576.

Dennert, G./Leidinger, C./Rauchut, F. (Hrsg.) (2007): In Bewegung bleiben. 100 Jahre Politik, Kultur und Geschichte von Lesben. Berlin: Querverlag.

Dennert, G./Wolf, G. (2009): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: Femina Politica 18, H. 1, S. 48–59.

Dennert, G. (2015): Gesundheit von LSBT\* in Deutschland. Erste Erfahrungen und Ergebnisse des partizipativen Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung für lesbische, bisexuelle und queere Frauen“. In: Das Gesundheitswesen 77, 08/09, 77 - A174.

Dennert, G. (2016): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. In: Kolip, P./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. Auflage. Bern: Hogrefe, S. 398–408.

Dennert, G./Seyler, H. (2016): Lesbische und bisexuelle Patientinnen. In: gynkongress, S. 20.

Hanafi El Siofi, M./Wolf, G.: Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen/bisexuellen Frauen und Trans\*Menschen in der BRD und in Europa - eine Studienübersicht. März 2012. [www.vlsp.de/files/pdf/gewaltdiskriminierung\\_von\\_lsb\\_ft.pdf](http://www.vlsp.de/files/pdf/gewaltdiskriminierung_von_lsb_ft.pdf) (Abruf 20.3. 2018).

Healthy people 2010. Companion document for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health (2001). San Francisco: Gay and Lesbian Medical Association (GLMA).

Krieger, N. (2014a): Discrimination and Health Inequities. In: Berkman, L.F./Kawachi, I./Glymour, M.M. (Hrsg.): Social Epidemiology. 2. Auflage. New York, NY: Oxford University Press, S. 63–125.

Krieger, N. (2014b): Epidemiology and the people's health. Theory and context. 2014. Auflage. New York, NY: Oxford University Press.

## **Hinweis:**

Die Abschlussstagung zur Queergesund\*-Studie fand im Februar 2017 in Dortmund statt. Die Videografien der Vorträge dieser Fachtagung finden sich im Videoportal des Wissensportal LSBTI<sup>2</sup> unter: [www.wissensportal-lsbt.de](http://www.wissensportal-lsbt.de)

## **Quellenbeleg:**

Dieser Text enthält einzelne Passagen von Gabriele Dennert, die in Interviews mit dem Bielefelder Stadtmagazin „weird“ für lesbische Frauen, der Zeitschrift „Der niedergelassene Arzt“ sowie dem LSVD blog erstveröffentlicht wurden.

# María do Mar Castro Varela

## Toleranz als Versagen

### Altern in einer heteronormativen Gesellschaft

In den Medien wird oftmals suggeriert, Homosexualität sei ein „cooler Lifestyle“. Und so scheint die Mehrheit der Bevölkerung in Europa zu glauben, dass die Queere Community frei von Diskriminierung ein glamouröses Leben führt. Dabei wird eine Diskriminierungsrealität ignoriert und innerhalb des Mehrheitsdiskurses in einem geschickten Schachzug gleichzeitig die Diskriminierung von LSBTIQ innerhalb migrantischer Communities lokalisiert. Deutschland porträtiert sich als offen und tolerant gegenüber seinen sogenannten „sexuellen Minderheiten“ und tut dies im öffentlichen Diskurs immer häufiger über die Kriminalisierung von Migrant\_innen – insbesondere muslimische Männer. Diese werden als durchgehend homophob dargestellt, während das nationale Wir sich als emanzipiert und aufgeklärt entwirft. Die Funktion, die die Übertragung von Diskriminierungssprachen auf die Anderen erfüllt (vgl. etwa Yilmaz-Günay 2011, Çetin 2012), ist teilweise schon analysiert worden, bedarf aber noch genauerer Klärung. Ein in Zeiten eines immer stärker werdenden rechten Populismus immer wichtiger werdendes Thema, das unserer Aufmerksamkeit bedarf. Die Verflechtungen und Intersektionen von Diskriminierungsdynamiken müssen in den Blick genommen werden, da sonst Diskriminierung nicht wirklich erfasst werden kann. Des Weiteren kann dann den klassischen Entsolidarisierungstendenzen (etwa wenn eine Queere Community sich als weiß und deutsch imaginiert und Migration als Bedrohung empfindet) diskursiv etwas entgegengesetzt werden.

Nach wie vor bedeutet eine nicht-heterosexuelle Lebens- und Begehrensweise, dass Diskriminierungen in der Schule und im Beruf, wie auch in öffentlichen Räumen, keineswegs eine Ausnahme darstellen. Die Vorstellung also, Deutschland sei ein Paradies „sexueller Freiheit“, scheint mehr als fraglich und wird durch eine Fokussierung der Situation alternder LSBTIQ Personen noch verschärft, da eine doppelte Tabuisierung sichtbar wird.

Judith Butler, die maßgeblich ein queeres Verständnis von Geschlecht und Sexualität geprägt hat, schreibt:

„Die heterosexuelle Fixierung des Begehrens erfordert und instituiert die Produktion von diskreten, asymmetrischen Gegensätzen zwischen ‚weiblich‘ und ‚männlich‘, die als expressive Attribute des biologisch ‚Männlichen‘ (male) und ‚Weiblichen‘ (female) verstanden werden. Die kulturelle Matrix, durch die die geschlechtliche bestimmte Identität (gender identity) intelligibel wird, schließt die ‚Existenz‘ bestimmter ‚Identitäten‘ aus, nämlich genau jene, in denen sich die Geschlechtsidentität (gender) nicht vom anatomischen Geschlecht (sex) herleitet und in denen die Praktiken des Begehrens weder aus dem Geschlecht noch aus der Geschlechtsidentität ‚folgen‘“ (Butler 1991, S.38f.).

Eine solche Vorstellung denkt den „homosexuellen Körper“ nicht mehr als vorab gegeben und mit hin Diskriminierung auch nicht als „verständliche“ Antwort auf Devianz. Vielmehr geht es darum zu zeigen, wie Subjekte innerhalb von Machtkonstellationen hervorgebracht werden, wie das Geschlecht produziert wird und warum Normen, die bestimmen was „anständig“ und was „anrühlich“ ist, was „seriös“ und was „lächerlich“ ist, darüber entscheiden, wie Subjekte ihr Leben wahrnehmen

und wie sie ihre Zukunft einschätzen. Der Diskriminierungsanlass ist nicht die Identität einer Person, sondern das Abweichen von der geschlechtlichen Norm und den normativen Vorstellungen zu Sexualität, die sich hieraus ergeben.

Die hervorgebrachte „Devianz“ zeigt auch im Alter Konsequenzen, insbesondere wenn eine Pflegebedürftigkeit eintritt und die Grenzen der Scham und der Zumutungen sich verschieben: Wenn Fremde unsere Körper berühren, um diesen zu begutachten, zu waschen, beweglich zu halten – zu „pflegen“ eben. Die Unmittelbarkeit der Bloßstellung kann bei Menschen, die über erhebliche Diskriminierungserfahrungen verfügen, nicht ohne Wirkung bleiben. Hinzukommt, dass die Erklärungsbedürftigkeit des eigenen Soseins sich oft verstärkt. Wir wissen, dass das Coming-out einen unendlichen Prozess darstellt. Ein Ritual der Wiederholung. Es mutet immer wieder seltsam an, dass die Mehrheitsangehörigen nicht verstehen, dass die, deren Zugehörigkeit einer Erklärung bedarf, sich Räume wünschen, an denen diese Rituale verstummen. Menschen wollen nicht permanent ihre Kultur erklären, und sie sind auch nicht immer froh, über ihre sexuellen Vorlieben oder ihre gewaltvollen Erfahrungen zu sprechen.

Ergebnisse aus der queeren Altersforschung weisen darauf hin, dass die Idee von sozialer Gerechtigkeit rekaliбриert werden muss und hierfür u.a. Forschungsansätze notwendig werden, die unterschiedliche Diskriminierungskategorien in ihren Dynamiken zueinander fokussieren. Denn, Andere altern anders.

## **Masha Beketova**

# **Gewalt und Mehrfachdiskriminierungen**

Eine Person ist nie nur durch ihre sexuelle oder romantische Orientierung definiert. Lesbische und bisexuelle Frauen\* und Mädchen\* haben eine Positionierung in Bezug auf Rassismus und Migration, haben eine Behinderung oder Befähigung, sind jünger oder älter, sind in Bezug auf Klassismus privilegiert oder diskriminiert, sind einer oder keiner Religion angehörig und haben eine Geschlechtsidentität und einen Geschlechtsausdruck.

Die Komplexität der lesbischen und bisexuellen Lebensweisen ist nur im Zusammenhang mit anderen gesellschaftlichen Differenzierungskategorien zu verstehen. Der Begriff Intersektionalität fand seinen Weg in die westliche Akademie in den 1980er-Jahren dank den bahnbrechenden Arbeiten der Schwarzen Queers und Feminist\_innen of Color. Die Wichtigkeit der intersektionalen Zugänge in den akademischen Debatten, wie der Geschlechterforschung und Critical Race Studies, wird zunehmend anerkannt. Jedoch führen die Hürden und Limitierungen der westlichen Akademie dazu, dass darüber oft nur Personen ohne eigenen biographischen Bezug und Kenntnis der Problematik aussagen können, wobei Menschen, deren eigene Leben durch Mehrfachpositionierungen bestimmt sind, als Forschungsobjekte fungieren. Für mich als queere weiße Migrantin aus der Ukraine ist es sehr wichtig, über Intersektionalität sowohl aus einer wissenschaftlichen Perspektive zu diskutieren, als auch deren Implikationen in der praktischen Beratungsarbeit zu verstehen. Intersektionalität ist ein epistemologischer Begriff, der darauf zielt, die Überschneidung der gesellschaftlichen Positionierungen zu erfassen und die Komplexität der Privilegierungen und Diskriminierungen in ihrer

Zusammen- und Wechselwirkung zu erschließen. In der praktischen Beratungsarbeit und in den NGO- und aktivistischen Kontexten wird öfter der Begriff der Mehrfachdiskriminierung verwendet.

Die Lesbenberatung Berlin ist eine psychosoziale Beratungsstelle, die LBTIQ-Personen berät, unterstützt und empowert. LesMigraS ist der Anti-Gewalt und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung. Ich berate, koordiniere den Geflüchteten-Bereich der Lesbenberatung, leite eine Gruppe mit LBTIQ-Jugendlichen und Empowerment-Gruppen für LBGTIQ-Migrant\_innen und Geflüchtete sowie Sensibilisierungsworkshops für Mitarbeitende des Sozialdienstes der Geflüchtetenunterkünfte. Einer der zentralen Ansätze unserer Arbeit ist es, klient\_innenzentriert, empowernd und individuell zu beraten und zu unterstützen, wobei die Ratsuchenden in ihrer Komplexität und Mehrfachpositionierung akzeptiert und bestärkt werden. Eine kompetente Beratungsarbeit mit LBTIQ-Personen kann nur unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Einflüsse – wie Stigmatisierung, Marginalisierungen, Gewalt und Mikroaggressionen – durchgeführt werden, wobei die individuelle psychologische Situation in ihrer Zusammenwirkung mit den gesellschaftlichen Machtverhältnissen analysiert wird. Unsere Klient\_innen berichten oft von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem, wobei Psychotherapeut\_innen, Ärzt\_innen, Sozialarbeiter\_innen und andere Vertreter\_innen der helfenden Berufe in Bezug auf Lesbenfeindlichkeit, Trans\*feindlichkeit, Rassismus, Ableismus, Migrant\_innenfeindlichkeit und Ageismus nicht sensibilisiert sind, und dementsprechend keine angemessene Unterstützung leisten können.

Insbesondere möchte ich auf die Situation von lesbischen, queeren und bisexuellen Trans\*Personen, Inter\*Personen und gendernonkonformen Personen in den Unterstützungssystemen hinweisen. Ein Krankenhausaufenthalt ist für fast alle Trans\*Personen unmittelbar mit Diskriminierung, Missgendering verbunden. Selbst ein regulärer Arztbesuch ist oft mit Missverständnis, Angst, Stress für Trans\*Menschen assoziiert. Dementsprechend sind die wenigen lesben- und trans\*sensiblen Gynäkolog\_innen und Endokrinolog\_innen selbst in der Stadt Berlin, die als „Die queere Hauptstadt“ gilt, ständig überlaufen. Das führt dazu, dass Trans\*, Inter\* und gendernonkonforme Menschen oft notwendige Untersuchungen vernachlässigen und bei Schmerzen oder anderen Beschwerden sich erst sehr spät an das medizinische System wenden. Betreutes Wohnen, soziale Einrichtungen, Geflüchtetenunterkünfte – alle diese Systeme gehen von der Existenz von nur zwei binären Geschlechtern aus und spiegeln dies in ihrer Architektur bis zur Toiletteneinteilung in W und M. Trans\*Personen in solchen Systemen sind täglichen Diskriminierungen, dem Zwangsouting und routinierten Mikroaggressionen ausgesetzt.

LBTIQ of Color, Schwarze LBTIQ und Migrant\_innen begegnen nach wie vor institutionellem und interpersonellem Rassismus. LBTIQ-Geflüchtete erleiden oft komplexe Traumatisierungen nicht nur auf dem Fluchtweg oder als Fluchtursache, sondern genau in den europäischen demokratischen Staaten, die Schutz gewähren sollten. Im Folgenden gehe ich auf die Spezifik der Arbeit mit LBTIQ- geflüchteten Personen ein. Die Situation von LBTIQ-Geflüchteten in Deutschland ist von vermehrten Herausforderungen gekennzeichnet: anhaltende Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus, furchteinflößende Briefe, deren Amtssprache oft nicht verständlich ist, und Inhalte erneute bürokratische Schwierigkeiten mitteilen, begrenzte soziale Leistungen, Leben in Gemeinschaftsunterkunft, Einsamkeit und Isolation, Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt, erschwelter Zugang zu medizinischen Leistungen und zu qualifizierter Psychotherapie, Erinnerungen an die Gewalt und Diskriminierung, die Anlass zur Ausreise gegeben haben, Einschränkungen in der Freizügigkeit,

Rassismus und Migrant\_innenfeindlichkeit der Behörden, der Nachbar\_innen, aber auch in der queeren Szene und von „wohlwollenden“ Unterstützer\_innen, die oft einen exotisierenden fetischisierenden Blick auf queere geflüchtete Personen haben, homo- und trans\*feindliche Gewalt in der Öffentlichkeit, auf institutionellen und zwischenmenschlichen Ebenen. Einige sind von Abschiebung bedroht, einige bekommen nur eine Duldung, die, wie eine Aktivistin sagte, nur „eine süße Abschiebung“ ist, weil die rechtlose Lage mit einer Duldung Personen oft dazu veranlasst, zurück zu kehren. Die soziale Lage von einer queeren geflüchteten Person während des Asylverfahrens, aber auch oft nach einer Zusicherung eines Aufenthalts in Deutschland ist meistens ziemlich prekär. Zusätzlich beeinflussen die Lebensqualität die gesundheitlichen Folgen der strukturellen Gewalt und Diskriminierung. Einige LBTIQ-Geflüchtete berichten von Schlafstörungen, Depressionen, Unruhe und Angstattacken. Nichtsdestotrotz sehen viele queere Menschen eigene Migration als Leistung und schöpfen aus der eigenen Geschichte der Flucht Stärke und Inspiration. Eine geflüchtete Person ist nie nur durch ihre Fluchtgeschichte definiert. Genderidentität, sexuelle Orientierung, Befähigung, Alter, Religion oder keine, Bildung oder keine, das alles prägt die Erfahrungen von Menschen. In Zusammenhang mit diesen sich überschneidenden Machtverhältnissen entstehen individuelle Wahrnehmungen der eigenen Situation und Fragen, mit denen Ratsuchende sich an Beratungsstellen wenden. Manche Ratsuchende haben mehrjährige Erfahrung in Aktivismus, wissen, wie eine NGO funktioniert, und wissen ganz genau, was sie von der Beratung erwarten. Andere kommen vielleicht zum ersten Mal überhaupt in eine Beratungsstelle und reden zum ersten Mal im Leben mit einer unbekanntenen Person über eigene Probleme. Beratung von LBTIQ-Geflüchteten findet an der Schnittstelle von mehreren Beratungsansätzen statt und geht über die gewöhnlichen psychotherapeutischen und sozialberaterischen Ansätze und Methoden hinaus. Beratung der LBTIQ-Geflüchteten stellt eine Synergie aus einer sozialen, rechtlichen, Antigewalt- und Antidiskriminierungsberatung und psychologischen traumasensiblen Beratung dar. Um eine kompetente und wirksame Beratung den LBTIQ-Refugees zu gewährleisten, braucht ein Team interdisziplinäre Kompetenzen, darunter Psycholog\_innen, interkulturelle Kompetenzen, Anwalt\_innen, Sozialarbeiter\_innen, und Peer-to-Peer Expertise.

Gewalt kann verschiedene Formen annehmen und beginnt nicht erst bei einer körperlichen Verletzung. Es gibt körperliche, psychische, ökonomische, verbale und sexualisierte Gewalt. Die Diskriminierung, Abwertung der eigenen Lebensweise, Belästigung oder verbale Anfeindungen sind alles Formen von Gewalt. Sie verletzen, schränken ein, verunsichern, hinterlassen psychische Narben und haben gesundheitliche sowie finanzielle Folgen. Unsere Klient\_innen und Besucher\_innen suchen Beratung auf, weil sie Homofeindlichkeit, Trans\*feindlichkeit und Rassismus erfahren. Sie können Gewalt/Diskriminierungen auch aufgrund einer Beeinträchtigung, ihres Alters, Herkunft oder weil sie kein oder wenig Geld haben, erfahren. Oftmals treten die vielfältigen Diskriminierungen und Gewalterlebnisse in Kombinationen auf. Gewalt kann von Einzelpersonen, aber auch von Behörden und anderen Einrichtungen, wie Schulen oder Krankenhäusern, ausgeübt werden. Gewalt kann sich auch auf struktureller Ebene zeigen, indem der Zugang zu kulturellen, sozialen und ökonomischen Ressourcen der Gesellschaft verwehrt wird: Nicht barrierefreie Zugänge zu den Gebäuden oder eingeschränkte Adoptionsrechte für gleichgeschlechtliche Paare. Lesbische/bisexuelle Frauen und Trans\*Menschen erfahren zwischenmenschliche Gewalt und Diskriminierung: auf der Straße, am Arbeitsplatz oder in ihrer Herkunftsfamilie. Lesbische/bisexuelle Frauen und Trans\*Menschen üben auch Gewalt und Diskriminierung aus. Somit erleben Personen Gewalt auch in Lesbischen-, Schwulen-, Bisexuellen-, Trans\*-, Inter-Organisationen, in Freundschaften und in Beziehungen. Bei

Gewaltausübung durch staatliche Personen und Gesetze sprechen wir von staatlicher und struktureller Gewalt. So erleben Personen Gewalt zum Beispiel durch Polizei-Beamt\_innen, wenn ohne Anlass die Personalien kontrolliert werden, die Polizei bei Einsätzen massive körperliche Gewalt anwendet oder selektiv Personen, zum Beispiel, People of Color und/oder Trans\*, als Kriminelle behandelt. Von struktureller Diskriminierung sprechen wir dann, wenn scheinbar neutrale Regelungen oder Kriterien dazu verwendet werden, einzelne Personen oder soziale Gruppen zu benachteiligen. Wenn in Fernsehserien ausschließlich heterosexuelle Menschen dargestellt werden und keine lesbischen, bisexuellen oder schwulen Menschen vorkommen, dann ist es ein Beispiel für strukturelle Homofeindlichkeit. Das Transsexuellengesetz ist ein Beispiel für Gewalt, die durch gesetzliche Regelungen entsteht: Trans\*Personen, die medizinische und rechtliche Möglichkeiten der Geschlechtsangleichung wahrnehmen möchten, werden als krank bezeichnet und zur psychologischen Begutachtung gezwungen. Wir betrachten jede Form von Rassismus, Sexismus, Ableism (Diskriminierung aufgrund von Behinderung/Beeinträchtigung), Alters-Diskriminierung, Klassismus (Diskriminierung aufgrund von sozialem Status), Homophobie und Transphobie als Gewalt.

**Doris Gruber**

## **Auf die Couch gelegt: Lesbische, bisexuelle und queere Frauen\* in Psychotherapie/-Diskursen**

Dass Homosexualität und damit auch bisexuelle und queere Lebensweisen als „krank“ bezeichnet werden, scheint überholt zu sein. Die Abschaffung von Homosexualität als Krankheit mit der Streichung aus dem ICD-10 im Jahr 1990 ist fast 30 Jahre her. Während LGBT\*IQ-Initiativen am 17. Mai auf fortwährende Diskriminierungen gleichgeschlechtlich liebender wie auch trans\*, inter\* und queer Personen hinweisen, bekennt sich ein Teil der Politik und Öffentlichkeit zu einer offenen und akzeptierenden Haltung.

Der Vortrag geht der Frage nach, wie diese Diskurse in den geschützten und weitgehend verschlossenen Raum der Psychotherapie eindringen. Einerseits besteht eine Historie homophober Krankheitsdiskurse, die medizin-historisch prägend waren und einen großen Teil psychoanalytischer Auseinandersetzungen mit Homosexualität prägen. Andererseits ist heute ein gesellschaftlicher Diskurs tonangebend, der zumindest an der Oberfläche akzeptierend und liberal erscheint, was die Vielfalt von Sexualitäten, Geschlechtern und Lebensweisen angeht.

Gestützt durch Fallanalysen, die vor dem Hintergrund langjähriger Beratungs- und Therapiearbeit mit lesbischen, bisexuellen und queeren Frauen\* entstanden sind, verfolgt der Beitrag die These, dass der pathologisierende Homosexualitätsdiskurs nicht beendet ist, der die Felder Bisexualität, queere und trans\* Selbst-Identifikationen und Lebensweisen mit einschließt. Ihm zugrunde liegt das weiterhin gültige Primat von Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit, das normierend und sexualisierend Geschlechterrollenverhalten, -erwartungen und -zwänge formt und formuliert. Diesen Diskurs zu verleugnen, heißt für die Psychotherapie lesbischer, bisexueller und queerer Personen,

das Spannungsfeld zu negieren, das für Betroffene homonegativer Diskriminierungsstrukturen weiterhin besteht. Eine vorschnell proklamierte Liberalität, die lesbisches Begehren für nicht mehr erwähnenswert hält, blendet Homonegativität, Heteronormativität und vor allem die Schädigungen aus, die Diskriminierung hinterlassen kann; und sie verunmöglicht es, diese zu besprechen.

Die wiederholten und verfestigten Deutungsmuster lesbischen Begehrens als defizitär und unreif in psychoanalytischen Diskursen des 20. Jahrhunderts persistieren teilweise in aktuellen Therapien, wie an Fallbeispielen und Studien deutlich wird. Bedeutsam sind Zuschreibungen, die lesbische Frauen erfahren, indem sie als männlich identifiziert, in der Entwicklung normaler Weiblichkeit gehemmt, symbiotisch-regressiv orientiert beschrieben werden. Die immer noch verbreitete Praxis, Homosexualität zu erklären, sie zu deuten – häufig als Reaktion auf eine entwicklungsbedingte „Störung“ –, belegt, dass sie für einige Therapeut\*innen immer noch erklärungsbedürftig ist, während Heterosexualität als Norm nicht erklärt werden muss.

Eine Kontinuität bezüglich lesbenfeindlicher Stereotype bildet die Konstruktion des Widerspruchs von lesbisch und weiblich: wer lesbisch ist, kann nicht weiblich sein; eine „richtige Frau“ wiederum kann nicht lesbisch sein. Diese wirkmächtige Dichotomie findet sich auf medialer und kultureller Ebene und kann als Bestandteil einer homophoben gesellschaftlichen Struktur verstanden werden, die – bleibt sie unbewusst, d.h. unreflektiert – weiterhin homophobe Stereotypen hervorbringt. Die Beratungspraxis spiegelt wider, wie diese homonegativen Klischees und Deutungen als innerer Homophobie auf lesbisch begehrende Frauen einwirken. Sie bewerten ihr Begehren teilweise als „falsch“, empfinden Scham oder entwickeln grundlegende Zweifel an der eigenen Identität. Die Ausprägung der inneren Homophobie steht in Zusammenhang mit der Resonanz auf lesbisches Begehren im Außenraum: Die Praxisbeobachtung legt nahe, dass Frauen mit lesbischem Begehren besonders von innerer Homonegativität und in Folge Selbstabwertungen und Selbstdestruktivität beeinflusst sind, die stark von einem homonegativen Umfeld geprägt sind und nicht über positive Identifikationsmöglichkeiten hinsichtlich ihres lesbischen Begehrens verfügen. Hier zeigt sich die Notwendigkeit eines akzeptierenden, affirmativen Resonanzraums. Er kann, muss aber nicht in Psychotherapie bestehen.

Begibt sich eine lesbische, bisexuelle oder queere Frau\* in Psychotherapie, stellt sich die Frage, welchen Stellenwert ihr Begehren und ihre geschlechtliche Identifikation erhält: Welche Bedeutung sie selbst diesen Aspekten beimisst und welche Themen sie diesbezüglich bearbeiten möchte, aber auch welche Bedeutung die/der Therapeut\*in diesen Aspekten einräumt. Studien legen nahe, dass es Diskrepanzen zwischen den Erwartungen lesbischer Klientinnen und der therapeutisch behandelnden Person gibt. So wünschen sich einige Klientinnen die Thematisierung ihres Coming-outs, sie möchten, dass Therapeut\*innen über lesbische Lebensweisen, insbesondere mögliche Diskriminierungserfahrungen informiert sind. Sie stellen sich die Frage, wie sicher sie in der Therapie vor Vorurteilen sind, ob heteronormative und homophobe Vorstellungen und Klischees unreflektiert aktiviert und „gegen sie“ verwendet werden. Sie wünschen sich Akzeptanz in Bezug auf ihr Begehren und ihre Lebensweise und bringen teilweise Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen mit. Alle diese Aspekte spielen in die weitere Symptomatik hinein, die die Klientin/Patientin zur Therapie veranlasst haben, d.h., sie sind nicht exklusiv denkbar. Auch Diskriminierungen mit sexistischem, rassistischem oder anderem Hintergrund können Teil des Therapieprozesses werden und erfordern eine Auseinandersetzung mit Herrschafts- und Gewaltstrukturen.

Welcher Subtext unter einer vordergründigen „Offenheit für alles“ verborgen sein kann, wird anhand populärer Diskurse sowie und Fall-bezogen analysiert. Lesbisches Begehren, wenn Medien es als „frivoles Abenteuer“ präsentieren, kann eine Variante sexualisierten „Anything goes“ sein, die sich der Wirkmacht homonegativer Stereotypen nicht wirklich entgegenstellt. Was hier abgewehrt wird, ist in Beratung und Therapie dann spürbar: Scham in Bezug auf das lesbische Begehren, Angst vor den Reaktionen des Umfeldes, psychischer Stress aufgrund teilweise berechtigter Befürchtungen, gemobbt, ausgestoßen, abgewertet zu werden, Angst davor, nicht normal oder krank zu sein. Der Coming-out-Prozess folgt dabei nicht immer dem Narrativ, das eine liberale Gesellschaft sich wünscht. Manche Konflikte sind nicht lösbar, manche Konstellationen erfordern schmerzhaft und unbefriedigende Arrangements mit mehr oder weniger homophoben und sexistischen Strukturen. Auch hier sind Strategien und Lösungswege gefragt, die individuell und teilweise mit langem Atem erarbeitet werden müssen. Psychotherapie kann dafür einen idealen Raum darstellen, aber auch Beratung, Peer-Angebote, Gruppen, andere soziale Kontakte eignen sich dafür.

Das Zusammenwirken verschiedener Faktoren beim Auftreten psychischer Erkrankungen ist komplex. Das Minderheiten-Stress-Modell legt eine erhöhte Vulnerabilität für Stress bei LGBT-Personen nahe.

Bei Jugendlichen, wo Studien wiederholt erhöhte Suizidalität lesbischer, schwuler, trans\* und queerer Personen bestätigen, spielt das abweichende Begehren bzw. die sexuelle Identität eine nachgewiesene Rolle im Hinblick auf die Produktion von Krisen, die zu erhöhter Suizidalität führen können. In Bezug auf erwachsene Frauen deutet sich in der Beratungspraxis an, dass die Leugnung lesbischen Begehrens über längere Zeit ein Faktor ist, der an der Genese psychischer Krisen mindestens beteiligt ist. Konkrete Fälle belegen das Ineinandergreifen vielfacher Faktoren bei psychischen Krisen, wobei der Aspekt der sexuellen Orientierung und Identität mitzudenken ist, aber nicht unbedingt zentral sein muss.

Im Kontext der nachgezeichneten homophoben und sexistischen Diskurse kann eine Verortung von Ansätzen der sogenannten Konversionstherapien erfolgen. Sie gehören wissenschaftlich klar der Vergangenheit an, verfolgen sie doch Theorien biologistischer Art, die an jene der Geschlechtscharaktere im 18./19. Jh. anknüpfen. Sie führen den Pathologiediskurs zu Homosexualität manifest weiter und entziehen sich teils offen, teils versteckt einer Haltung von Akzeptanz gegenüber vielfältigen Sexualitäten und Lebensweisen. Die Schädlichkeit solcher Methoden, die keine Therapie sind, ist nachgewiesen. Die WHO verurteilt Konversionsmethoden als Verletzungen der Menschenrechte, unethisch und strafwürdig. Mit Blick auf die These, dass der heteronormative, homonegative gesellschaftliche Diskurs unterschwellig weiterwirkt, können Konversionsmethoden eingeordnet werden als offener Versuch einer regressiven Rückkehr zu Modellen der Vergangenheit, in der eine geschlechterbinäre Ordnung einer als bedrohlich wahrgenommenen Sexualität Einhalt gebot. Dieser Wunsch nach Rückkehr zur alten Geschlechterordnung beinhaltet immer auch die Zuweisung der tradierten Geschlechterrolle an die Frau. Ihre „Bändigung“ ist zentral, lesbisches Begehren stellt hier symbolisch ein besonders widerständiges Element dar, welches durch Bagatellisierung „in den Griff“ bekommen werden kann – so die Wunschvorstellung.

„Auf die Couch gelegt“ reiht Vorstellungen an wie „sich in Therapie begeben“, „therapeutisch gedeutet werden“ (mit dem Risiko des Missdeutens), es kann ausdrücken, dass es möglich ist, den psychoanalytischen Diskurs einer Analyse zu unterziehen, und es eröffnet eine Dimension von Gewalt und Sexismus, die in Bezug auf lesbisches Begehren in Diskurs- und Fallanalysen offenbar wird.

**Renate Baumgartner**

## **Bisexuelle\* Frauen: Gesundheits\_Auswirkungen von Marginalisierung & Diskriminierung**

Bisexuell scheint ein schwieriges Wort zu sein. Etwas haftet ihm an, dass es einerseits im Hetero-Mainstream als schlüpfzig empfunden wird, andererseits im LGBTIQ Kontext den Anschein von Privilegien hat oder das Wort als veraltet abgetan wird. Womit hängt es zusammen, dass viele so ungern über Bisexualität sprechen? Und wie wirkt sich diese Nicht-Erwähnung, Unsichtbarmachung und Diskriminierung auf das Leben und die Gesundheit bisexueller\* Personen aus? In diesem Vortrag möchte ich einen Bogen spannen: Von einer allgemeinen Einführung, zu den spezifischen Herausforderungen bisexueller Frauen und den wenigen verfügbaren Daten, um letzten Endes offene Fragen zur Diskussion zu stellen.

„Bisexuell“ wird in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet: vom Begehren gegenüber Männern und Frauen, bis zum Begehren gegenüber mehr als einem Geschlecht/Gender. „Bisexuell“ wird auch als Überbegriff für verschiedenste plurisexuelle Orientierungen verwendet, wie pansexuell, omnisexuell, polysexuell, bicurious usw.

Bisexuelle Personen erleben ähnlich wie homosexuelle Personen Diskriminierung und Marginalisierung. Diese strukturelle Faktoren und individuelle Verhaltensweisen werden mit den Begriffen „Binegativität“ oder „Biphobie“ bezeichnet. Binegative Zuschreibungen sind u.a. gegendert und Kontextabhängig. Bisexualität wird z.B. bei Frauen eher akzeptiert als bei Männern (Stichwort Pornographie und „Male gaze“). Bisexuellen Personen wird ihre Orientierung abgesprochen („das ist nur eine Phase“) oder Promiskuität und Untreue zugeschrieben. Bisexuelle Frauen werden zusätzlich hypersexualisiert. Wenn sie mit Männern zusammen sind werden sie in lesbischen-feministischen Communities als Überläuferinnen gesehen, oder ihnen werden Privilegien zugeschrieben (Stichwort „straight-passing“). Durch die Norm der Monosexualität, sprich Heterosexualität benötigt Homosexualität zu Abgrenzung als Gegenüber und vice versa, wird Bisexualität als „das Dazwischen“ unsichtbar gemacht. Dies äußert sich darin, dass Bisexualität negiert, nicht wahrgenommen oder umgedeutet wird. Zusätzlich sind bisexuelle Personen statistisch gesehen sehr vorsichtig bzgl. ihres Coming-outs (FRA, 2014). Diese Unsichtbarkeit und Unsichtbarmachung erschwert es bisexuellen Personen sich zu Communities zusammen zu schließen und sich gegenseitig zu unterstützen.

In Abwesenheit einer eigenen bisexuellen Community bewegen sich bisexuelle Personen stark vereinfacht ausgedrückt im „Hetero-Mainstream“ oder in LGBTIQ Szenen. Die in diesen Kontexten erfahrene Diskriminierung und Marginalisierung führt wiederum zu einem Gefühl der Abwertung und Isoliertheit (Baumgartner, 2017; Klesse, 2010).

Wie wirken sich diese Erfahrungen auf die Gesundheit bisexueller Frauen aus? In Ermangelung an Daten aus Österreich wird im Folgenden nur eine österreichische Studie präsentiert. Alle weiteren Daten kommen aus gepoolten Daten der EU oder aus den USA.

Plöderl et al.'s (2010) Studie über LGB Personen in Österreich zeigt, dass homosexuelle und bisexuelle Personen ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche aufweisen. Eine Europäische Studie der FRA (2014) zeigt, dass zehn Prozent der bisexuellen Frauen sich im Gesundheitssystem diskriminiert fühlen. Eine Offenheit bzgl. der eigenen sexuellen Orientierung erhöht dabei die Wahrscheinlichkeit Diskriminierung zu erfahren. Eine rezente Studie aus den USA attestiert 46% der bisexuellen Frauen mittelschwere bis schwere psychische Belastungen; verglichen mit 28% der lesbischen und 22% der heterosexuellen Frauen (Gonzales, 2016). Depressionen und Angststörungen scheinen v.a. bei jungen bisexuellen Frauen weit verbreitet (Jorm et al., 2002). Eine Studie zeigte, dass bisexuellen Frauen unter allen sexuellen Orientierungen am stärksten von Gewalt in der Partnerschaft betroffen sind. So hatten 46% der Frauen eine Vergewaltigung erlebt und 75% der Frauen Erfahrungen mit anderen Formen von Gewalt in der Partnerschaft (Rothman et al., 2011).

Weitere US-amerikanische Studien erwähnen ähnlich wie bei lesbischen Frauen auch eine erhöhte Prävalenz für Alkohol- und Tabakkonsum unter bisexuellen Frauen (Gonzales, 2016). Bisexuelle Frauen haben außerdem ein ähnlich hohes HIV Risiko wie heterosexuelle Frauen (Abdessamad, 2013).

Die vorangegangene Ausführung zeigt die schwache und geradezu punktuelle Datenlage zur Gesundheit bisexueller Frauen. Folgende Fragen sollen daher zur Diskussion gestellt werden: Was heißt es im Kontext bisexueller Frauen „alle gleich zu behandeln“? Inwiefern wäre das Wissen über sexuelle/romantische Orientierung bzw. sexuelle Praxis hilfreich um bisexuelle Frauen zu unterstützen? Wie kann sexuelle/romantisch Orientierung bzw. sexuelle Praxis in produktiver Weise gerahmt werden um die Gesundheit bisexueller Frauen zu adressieren? Wie kann das Gesundheitspersonal auf vielfältige L(i)ebensweisen geschult werden und die Wahrnehmung bisexueller Frauen bzgl. ihrer Gesundheits Herausforderungen gestärkt werden? Und nicht zuletzt: Wie können vorhandene Leerstellen gefüllt werden um die Gesundheit bisexueller Frauen konkret zu fördern?

## Literatur:

- Abdessamad, H. M., et. al. (2013). Attitudes and Knowledge Among Obstetrician-Gynecologists Regarding Lesbian Patients and Their Health. *Journal of Women's Health*, 22(1), 85- 93.
- Baumgartner, R. (2017). ‚I think I'm not a relationship person' Bisexual women's accounts of (internalised) binegativity in non- monogamous relationship narratives. *Psychology of Sexualities Review*, 8(2), 25-40.
- Fra, E. U. A. for F. R. (2014). EU LGBT survey: Main results (No. 9789292391751) (pp. 144–144). Luxembourg.
- Gonzales, G., et. al. (2016). Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States. Results From the National Health Interview Survey. *JAMA International Medicine*, E1-E8.
- Jorm, A. F., et al. (2002). Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 423–427.
- Klesse, C. (2011). Shady Characters, Untrustworthy Partners, and Promiscuous Sluts: Creating Bisexual Intimacies in the Face of Heteronormativity and Biphobia. *Journal of Bisexuality*, 11(2–3),

227–244.

Plöderl, M., et al. (2010). The relation between sexual orientation and suicide attempts in Austria. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1403–1414.

Rothman, E. F., et al. (2011). The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(2), 55–66.

## Inputs des Podiumsgesprächs zu lesbischer und bisexueller Gesundheit in Wien

### Bettina Enzenhofer

Mit welchen Ungleichheiten sind LGBTIs im Gesundheitswesen konfrontiert? Auf diese Frage ist das EU-Projekt HEALTH4LGBTI eingegangen, im Zuge dessen ich 2016 etwa fünfzig Gesundheitseinrichtungen und Aktivist\*innen in Österreich kontaktiert habe. Abgesehen von einzelnen Schulungen oder Veranstaltungen war deren Aussage jedoch meist ñ insbesondere auch bzgl. lesbischer und bisexueller Gesundheit: „Es gibt hierzulande nicht viel zum Thema.“

Bereits 2006 hieß es im Wiener Frauengesundheitsbericht, dass Lesben „im Gesundheitssystem sehr oft unsichtbare Patientinnen“ bleiben, „ihre sexuelle Orientierung wird nicht thematisiert“. Medizinisches Personal und Gesundheitsforschung hätten „wenig Wissen über Lebenslagen, gesundheitsbezogene Bedürfnisse und spezifische Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen“. Dieses Eingeständnis setzt sich im Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/11 fort, der zudem auf das Fehlen spezieller Einrichtungen für die sexuelle Gesundheit von Lesben aufmerksam macht. Bisexuelle Frauen bleiben in beiden Berichten unsichtbar. Auch der Aktionsplan Frauengesundheit (2017) erwähnt weder Bisexuelle, noch Lesben ñ und zählt ihre Erfahrungen offenbar nicht zu den „wichtigsten gesundheitlichen Belangen von Frauen in verschiedenen Lebensphasen“, die der Aktionsplan abdecken soll. Er erwähnt zwar, dass „soziale Kategorien wie (...) sexuelle Orientierung (...) die Gesundheit“ beeinflussen und dass es gilt, der „Vielfalt und Verschiedenheit (...) im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Problemstellungen, aber auch im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Potenzialen und Ressourcen (...) Rechnung zu tragen“. Doch wo in Wien oder Österreich wird das konkret wie gemacht?

Dass es eben nicht egal ist, ob Patient\*innen heterosexuell sind oder nicht, weiß man aus internationalen Studien schon lange. Auch HEALTH4LGBTI geht im Abschlussbericht auf die vielen Ebenen von Ungleichheit ein, denen LGBTIs im Gesundheitswesen gegenüberstehen, und verweist auf die zentrale Herausforderung, dieses tatsächlich inklusiv zu gestalten. Einen wesentlichen Schritt in diese Richtung sieht HEALTH4LGBTI in verpflichtenden Trainings für das Gesundheitspersonal. Vier Trainings können auf der Projektwebsite frei heruntergeladen werden:

## **Karin Gutiérrez-Lobos**

Trotz zunehmender gesellschaftlicher Enttabuisierung finden Aspekte lesbischer und bisexueller Gesundheit nach wie vor noch wenig Eingang in die medizinische Praxis, Lehre und Forschung. Best Practice Beispiele sind rar. Einerseits müssen die verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitssystems stärker für die Bedürfnisse sensibilisiert werden, andererseits ist aus Studien bekannt, dass Diskriminierungserfahrungen eine gesundheitliche Belastung darstellen und auch den Zugang zu Behandlung erschweren. Qualitative Verbesserungen der Gesundheitsversorgung lesbischer und bisexueller Frauen müssen entwickelt und im Gesundheitssystem verankert werden.

## **Theodora Manolacos**

Diversitätsmanagement gehört ebenso wie die Personalentwicklung im engeren Sinn und die betriebliche Gesundheitsförderung zu den Grundpfeilern der Personalarbeit und strategischen Personalentwicklung im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV). Implizit ist dabei der Grundsatz der Nicht-Diskriminierung und jede/r Mitarbeiter/in der Unternehmung ist in der Pflicht. Die Schwerpunkte im Diversitätsmanagement des KAV liegen in der Förderung von Chancengleichheit und der Sensibilisierung für den Umgang mit Vielfalt. Dafür stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung, im Besonderen jedoch das KAV interne (Weiter-)Bildungswesen, Vernetzungsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit. Die stärkste Grundlage bilden die gesetzlichen Vorgaben und strategischen Zielsetzungen für den Krankenanstaltenverbund, die es ermöglichen, auch im Sinne eines Monitorings mit entsprechenden Maßnahmen auf der einen Seite Gleichstellung zu fördern und auf der anderen Seite exkludierenden Faktoren entgegenzuwirken.

# Sessions

## Session 1: Wissen und Praxis

### Andrea Nagy

#### **Geschlechtliche Identitäten in Ausbildungen der Sozialen Arbeit**

Geschlechtliche Identitäten als Reflexions- und Analysekategorie stellen in Ausbildungen der Sozialen Arbeit eine zu erwerbende Grundkompetenz dar. Eine Grundkompetenz ist es aus mehreren Gründen. Zum Beispiel aus Gründen der ethischen Obligation Sozialer Arbeit oder aus professionsgeschichtlichen Gründen, aber auch weil geschlechtliche Identitäten im ‚Kerngeschäft‘ Sozialer Arbeit, dem sozialen Miteinander eine strukturierende Rolle spielen.

Die ethischen Grundsätze internationaler Sozialer Arbeit schreiben vor alle Formen struktureller Ungleichheit und Unterdrückung herauszufordern, bzw. dagegen vorzugehen, in internationaler Sozialer Arbeit vor allem auch Formen struktureller Ungleichheit zu erkennen und zu bekämpfen. (Vgl. global definition of social work des IFSW, <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/ethische-Grundsätze>). Geschlecht und geschlechtliche Identitätskonstruktionen (wie zum Beispiel: „Mann“ und „Frau“ und die damit verbundene Annahme, dass entsprechende biologische Geschlechtsmerkmale vorhanden sind und dass das jeweils andere Geschlecht begehrt wird) sind stark mit gesellschaftlichen Normsetzungen und Rollenzuschreibungen verbunden. Wenn Sozialarbeiter\_innen sich diese Normen nicht reflexiv erschließen (als selbst so sozialisierte Menschen) und als strukturell wirkendes Herrschaftssystem erkennen, dass über die Herrschaftsstrategie der ‚Naturalisierung‘ universelle Gültigkeit beansprucht, fließen diese unbemerkt in ihre professionellen Bewertungen ein, und behindern sie in der Ausübung ihrer Profession. Um Unterdrückungsformen zu (er)kennen und herauszufordern die mit der heterosexuellen Norm verbunden sind, brauchen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen Wissen über geschlechtliche Identitäten, gesellschaftliche Normsetzungen und (soziale) Sanktionen, die mit diesen Normsetzungen und entsprechenden Normverletzungen einhergehen, und betroffene Personen (z.B. Nutzer\_innen Sozialer Arbeit) schädigen und in ihre gesundheitlichen und generellen Ressourcen einschränken.

Weiters hat Geschlecht und haben geschlechtliche Identitäten einen starken Einfluss auf professionsgeschichtliche Entwicklungen und spielen eine Rolle in der Entstehung der Wissensbasis der Sozialen Arbeit. Soziale Arbeit als weiblich konnotierte Profession hatte und hat zu kämpfen als vollwertige wissenschaftliche Disziplin anerkannt und mit entsprechenden Mitteln ausgestattet zu werden um die Disziplin zu entwickeln und weiterzuentwickeln.

Zu guter Letzt spielen geschlechtliche Identitäten im aktuellen sozialen Miteinander von Menschen eine entscheidende Rolle, dafür spricht die ungleiche Verteilung des Weltvermögens, oder auch Ergebnisse der sozialpsychologischen Kleingruppenforschung die belegen, dass es Frauen - unabhängig von ihrer Performance, nur auf Grundlage der Geschlechtszuschreibung - schwerer haben als Führungskräfte akzeptiert zu werden.

Da es sich bei geschlechtlichen Identitäten um Kategorien handelt, die, ebenso wie andere gesellschaftliche Strukturkategorien nicht unmittelbar erfassbar sind, weil sie auch selbstreflexiv erschlossen werden müssen, können sie kaum in Form eines Wissensinhalts einmalig vermittelt werden. Wir

alle sind in unterschiedlicher Weise selbst von ‚Geschlecht‘ und geschlechtlichen Identitätszuschreibungen betroffen und haben damit Erfahrungen gesammelt, die bei der Vermittlung entsprechender Wissensinhalte ‚berührt‘ werden. Um professionell mit Normzuschreibungen und sozialen Sanktionen umgehen zu können, die bei Verletzung der Norm zum Tragen kommen und professionelle Fachkräfte wie Klient\_innen der Sozialen Arbeit betreffen braucht es umfassende Schulungskonzepte.

Das Entwickeln einer spezifischen Kompetenz, Geschlecht als Reflexions- und Analysekategorie zu nutzen, ist im Studium der Sozialen Arbeit eng mit einem soziologischen und gesellschaftstheoretischen Grundverständnis verbunden, und müsste als Querschnittmaterie in zahlreichen Grundlagenfächern mit-vermittelt werden. Da Soziale Arbeit in einem gesellschaftlichen Bereich operiert, welcher auch von anderen normativen Setzungen und auf dieser Grundlage von sozialen Sanktionen und ‚Ausschlüssen‘ durchdrungen ist, kann das Wissen um heteronormative Setzungen und Ausschlussmechanismen exemplarisch wirken. Daher ist Wissen, das geschlechtliche Identitäten als Reflexions- und Analysekategorie vermittelt als Grundlage Sozialer Arbeit und nicht als hochspezialisierte Zusatzmaterie anzusehen.

Das Problem dabei ist, dass nicht in jedem Fach in dem geschlechtliche Identitäten auch immer eine Rolle spielen müssten, bzw. in denen immer auch ein Bezug zu geschlechtlichen Identitäten hergestellt werden müsste, das Know-how auf Seiten der Lehrenden besteht diese Bezüge auch zu vermitteln. Leider liegt damit das Problem bei der Vermittlung geschlechtlicher Identitäten als Querschnittmaterie derzeit noch beim fehlenden Know-how der meisten Lehrenden, was auch damit zusammenhängt, dass wissenschaftstheoretische Beiträge feministischer Theoriebildung in den Sozialwissenschaften nicht breit genug verankert werden konnten und die Integration feministischer und queerer Wissensinhalte in die Wissensbasis der Sozialen Arbeit noch ungenügend vorangeschritten ist.

Da geschlechtliche Identitäten als Querschnittmaterie vermittelt zuvor explizierte Schwierigkeiten mit sich bringen, empfiehlt es sich jedenfalls auch ein spezifisches Lehrfach anzubieten, dies ist jedoch ebenso lückenhaft umgesetzt wie die Vermittlung als Querschnittmaterie. In den allermeisten Curricula gibt es kein spezifisches Fach, das sich mit geschlechtlichen Identitäten auseinandersetzt und darauf fokussiert. Was verankert ist, ist ein Lehrfach das Gender und Diversität, oder nur Diversität heißt, in welchem geschlechtliche Identitäten mitvermittelt werden.

Geschlechtliche Identitäten sollten aus zuvor dargelegten Gründen als Querschnittmaterie und Grundlagenwissen der Sozialen Arbeit vermittelt werden. Bis dies umfassend umgesetzt werden kann, empfiehlt es sich im verpflichtenden Curriculum eine spezifische Lehrveranstaltung dazu anzubieten. Die Lehrveranstaltung Gender und Diversität ist grundsätzlich geeignet dafür, müsste jedoch vom Arbeitsaufwand her auf mindestens 10 ECTS, oder 250 Arbeitsstunden aufgestockt werden (derzeit liegt sie meist bei 4-5 ECTS). Da Soziale Arbeit immer Gefahr läuft selbst normativ im Sinne einer Kategorienbildung zu wirken, geht es jedenfalls in Ausbildungen darum, nicht neue Kategorien festzuschreiben um diese dann ‚diagnostisch‘ auf Menschen anzuwenden, sondern die Praxen und Mechanismen selbst, die diese Setzungen bewirken kritisch zu hinterfragen und Klient\_innen und Kolleg\_innen im Sinne eines Empowerment-Ansatzes in ihrer Selbstdefinition, in ihrem Selbstausdruck zu stärken, sowie Organisationen und Policies zu schaffen, die diese Selbstdefinition anerkennen und fördern.

# Stephanie Strobl

## Regenbogensgruppe der MedUni Wien

Die MedUni Wien wollte ein Umfeld schaffen, in dem sich alle Mitarbeiter\_innen und Student\_innen sicher fühlen. Das Ziel „Inklusion und Sexuelle Orientierung“ umfasste den Aufbau einer Gruppe für bi-/hetero-/homo-/inter-/transsexuelle, transgender und queere Mitarbeiter\_innen und Studierende der MedUni Wien. Die Stabstelle Gender Mainstreaming übernahm die Koordination für den Aufbau dieser Gruppe – dies war die Geburtsstunde der Regenbogensgruppe der MedUni Wien.

Im April 2012 fand das erste Zielformulierungstreffen der Regenbogensgruppe statt. Seither wurden zahlreiche Treffen, Vorträge und Informationsveranstaltungen abgehalten.

Die Regenbogensgruppe will die Themen sexuelle Orientierungen und Geschlechteridentitäten an der Universität besser sichtbar und zu einem Teil des Alltags der MedUni und des AKH Wien machen. Alle Mitarbeiter\_innen sollen ihre Identität im täglichen persönlichen Umgang am Arbeitsplatz ohne Bedenken offen kommunizieren und leben können.

Die Regenbogensgruppe bespielt mittlerweile einen Schaukasten im Foyer des AKH. Dadurch konnte die Sichtbarkeit auch bei Patient\_innen und Besucher\_innen stärker werden.

Die Regenbogensgruppe tritt auch gemeinsam mit Queer@Hochschulen auf, so zum Beispiel im Rahmen des Pride Village am Rathausplatz, wo die Queeren Gruppen aller Hochschulen Impulsvorträge hielten.

Eine gemeinsame Teilnahme am 1. Pride Run Vienna – dem Lauf für mehr Akzeptanz, zu dem alle MitarbeiterInnen des AKH und der MedUni Wien eingeladen wurden und über das hauseigene Intranet darüber informiert wurden, setzten auch in der Öffentlichkeit ein starkes Zeichen.

Für Studierende und Beschäftigte der MedUni Wien ist die Regenbogensgruppe Anlaufstelle bzw. bietet Hilfestellung bei Fragen und Problemen, die sich aus sexuellen Orientierungen oder Identitäten ergeben.

Die Anregung und Betreuung von Diplomarbeiten zum Thema LGBTIQ und die Erstellung einer Literaturdatenbank wird als eine weitere Aufgabe der Gruppe angesehen.

Die Treffen der Regenbogensgruppe stehen allen offen, bieten die Gelegenheit, neue Kontakte zu knüpfen und Themen wie sexuelle Orientierungen und Geschlechteridentitäten in der Lehre, Forschung, Patient\_innenversorgung und im sozialen Leben des AKH Wien und der MedUni Wien zu diskutieren und besser zu positionieren.

# Session 2: Von der Wiege bis zur Senior\*innen-WG

## Bärbel S. Traunsteiner

### Bedürfnisvielfalt be/im Alter/n

Die wissenschaftliche Studienlage zu älteren lesbischen Frauen kann nach wie vor als äußerst gering bezeichnet werden (vgl. Lottmann/Lautmann 2015). Die Prognosen hinsichtlich der demografischen Entwicklungen in Bezug auf das Alter(n) der Bevölkerung machen jedoch deutlich, dass die Anzahl an Frauen im dritten und vierten Lebensalter in den nächsten Jahr(zehnt)en in Österreich beständig steigen wird. Insofern wird auch die Zahl an lesbischen Frauen über 60 Jahren kontinuierlich zunehmen. Eine Konsequenz daraus wird sein, dass die gesundheitspolitischen wie organisationalen Anforderungen hinsichtlich der Wahrnehmung und des Einbezuges nichtheteronormativer Lebensweisen deutlicher zutage treten werden. Konkret heißt das, dass unter anderem auch die Bedürfnisse von lesbischen älteren Frauen strukturell zunehmend gehört werden wollen und Gehör finden werden. Bereits diese Tagung ist ein Beweis dafür!

Doch welche Bedürfnisse haben ältere lesbische Frauen? Alleine die Bandbreite an Bedürfnisaspekten ist vielfältig – so wie bei Menschen grundsätzlich. Bereits das Spektrum an Grundbedürfnissen wie beispielsweise nach Einkommen, Wohnraum oder sozialen Interaktionen ist ein umfassendes. Aus gesundheitspolitischer und organisationaler Perspektive stellt sich daher immer wieder die Frage nach den Besonderheiten hinsichtlich der Bedürfnisse von lesbischen Frauen be/im Alter/n. Danach eben, welche speziellen Auswirkungen sich aufgrund der Lebensbedingungen und Herausforderungen von älteren Frauen, die gleichgeschlechtlich begehren, ergeben. Gleichzeitig muss allerdings auch die Frage danach erörtert werden, inwiefern Bedürfnisse von lesbischen Frauen im Alter(n)prozess schlicht einfach Wünsche oder Notwendigkeiten älterer Menschen an sich sind. Denn andernfalls droht durch die Fokussierung „Anderer“ – eben von gleichgeschlechtlich l(i)ebenden älteren Frauen – als Forschungsobjekt und damit einghergehend eine potentielle Dramatisierung und Objektifizierung in einem gesellschaftlichen Opferstatus (vgl. Castro Varela 2016).

In diesem Sinne wird anhand der Daten aus der qualitativen Studie „Gleichgeschlechtlich l(i)ebende Frauen im Alter. Intersektionalität, Lebenslagen und Antidiskriminierungsempfehlungen“ (Traunsteiner 2018) Einblick gegeben in die Vielfalt an Bedürfnissen älterer lesbischer Frauen. Konkret fokussiert werden dabei die Bedürfnisse älterer gleichgeschlechtlich l(i)ebender Frauen, welche sich auch aufgrund ihrer spezifischen intersektionalen Verortung entlang der Dimensionen sexuelle Orientierung, Geschlecht und Alter ergeben. Der inhaltliche Bogen wird dabei über die Themenbereiche Einkommen, Wohnen, soziale Beziehungen bis hin zu Interaktionsräumen und gesellschaftlicher/n Un/Sichtbarkeit/en gespannt. Aspekte rund um aktuelle Bedürfnisse werden ebenso wie Antizipationen zum eigenen Alter/n der Zielgruppe (Traunsteiner 2014) und damit sozial- und gesundheitspolitische Anforderungen hinsichtlich älterer als auch hochaltriger gleichgeschlechtlich l(i)ebender Frauen thematisiert. Darauf aufbauend werden Fragen und Antworten hinsichtlich bestehender wie ausständiger bzw. notwendiger Angebote und Strukturmaßnahme in und für Wien diskutiert.

## Literatur:

Castro Varela, M.d.M. (2016): „Altern Andere anders? Queere Reflexionen.“ In: Lottmann, R./Lautmann, R./Castro Varela, M.d.M. (Hg.): Homosexualität\_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 51-67.

Lottmann, R./Lautmann, R. (2015): „Queer und Alter(n) – zum Forschungsstand.“ In: Schmidt, F./Schondelmayer, A.-C./Schröder, U.B. (Hg.): Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Wiesbaden: Springer VS, S. 337-354.

Traunsteiner, B. S. (2018): Gleichgeschlechtlich liebende Frauen im Alter. Intersektionalität, Lebenslagen und Antidiskriminierungsempfehlungen. Wiesbaden: Springer VS.

Traunsteiner, B. (2014): „Alter(n), Geschlecht und sexuelle Orientierung. Gleichgeschlechtlich liebende Frauen in der dritten Lebensphase und ihre Antizipationen zum eigenen Altern.“ In: Appelt, E./Fleischer, E./Preglau, M. (Hg.): Elder Care: Intersektionelle Analysen der informellen Betreuung und Pflege alter Menschen in Österreich. Innsbruck: Studienverlag, S. 147-162.

## Verena Flunger

### Regenbogenfamilien gestern und heute

#### Wie entstehen Regenbogenfamilien?

In der täglichen Arbeit mit Regenbogenfamilien unterschiedlichster Zusammensetzungen, wird deutlich, dass sich bei deren Entstehung in den letzten Jahren/Jahrzehnten etwas verändert hat.

Waren es früher vermehrt Kinder, die in vergangenen heterosexuellen Beziehungen entstanden sind, werden heute immer mehr Kinder in bereits bestehende LGBTIQ\* Partner\*innenschaften geboren.

Die Entstehung einer Regenbogenfamilie ist dabei so bunt, wie die Regenbogenfahne selbst. Vom Besuch einer Kinderwunschklinik bis zur „Bechermethode“. Von Adoption bis Pflegefamilie. Von zwei bis vier (oder mehr) Elternteilen. Von Patchwork bis Kernfamilie. Von biologischer Elternschaft bis zur sozialen Elternschaft. Eines haben sie alle gemeinsam: es entstehen Familien mit Wunschkinder.

#### Rechtliche Rahmenbedingungen bisher:

1971 Das Totalverbot von Homosexualität wird aufgehoben

1986 Die Änderung der Geschlechtseintragung wird möglich

1995 Das Werbeverbot für Homosexualität (§20 StGB) wird aufgehoben

- 1996 Die erste Regenbogenparade Österreichs findet in Wien statt
- 1996 Die Stadt Wien vermittelt Pflegekinder erstmals auch an homosexuelle Pflegeeltern
- 2002 Das erhöhte Schutzalter für Homosexuelle (§209 StGB) wird abgeschafft
- 2004 Das Antidiskriminierungsgesetz schreibt vor, dass Menschen am Arbeitsplatz nicht aufgrund ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert werden dürfen
- 2009 Der Operationszwang für transidente Personen wird aufgehoben
- 2010 Die eingetragene Partnerschaft für homosexuelle Paare wird eingeführt
- 2013 Die Stiefkindadoption wird auch für homosexuelle Paare möglich
- 2015 Das in Anspruch nehmen von Fortpflanzungsmedizin (künstliche Befruchtung) wird auch für lesbische\* Paare möglich (automatische Elternschaft)
- 2016 Das Adoptionsverbot für homosexuelle Paare wird abgeschafft
- 2018 Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes über die notwendige Einführung einer dritten Geschlechtsoption

### **In Zukunft:**

- 2019 Die Ehe soll für alle geöffnet werden, auch die eingetragene Partnerschaft soll allen offenstehen
- 2022 Transidentität soll im ICD11 nicht mehr als Krankheit angeführt werden

### **Fehlende rechtliche Rahmenbedingungen**

- Die automatische Elternschaft von verheirateten heterosexuellen Paaren, für in aufrechter Ehe geborener Kinder, ist für homosexuelle Menschen durch das Schließen einer eingetragenen Partnerschaft nicht möglich. Es bleibt zu hoffen, dass sich dieser Umstand durch die Öffnung der Ehe zugunsten von zukünftigen Regenbogenfamilien ändert.
- Wie bereits beschrieben, sind Regenbogenfamilien nicht nur in ihrer Entstehung vielseitig, auch ihre Zusammensetzung kann sehr unterschiedlich gestaltet sein. Neben klassischen zwei-Eltern-Familien, finden sich auch viele Konstellationen mit mehr als zwei Elternteilen. Diese werden rechtlich allerdings nicht anerkannt. Eine Reproduktion von heteronormativen Vorstellungen über Elternschaft scheint unvermeidbar.
- Finanzielle Unterstützung für LGBTIQ\*s bei Inanspruchnahme von Fortpflanzungsmedizin, ist eine weitere fehlende rechtliche Rahmenbedingung. Die hohen Kosten von Behandlungen in Kinderwunschkliniken führen dazu, dass der Zugang nur jenen offensteht, die über ausreichende finanzielle Mittel verfügen.

### **Medizinische Aspekte**

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung steht seit 2015 auch lesbischen\* Paaren offen, daraus haben sich zahlreiche neue Möglichkeiten zur Familiengründung ergeben. Neben der Insemination mit „Fremdsamen“ (in Österreich gibt es keine anonyme Samenspende, Kinder haben ab dem 14. Geburtstag das Recht zu erfahren, wer den Samen gespendet hat), ist in manchen Kliniken auch

die Insemination von Samen eines bekannten Samenspenders möglich. Voraussetzung dafür ist, dass der Spender alle Anforderungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes erfüllt. Außerdem können lesbische\* Paare auch eine IVF (künstliche Befruchtung) in Anspruch nehmen, die beim Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit (z-B. Endometriose, POC-Syndrom, Verengung einer/beider Eileitern) durch den IVF-Fonds finanziell unterstützt wird. Der Vorteil einer Befruchtung in einer Kinderwunschklinik liegt in der automatischen Elternschaft beider Mütter\*, die durch eine Heiminssemination („Bechermethode“) nicht möglich ist. Neben den beschriebenen Methoden für lesbische\* Paare, bieten einige Kinderwunschkliniken transidenten Personen die Möglichkeit, vor einer Behandlung mit Hormonen, eigene Eizellen/Samenzellen einfrieren zu lassen, um sie später zur Zeugung biologischer Kinder zu verwenden.

Alle beschriebenen Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung gehen mit hohen Kosten einher und werden aktuell nur in wenigen Fällen (vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit für eine IVF) finanziell unterstützt.

## Workshop: Sexuelle Gesundheit

### Karin Schönflug

#### „Es war wundervoll!“ - was uns beim Sex glücklich macht

Workshops zu lesbischer\* Sexualität, lesbischem oder bisexuellem Sex, lesbischer Gesundheit oder gar lesbischer sexueller Gesundheit sind in Wien bislang überschaubar geblieben. Zuletzt sollte auf der European Lesbian\*Conference 2017 in Wien ein Workshop des Club Rosa Amalie<sup>1</sup> mit dem Titel „Fist fucking, anal sex and hidden pleasures. A workshop on lesbian\* sex practises“ in einer Session mit dem Titel „Politics of lesbian sex: squirt back!“ abgehalten werden, was aber aufgrund der Überbuchung der Konferenz leider ausfiel.

Im Rahmen dieses Workshops auf der WAST Jahrestagung 2018 sollen die unterschiedlichen Zugänge und Themen zur Auseinandersetzung mit lesbischer\* Sexualität der letzten Jahrzehnte mit Hinblick auf die Gegenwartsrelevanz in einem Kurzinput erläutert und gemeinsam reflektiert werden. Mögliche Themen sind:

#### „Die wunderbare Welt der Klitoris“

Über die körperliche Findung weiblicher Anatomien und die „Hardware“ der lesbischen Sexualität: Prägend für diesen Diskurs waren die offenen Fragen nach dem physischen Ursprung und die Vorgänge um den lesbischen Orgasmus. Einerseits suchten Frauenkollektive gemeinsam Aufklärungs- und Informationsliteratur über diesen in der Medizin vernachlässigten Bereich zu sammeln, andererseits wurde im Rahmen dieser körperlichen Findungsprozesse auch normativ zu „richtigen“ Sexpraktiken diskutiert. Meilensteine dabei sind:

- Anne Koedt (1970): *The Myth of Vaginal Orgasm*. New England Free Press.
- Jill Rakusen und Angela Phillips (1971-2011): *Our bodies Ourselves*. NY: Penguin.

<sup>1</sup> Hafdis Erla, Christine Klapeer, Luan Pertl, Karin Schönflug

- Alice Schwarzer (1977): Der kleine Unterschied und seine großen Folgen. Frankfurt: Fischer.
- Suzann Gage (1981) A New View of a Woman's Body. NY: Firebrand Books.

### **Interessante Fragen für die Gegenwart könnten sein:**

Ist der vaginale Orgasmus noch immer ein Mythos? Ist heute noch etwas bei lesbischem\* Sex verpönt, das mit Körperlichkeit argumentiert wird? Und: gibt es heute noch Überraschungen zur Klitoris? Haben alle Frauen\* eine Klitoris? Was ist an der Klitoris politisch? Was wissen wir über unsere Körper? Woher wissen wir es? (Wie) ändert sich lesbischer\* Sex beim älter werden? Wie funktionieren unsere Körper wenn wir Sex haben? Was ist mit individuellen Unterschieden? Woher kommt die Flüssigkeit? Und die andere Flüssigkeit? Oder ist das eine dritte Flüssigkeit? Oder Menstruationsblut?

### **Lesbischer\* Sex als Praxis korrekter feministischer Politik**

In den 1990er Jahren war das Thema lesbischer Sex vorwiegend eingebettet in die Aufklärungsarbeit der Safer-Sex-Bewegung. „Safe sex is hot sex“ wurde auch für lesbische Frauen proklamiert<sup>2</sup> und die Lesbenberatungen und AIDS-Hilfen im deutschsprachigen Raum erstellten Safer Sex Broschüren, die vor Praxen mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten warnten und zur Verwendung von Safer Sex Handschuhen, Gefrierfolie und Dental Dams rieten. Auch in den Coming-out Gruppen wurde über Präventionsmaßnahmen, Gefahren und Risiken beim lesbischen Sex informiert; neuere Themen wie HPV kommen heute zu HIV und der ewigen Candida-Bedrohung hinzu. Doch Praxen und Vorlieben des lesbischen Sex wurden nicht nur auf körperlicher und gesundheitlicher Ebene problematisiert, sondern auch als politisch und moralisch bedenklich verhandelt, was unter dem Titel „Sex Wars“ von den 1970er bis in die 1990er Jahre die Community tief und heftig spaltete. Streitthemen waren Begehrensformen (z.B. die Butch/Femme Inszenierungen insbesondere der Arbeiterinnenklasse versus Androgynität in universitären oder aktivistischen Kreisen); Praktiken (wie BDSM, Sex mit Dildos, Vaginalverkehr, Sex mit Männern), Inklusion (von Trans\*Lesben) und Pornographie - immer verknüpft/vermischt mit Fragen über Machtmissbrauch und Gewalt. Auch die Safer-Sex Broschüren und Lesbensexbücher transportierten mit Aufklärung über lesbische Sexualität bestimmte Werthaltungen. Autor\*innen, Verleger\*innen, Sexpertinnen\* und Künstler\*innen (wie Claudia Gehrke, Susie Bright, Annie Sprinkle und Beth Stephens, Monika Treut, Del la Grace Volcano, Christa Beinstein, Katharina Daschner und viele andere...) geben auch heute noch mittels Fotografien, Pornos und anderen Arten der Visualisierung und Imagination die Bilder für unser „Lesbisches Auge“ (Das Jahrbuch der lesbischen Erotik) vor.

### **Auswahl lesbischer\* Sexhandbücher:**

- Emily Sisley und Bertha Harris (1977): The Joy of Lesbian Sex. New York: Pocket.
- Pat Califia (1980): Sapphistrie: das Buch der lesbischen Sexualität. Berlin: Orlanda.
- Manuela Kay und Anja Müller (2001): Schöner Kommen - Das Sexbuch für Lesben Berlin: Quer Verlag.
- Allison Moon und KD Diamond (2014): Girl Sex 101. Allison Moon Verlag.

<sup>2</sup> z.B. als Plakat von Helene Silverman/Steven Meisel 1992: „Safe Sex is Hot Sex (3) - You Are Not Immune“

## Welche Fragen sind heute offen geblieben?

Gibt es 2018 noch Guidelines zum politisch korrekten lesbischen\* Sex? Was ist heute noch verboten? Was wird besser nicht weiter erzählt? Wie stehen Lesben\* heute zu Pornographie, BDSM und Butch-Femme Inszenierungen? Wo, wie und mit wem sprechen wir heute über lesbischen\* Sex? Sind detaillierte Anleitungen als nützliche Weiterbildung zu verstehen, oder erzeugen sie Leistungsdruck oder Versagensängste (bei Junglesben, Late-Bloomers und auch Community Urgesteinen)? Welche Funktionen hat Sex für Lesben\*? Ist Sex für heute junge Lesben\* anders als es früher war? (Wie) findet in der Community Erfahrungsaustausch über Sex mit Trans/Interlesben statt? Welche Rolle spielen Gesundheitsexpert\*innen, Therapeut\*innen, Ärzt\*innen?

## Tabus und Problemzonen

Sexuelle Gesundheit bedeutet auch einen Umgang zu finden mit sexualisierter Gewalt in der Szene und (sexueller) Gewalt in lesbischen Beziehungen. Ende der 1990er Jahre wurde dieses Thema in Wien erstmals in einer Veranstaltungsreihe öffentlich diskutiert, in den 2010er Jahren wurde vor allem in den sozialen Medien sexualisierte Gewalt bei Lesben\*-Veranstaltungen bzw. Partys, in Beziehungen aber auch in öffentlichen Räumen und im Cyberspace vor allem online (z.B. in der Sugarbox) diskutiert.

- Sugarbox: <https://sugarbox.at/2017/04/04/jenseits-von-gut-und-boese-ein-kommentar-zur-fehlerden-queerfeministischen-debattenkultur>
- ugarbox: <https://sugarbox.at/2015/08/03/die-crux-mit-dem-konsens-und-die-magie-des-moments/>
- Constance Ohms (2008) Das Fremde in mir: Gewaltdynamiken in Liebesbeziehungen zwischen Frauen. Soziologische Perspektiven auf ein Tabuthema. Bielefeld: transcript Verlag.
- Ebner, Michi; Goutrié, Claudie; Newald, Maria; Pewny, Katharina; Schönpflug, Karin; Steininger, Lisa; Wochner, Barbara (2001) Entscheidend Einschneidend. Mit Gewalt unter Frauen und in lesbischen Zusammenhängen umgehen. Wien: Milena Verlag.

## Überlegungen zum Thema Grenzen:

Das Selbst: Wie bin ich/was brauche ich/wie stehe ich zu Sex? In jeder Gefühlslage? Passt es immer? (Wie) kann ich meine Bedürfnisse äußern?

Das Setting/Safe Spaces: Wo hätte ich es gerne? Auf einem Kreuzfahrtschiff bei einer Sexparty? In den Flitterwochen? Nur mit Kerzenlicht? Ganz egal? Was soll genau passieren? Wie? Mit alles?

Das Set: Und wer ist das (oder sind die) Gegenüber? Anonyme Tinder-Bekannte? Eine langjährige enge Freundin? Wie sieht sie\* aus? Was soll sie\* sein? Was ist wichtig? Oder nimmt frau\*, was kommt?

Wo können lesbische\* Frauen Unterstützung finden, falls sie Übergriffe durch (Sex)Partner\*innen erleben?

## **Commodifizierung und lesbischer\* Sex**

Produktorientierter Austausch um Sextoys bzw. Spaßgerätschaften ist letztlich eine mit lustvollem Shopping verbundene Möglichkeit, sich über Waren den Praktiken anzunähern, Ratschläge und Erfahrungen auszutauschen, Safer-Sex Aufklärung zu betreiben und Anlaufstellen für Fragen zu bieten. Mitarbeiterinnen\* von Spezialgeschäften in den USA (wie z.B. Good Vibrations oder Babes in Toyland) aber auch in Berlin (Laura Méritt) und Wien (Ingrid Mack zuerst von Condomi und dann auch Liebenswert) erklären seit den 1990ern für die Gadget-Affine Frau\* im Rahmen von Infoveranstaltungen, Einzelberatungen in den Geschäften und auf Fuckerware-Parties den fachgerechten Gebrauch und geben Feel-Good Tipps. Im Do-It-Yourself Bereich bieten Dildo-Bastel Workshops und Upcycling Initiativen<sup>3</sup> bis heute eine handfeste Grundlage, um über die selbst erzeugten Gegenstände erotische Kapitalismuskritik zu üben und mit anderen in Kontakt zu kommen.

## **Tipps und Trick im Bereich erotischer Produkte:**

Sexspielzeug – gibt es Fragen oder Empfehlungen? Was ist ein wirklich gutes Gleitgel, bzw. was ist zu beachten? Welche Farbe haben deine Safer-Sex Handschuhe? Wie verbreitet sind Safer-Sex Praktiken, bzw. verwendet irgendwer heutzutage noch ein Dental Dam? Wo gibt es in der Community Orte/Gelegenheit zum Austausch über lesbische\* Sexualität? (Wo) wird lesbische\* Sexualität 2018 öffentlich gelebt?

<sup>3</sup> <http://bikesexual.blogspot.eu/>



## **Konferenzveranstalterinnen**

### **Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgener Lebensweisen**

A 1080 Wien, Auerspergstraße 15

Tel. +43 1 4000 81449

wast@gif.wien.gv.at

www.queer.wien.at

 [www.facebook.com/wiener.antidiskriminierungsstelle](https://www.facebook.com/wiener.antidiskriminierungsstelle)

### **Wiener Programm für Frauengesundheit Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele in der MA 24**

A 1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54/2/5

Tel. +43 1 4000 84200

frauengesundheit@ma24.wien.gv.at

www.frauengesundheit.wien.at

## **Konferenzort**

Wiener Rathaus, Wappensaal

A 1080 Wien, Lichtenfelsgasse 2, Feststiege 2

Barrierefreier Zugang über Stiege 8

## **Öffentliche Verkehrsanbindung**

U2, Straßenbahnlinie 2: Station Rathaus

Straßenbahnlinien 1, 71, D: Station Rathausplatz-Burgtheater