

# Gesellschaftliche Diversität und ihre Rolle in der Medizin: Soziologische Perspektiven auf das Gesundheitswesen

<b>B.A.-Studiengang:</b>	Soziologie Kommunikations- und Medienwissenschaften
<b>Eingereicht an der:</b>	Philosophischen Fakultät der Universität Rostock
<b>Vorgelegt von:</b>	Lyn Luca Berlin
<b>Matrikel-Nr.:</b>	221201015
<b>Bearbeitungszeitraum:</b>	10 Wochen
<b>Erstgutachterin:</b>	Prof. Dr. Anne-Kristin Kuhnt
<b>Zweitgutachter:</b>	Dr. Robert Brumme
<b>Lehrstuhl:</b>	Institut für Soziologie und Demographie
<b>Rostock:</b>	15.01.2025

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Gendermedizin und Vielfalt: Wege zur inklusiven Medizin .....	4
2.1 Gendermedizin.....	4
2.1.1 Geschichte und Bedeutung der Gendermedizin.....	6
2.1.2 Geschlechtsspezifische Forschung und der Einfluss im Gesundheitswesen .....	9
2.2 Diversität .....	12
2.2.1 Grenzen und Aussichten von Binarität in der Medizin.....	12
2.2.2 Transidentität - Zwischen Identität und Gesellschaft.....	15
2.2.3 Abseits der Norm: Sichtbarkeit der Nichtbinarität.....	19
3. Empirische Untersuchungen der Diversität.....	22
3.1 Im Schatten des Mannes – Auswirkungen des männlichen Standards.....	22
3.1.1 Unsichtbarkeit von AD(H)S.....	22
3.1.2 Endometriose – Das „Chamäleon der Gynäkologie“ .....	27
3.2 Transidentität .....	30
3.2.1 Hürden der Gesundheitsversorgung von trans*Menschen.....	30
3.2.2 Perspektiven der trans*Forschung .....	34
4. Resümee .....	38
5. Literatur- und Quellenverzeichnis.....	41
6. Eidesstattliche Versicherung.....	47

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der „Gender Data Gap“ in Bezug auf Sicherheit in der Automobilindustrie .....	8
Abbildung 2: Faktoren zu Herzinfarkt-Risiken.....	10
Abbildung 3: Differenzierung von Cis- und Transgender.....	15
Abbildung 4: Risiken bei der Hormonersatztherapie von trans*Frauen und trans*Männern..	18
Abbildung 5: Die „Genderbread Person“ .....	21
Abbildung 6: Prävalenz von ADHS-Diagnosen bei weiblichen und männlichen Versicherten zwischen 2005 und 2015 .....	23
Abbildung 7: Der Einfluss von Minoritätsstress und Stigmatisierung auf queere Menschen..	31
Abbildung 8: Systematik von Leitlinien in Deutschland .....	32

## 1. Einleitung

Gendermedizin – Die richtige Medizin für Männer und Frauen? Gendersensible oder geschlechtsspezifische Medizin ist kein Trend des 21. Jahrhunderts. Dass Frauen und Männer unterschiedliche Symptome bei Erkrankungen sowie verschiedene Behandlungen aufgrund ihrer anatomischen Diversität erhalten sollten, erscheint erst heutzutage als selbstverständlich. Gendermedizin wird als eine Fachrichtung der Medizin anerkannt, welche auf die Unterschiedlichkeit und Vielfältigkeit der Geschlechter in der Humanmedizin aufmerksam macht. Eine der größten Fachgebiete der Gendermedizin ist die Kardiologie, welche in den letzten Jahrzehnten insbesondere auf die Diversität der Diagnostik und Symptomatik von kardiovaskulären Erkrankungen wie dem akuten Myokardinfarkt verweist (Regitz-Zagrosek 2023, S.2 ff; Kautzky-Willer 2014, S. 1022). Frauen sterben häufiger an einem Herzinfarkt, da ihre Symptome eher atypisch auftreten und ein akuter Myokardinfarkt seltener bei ihnen diagnostiziert wird (Deutsches Rotes Kreuz, Herzinfarkt). Da kommt es zu der möglichen Fragestellung: Warum haben Frauen andere Symptome eines Herzinfarkts als Männer? Oder, um die Frage gendersensibel zu betrachten – Warum haben Männer nicht die gleichen Symptome wie Frauen?

Geschlechtsspezifische Medizin ist jedoch nicht ausschließlich in der Kardiologie oder Notfallmedizin bedeutsam. Auch in der Pharmakologie verweisen Studien auf geschlechtsbasierte Unterschiedlichkeiten, beispielsweise in der Verträglichkeit von Medikamenten. Frauen benötigen beispielsweise eine geringere Dosierung von Antipsychotika oder Antidepressiva als Männer, da sie besser auf die Medikation reagieren (Gorenoi 2021, S. 43). Gendermedizin befasst sich neben der Diagnostik und Therapie ebenso mit der Prävention von Krankheiten (Regitz-Zagrosek 2023, S.43).

Auch in der Gynäkologie sowie Sexualmedizin beschäftigt sich die Gendermedizin mit bedeutsamen Forschungsfeldern, welche häufig im Interesse der Öffentlichkeit stehen. Wo bleibt die Pille für den Mann? Das häufigste Verhütungsmittel neben dem Kondom ist die Pille. Frauen haben im Gegensatz zu Männern mehrere Optionen von Verhütungsmitteln. Neben der beliebten Pille werden die Kupferspirale, die Minipille, Hormonimplantate oder Verhütungspflaster empfohlen so wie viele mehr. Ist die Beliebtheit der Pille jedoch stetig geblieben und weshalb steigt das Interesse an der Pille für den Mann? Ein weiteres wichtiges Forschungsgebiet ist die Beschäftigung rund um die Erkrankung Endometriose, welche auch als „Chamäleon der Gynäkologie“ bezeichnet wird (Endometriose-Vereinigung 2023). Gendermedizin be-

trachtet dabei auch soziale Faktoren der Arzt-Patienten-Kommunikation wie Empathie und Seriosität der Symptome. Dies bemängeln Betroffene häufig und erschwert die Diagnose sowie Therapie von Endometriose (Beser 2024, S. 56 ff). Wie kommt es jedoch dazu, dass Frauen bei der Diagnostik seltener ernst genommen werden?

Gendermedizin inkludiert ebenso psychosoziale Faktoren wie den Lebensstil, die Erziehung, das soziale Umfeld sowie das Ausleben von Rollen und ihren Erwartungen in der Forschung (Kautzky-Willer 2014, S. 1022). Was heißt es heutzutage als Mann, männlich zu sein? Wann ist man als Frau nicht mehr weiblich? Die Unsicherheit spiegelt die Problematik des gesellschaftlich entwickeltem Geschlechtersystems wider. Die Betrachtung der Geschlechtsidentität als Kategorie, zusammenhängend mit dem biologischen Geschlecht einer Person, ist berechtigt problematisch. Ein Mann ohne Bart ist nicht automatisch eine Frau und eine Frau gilt trotzdem als weiblich, wenn sie durch beispielsweise Brustkrebs keinen Busen mehr hat. Äußerliche Wahrnehmung sowie individuelle Gestaltung des Äußeren sortieren Menschen entweder in männlich oder weiblich ein. Kann man das Geschlecht einer Person äußerlich nicht erkennen, entstehen daraus eine gewisse Unsicherheit sowie Neugierde. Wer legt jedoch die Normen der Geschlechter fest und welche „Lücken“ gibt es im System, die die Gesellschaft verunsichern?

Die große Debatte um das dritte Geschlecht und weitere Geschlechtsidentitäten außerhalb des binären Spektrums sorgt nicht nur im gesellschaftlichen Kontext für Aufsehen, sondern auch in der medizinischen Forschung. Transidentität und Nichtbinarität aus medizinischer Perspektive scheinen nicht neu, jedoch noch sehr unerforscht zu sein. Der aktuelle Diskurs macht auf die mangelnde Anzahl an Studien über trans\*Menschen hinsichtlich medizinischer Maßnahmen wie Hormontherapien oder geschlechtsangleichende Operationen aufmerksam (Sauer 2017, S. 239–252; Pöge et al. 2020, S. 1-30).

Der bekannte Sexualwissenschaftler und Arzt Magnus Hirschfeld machte bereits in der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg auf medizinische Forschung rund um Transidentitäten aufmerksam, dessen Manuskripte und Studienergebnisse durch die Nationalsozialisten vernichtet wurden (Gendertreff e.V.). Der gesellschaftliche Bruch von traditionellen Rollen, welcher durch die Existenz von transidenten Menschen in den Fokus rückt, sowie die rechtliche Erringerung und alltägliche Diskriminierung erschweren trans\*Menschen sowohl gesellschaftliche Anerkennung als auch Sichtbarkeit in medizinischen Studien.

Im Fokus dieser Arbeit steht die Forschungsfrage: Inwiefern beeinflussen gesellschaftliche Normen zur Geschlechterdiversität die Implementierung gendermedizinischer Ansätze? Dabei wird auf literaturbasierten Erkenntnissen eine soziologische Perspektive über geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Cisgender Männern und Frauen sowie über Sichtbarkeit von trans\*Menschen in Deutschland beleuchtet. Hierbei wird der Diskurs über die Existenz von Geschlechtsidentitäten außerhalb des cis-binären Spektrums außer Acht gelassen, da ausreichende Studien belegen, dass Transidentität weder ein Trend des 21. Jahrhunderts noch eine „Phase“ ist.

Die folgenden Abschnitte wenden sich an erster Stelle der Theorie von Gendermedizin und Diversität zu. Dabei sind die Geschichte der Gendermedizin, geschlechtsspezifische Forschung, die Ebene des Gesundheitswesens sowie die Einflüsse geschlechtsspezifischer Medizin umfassen. Darüber hinaus wird auf das komplexe Feld der Diversität eingegangen und in binäre Vielfalt unter cisgeschlechtlichen Frauen und Männern im Gegensatz zu trans\*Menschen und nicht-binären Menschen unterschieden. Darunter wird sich im Folgenden an erster Stelle mit theoretischen Ansätzen befasst und anschließend mit den Aspekt von Forschungsergebnissen und Studien im Abschnitt 3 „Empirische Untersuchungen der Diversität“. In Anknüpfung an die bisherigen Abschnitte über geschlechtsspezifische Medizin und Wege als auch Barrieren zur inklusiven Medizin folgt detaillierte, empirische Forschung über die Auswirkung der männlich-basierten Forschung. Dabei liegt der Fokus auf zwei bedeutenden Forschungsgebieten. Zum einen wird sich mit der anerkannten psychischen Erkrankung AD(H)S, auch bekannt als Aufmerksamkeitsdefizit(-Hyperaktivitäts)-Störung, sowie mit der chronischen Erkrankung Endometriose beschäftigt. Der zweite Fokus liegt auf der Perspektive des Gesundheits- und Forschungsbereichs über transidenten Menschen und damit verbundenen Barrieren, Kritikpunkten als auch Verbesserungsvorschlägen. Im Nachhinein werden Transidentität und Hürden im Gesundheitswesen und auf Forschungsebene beleuchtet. Als Abschluss erfolgen ein Fazit sowie die Beantwortung der Forschungsfrage.

## 2. Gendermedizin und Vielfalt: Wege zur inklusiven Medizin

### 2.1 Gendermedizin

Das Teilgebiet der Humanmedizin, welches sich mit der geschlechtsspezifischen Epidemiologie zwischen Männern und Frauen beschäftigt, wird Gendermedizin genannt. Die Forschung der Gendermedizin befasst sich mit den Unterschieden zur Prävention, Symptomatik, Diagnose, Therapieform sowie zu pharmakologischen Aspekten, wie dem Einfluss auf Medikamenten zwischen Männern und Frauen (Kautzky-Willer 2014, S. 1022). Dabei vertieft sich die Gendermedizin in zahlreiche Fachgebiete der Humanmedizin wie beispielsweise die Allgemeinmedizin, Chirurgie, Kardiologie oder Endokrinologie. Wichtige Teilgebiete der Inneren Medizin sind dabei endokrine sowie neuroendokrine Erkrankungen, wie Schilddrüsenerkrankungen oder chirurgische Verfahren wie eine Adrenalektomie (Entfernung der Nebenniere). Ein weiterer Forschungszweig ist die Kardiologie, bei der sich die Gendermedizin auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Herzrhythmusstörungen, Hypertonie oder die Myokarditis (Herzinfarkt) fokussiert. Angiologie und Hämatologie, Immunologie sowie Gastroenterologie, aber auch Notfallmedizin sind bedeutsame Fachrichtungen der Humanmedizin, bei denen die Gendermedizin eingreift (Regitz-Zagrosek 2023, S. 73-217). Ausführliches zu den Teilgebieten der Gendermedizin erfolgt in Kapitel 2.1.2 „Geschlechtsspezifische Forschung und der Einfluss im Gesundheitswesen“.

Neben physiologischen Aspekten berücksichtigt die Gendermedizin ebenso psychosoziale Einflüsse und epigenetische Faktoren bei der geschlechtsspezifischen Forschung. Im Weiteren werden Themen wie soziale Ungleichheit im Beruf aufgegriffen und der Einfluss spezieller Faktoren auf Variablen wie Einkommensunterschiede oder Arbeitsbedingungen thematisiert. Sexuelle Gesundheit sowie Reproduktionsmedizin umfassen Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit als auch genderaffirmative Hormontherapien, aber auch sexuelle Gewalt und Belästigung (Regitz-Zagrosek 2023).

An die geschlechtsspezifische Ungleichheit zwischen Männern und Frauen knüpft Die feministische Theorie an. Sie untersucht in der medizinischen Soziologie soziale sowie kulturelle Annahmen und deren Einfluss auf medizinische Versorgung. Ebenso spielen der Poststrukturalismus wie auch der symbolische Interaktionismus eine bedeutsame Rolle, indem der weibliche Körper und sein soziales Konstrukt in der Gesellschaft beleuchtet werden. Beispielsweise Vorurteile und Sexismus in der Diagnose oder unterschiedliche Grade in medizinischen Behandlungen im Vergleich zu männlichen Patienten. Dabei wird außerdem zwischen physi-

schen und emotionalen Wesensmerkmalen unterschieden, wie beispielsweise dem Unterschied im Hormonaushalt oder emotionalen Attributen wie der Schmerzempfindlichkeit. Insbesondere in der direkten Arzt-Patienten-Kommunikation beeinflussen soziale Annahmen die medizinische Versorgung (Kaminskas 2007, S. 114).

Gendersensible Medizin inkludiert abgesehen von sozialen und kulturellen Faktoren ebenso den Lebensstil einer Person. Dieser äußert sich in der Ernährung, körperlichen Aktivität und dem gesundheitlichen Zustand, welcher Einfluss auf Mortalität und Morbidität hat. Gendermedizin deckt, wie das Feld der Gender Studies inklusive Gender Relations, die psychosozialen Faktoren der Geschlechter ab. Denn insbesondere die Effekte des Umfelds und der Umwelt sind bedeutsam bei der Rollenverteilung und Wahrnehmung des sozialen Geschlechts im Laufe des Lebens einer Person. Was bedeutet es aus psychosozialer Perspektive eine Frau oder ein Mann zu sein? Dabei spielt das soziologische Konzept von „Doing Gender“ eine bedeutsame Rolle. Die Basis des sozialen Geschlechts entwickelt sich aus Interaktionen des Individuums und seiner Umwelt sowie der Einordnung in die Zweigeschlechtlichkeit. Die binären Genderrollen werden bereits früh dazu automatisch vermittelt und beinhalten das Verhalten in Bezug auf Handlungen und Erwartungen, beispielsweise in der Familie, in der Öffentlichkeit oder am Arbeitsplatz. Das Verhalten einer Person ist abhängig von ihrem biologischen Geschlecht und der Frage: Ist das normal für eine Frau/einen Mann? Das äußerliche Erscheinungswesen einer Person basiert auf der Wahl der Kleidung und Frisur sowie anatomischen Gegebenheiten wie Figur, Gesichtsmarkmale oder Behaarung. Ebenso kann sich die Sprache in Lautstärke, Stimmfarbe, Aussprache und Betonung als auch Mimik und Gestikulieren differenzieren. Das soziale Umfeld einer Person beeinflusst dabei im Wachstum und Laufe des Lebens das soziale Verhalten und Auftreten einer Person, bezogen auf Zweigeschlechtlichkeit und gesellschaftliche Normen (Regitz-Zagrosek 2023, S. 6 ff). Das Rollenverständnis wird bereits früh vermittelt. In der Kindheit erhalten Jungen tendenziell häufiger Anerkennung für Fähigkeiten wie Schnelligkeit und Stärke, während Mädchen im Vergleich dazu stärker auf ihr äußeres Erscheinungsbild angesprochen werden. Beispielsweise in der Schule durch übliche Aussagen von Lehrkräften wie: „Ich brauche drei starke Jungen, die mir helfen, die Stühle herunterzutragen“.

Neben Klassenzugehörigkeit und Ethnizität wird ebenso die Geschlechtsidentität als Kategorie betrachtet, welche ethnomethodologisch als routinierte Fähigkeit angeeignet wird und ein zugeschriebenes, somit nicht veränderbares Merkmal ist, was ausschließlich weiblich oder männlich ist. Dabei wird „Doing Gender“ durch soziale Interaktionen als „von Natur aus“

vermittelt, genauso wie die Geschlechtszugehörigkeit als „natürliches“ sowie geschlechtsspezifisches Verhalten „weibliche Natur“ oder „natürliches männliches“ Verhalten bezeichnet wird. Die Betrachtung des Geschlechts als binäre Kategorie entwickelte sich, um die soziale Ordnung sowie das System der Zweigeschlechtlichkeit aufrecht zu erhalten (West 1995, S. 9-22).

Der interessante Teil des „Doing Gender“ ist das Nichteinhalten der Zweigeschlechtlichkeit und das „Undoing-Gender“. Dabei löst das „Undoing Gender“ oftmals eine Reaktion der Verunsicherung aus, da die Kategorisierung nach Mann und Frau und die damit verbundenen Rollen sowie Erwartungen auf Verhalten und Handlungen nicht dem entsprechen, womit das Umfeld gesellschaftlich aufgewachsen ist und welcher es vertrauen kann. Ein Mann mit langen Haaren trägt einen Rock? Ist er nun eine Frau und sollte mit „sie“ angesprochen werden?

### 2.1.1 Geschichte und Bedeutung der Gendermedizin

Die Entwicklung und Geschichte der Gendermedizin sind vergleichsweise zu anderen Fachgebieten der Humanmedizin noch jung. In den 1980er bis 1990er Jahren wurden die Anfänge der Gendermedizin in den USA notiert, maßgeblich durch Frauenbewegungen und Frauengesundheitsforschung. Ausschlaggebend dafür war die Tatsache, dass Medizin vorrangig an Männern ausgeübt und gerichtet sowie Studien an Männern erforscht wurden. Dadurch kam es zu Aufrufen von Frauen, welche sich für die Inklusion von Frauen in Untersuchungen und Forschung einsetzten. 1990 wurde als Folge der Proteste eine Initiative für Frauengesundheit gegründet, das „Office of Research on Women’s Health“ als Teil des NIH (National Institutes of Health) in Washington D.C. Das Institut fokussierte sich vorrangig auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Kardiologin Marianne Legato entdeckte mit ihrer medizinischen Forschung zu kardiovaskulären Krankheiten deutliche Unterschiede zwischen Mann und Frau. Zur Begriffsintention „Gendermedizin“ kam es 1997 durch Frau Legato, welche im Jahr 2000 ebenso das erste Journal über geschlechtsspezifische Medizin einführte und Gendermedizin auch Europa erreichte. Zu Beginn der 2000-er Jahre erlangte die genderspezifischen Medizin mehr Aufmerksamkeit und Beachtung durch die Veröffentlichung von Artikeln und die Verbreitung von neuen Erkenntnissen über Diskriminierung und kardiologische Erkrankungen. Ziel der Inklusion von medizinischer Forschung an Frauen ist die Minimierung des „Gender Data Gaps“ und die Verbesserung von Prävention, Behandlung und Therapie bei Frauen. Der „Gender Data Gap“ ist verursacht durch männerdominierte Forschung in der Medizin, welche

sich über mehrere Jahrhunderte vollstreckte. Außerdem wird in der Gendermedizin zwischen biologischem Geschlecht (Sex) in männlich, weiblich, divers und soziokulturellem Geschlecht (Gender) unterschieden. Zu dieser Differenzierung kam es jedoch erst im Verlauf des 21. Jahrhunderts innerhalb der Forschung. Im literarischen Kontext wurde bereits früher zwischen biologischem Geschlecht und sozialem Geschlecht differenziert (Regitz-Zagrosek 2023, S. 2-7). Details zu der Unterscheidung von Sex und Gender sowie weiteren Geschlechtsidentitäten folgen im Abschnitt 2.2 Diversität.

In Europa wurden die ersten Institute für Gendermedizin zu Beginn der 2000er Jahre errichtet. Beispielsweise an der Charité in Berlin, an der Universität Innsbruck in Österreich sowie an der Schweizer Universität in Zürich. 2002 wurde in Stockholm das Karolinska Institut gegründet und in Brüssel kam es zur Etablierung einer Forschungsgruppe, welche sich im europäischen Forschungsprogramm auf Gendermedizin konzentrierte (Regitz-Zagrosek 2023, S. 3). Wichtige deutschsprachige Forschungsstätten sind die Institute für Geschlechterforschung an der Universitätsmedizin in Berlin, Zürich und Bern. Zur Lehre der Gendermedizin sind zusätzlich die Universitäten Heidelberg, Kiel, Aachen, Bielefeld sowie München und Würzburg wichtige Standorte in Deutschland. Kliniken zu Gendermedizin befinden sich an der Charité in Berlin wie auch die Universitätskliniken in München und das UKE Hamburg-Eppendorf.

Die bedeutende Rolle der geschlechtsspezifischen Medizin als Teilgebiet der Humanmedizin zeigt sich nicht nur durch historische Ereignisse wie die Proteste und Frauenbewegungen am Ende des 20. Jahrhunderts. Gendermedizin ist ebenso häufiger bei Medizinkongressen und öffentlichen Konferenzen ein kontroverses Thema (Deutsches Ärzteblatt 2023, Digitalisierung). Als „Gender Data Gap“ wird die Datenlücke bezeichnet, die durch den männlich dominierten Blick in der Forschung ausgelöst wird. Aus historischer Perspektive wurden Studium sowie medizinische Forschung vorerst ausschließlich von Männern durchgeführt. Trotz der aktuell angestiegenen Frauenquote im medizinischen Bereich wird häufig ein Defizit an Probandinnen und somit Daten über Frauen festgestellt. Beispielsweise werden Faktoren wie Haushalt oder Kinderbetreuung in Studien häufig außer Acht gelassen. Ein Praxisbeispiel für die Bedeutsamkeit von vielfältiger Inklusion im alltäglichen Leben ist eine Untersuchung über die Sicherheit von Autos in der Automobilindustrie, welche in Abbildung 1 veranschaulicht wird. Der Standard bei Anschnallgurten, Sitzhöhen oder Airbag in Autos ist in der Regel männlich fokussiert, sowohl hinsichtlich Körpergröße als auch des Gewichts. Durch sogenannte Dummy Crash Tests wurde eine 17 % höhere Unfallrate für Frauen festgestellt, da Au-

tos bei Unfällen nicht ideal für weibliche Körper angepasst sind und diese somit häufiger tödliche Verletzungen erleiden. Dabei wird auch vom „Gender Safety Gap“ gesprochen, bei dem zusätzlich kriminelle Gefahr und Gewalt gegenüber Frauen inkludiert sind.

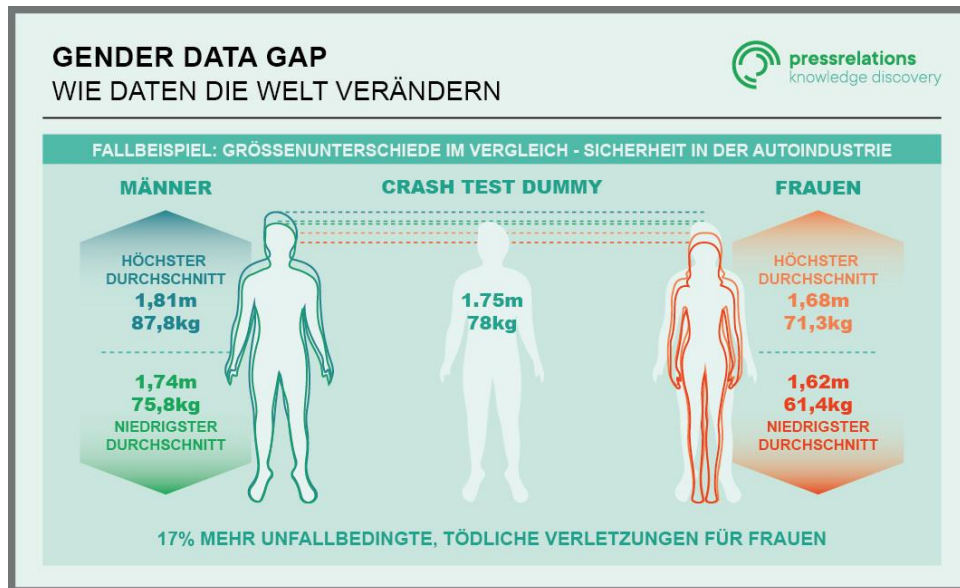


Abbildung 1: Der „Gender Data Gap“ in Bezug auf Sicherheit in der Automobilindustrie

Quelle: pressrelations (2021) Wut zur Lücke – Die Gender Data Gap

Das Deutsche Ärzteblatt verweist in einem Artikel von 2016 auf die Bedeutsamkeit der Gendermedizin, insbesondere in der Lehre. Dabei wird als Ziel der Gendermedizin die Verbesserung der Qualität in medizinischen Versorgungseinrichtungen genannt, da das Vorliegen von diversen Unterschieden zwischen Mann und Frau sich in den Bereichen der pharmakologischen Versorgung als auch im klinischen Gesundheitswesen hervorhebt und dabei negative Einflüsse verursacht. Dies sollte ebenso in der Lehre vermittelt werden. Dazu hat das Deutsche Ärzteblatt eine Umfrage unter 32 Fakultäten in Deutschland gestartet und Aspekte zur Lehre von Gendermedizin erfragt. Fachbereiche, welche über geschlechtsspezifische Forschung in der Lehre behandelt werden sollten, sind die Medizinische Soziologie, Psychosomatik sowie Psychiatrie, aber auch Sozialmedizin und Public Health. Eine Minderheit an Fakultäten forderte die Inklusion von Gendermedizin im Bereich der Pharmakologie oder Kardiologie, welche sich innerhalb der letzten Jahrzehnte als bedeutsame Fachgebiete der Gendermedizin herausstellten (Deutsches Ärzteblatt 2016, S. 264 ff).

## 2.1.2 Geschlechtsspezifische Forschung und der Einfluss im Gesundheitswesen

Die Bedeutsamkeit der Gendermedizin zeigt sich insbesondere durch den „Gender Data Gap“ wie auch durch den „Gender Health Gap“. Als „Gender Health Data Gap“ wird die fehlende Evidenz an Daten über Krankheiten von Frauen, beziehungsweise das gering ausgeprägte Vorliegen an Daten über Frauen in medizinischer Forschung, bezeichnet. Das Problem des „Gender Data Gaps“ ist die Übertragung der Daten von Männern auf Frauen. Das bedeutet, dass beispielsweise bei einer Studie über Medikamente für Herz-Kreislauf-Erkrankungen keine Unterscheidung nach Geschlecht vorgenommen wird, da der Großteil der Proband\*innen Männer sind und die Schlussfolgerungen der Studie anhand der geringen Anzahl an Probandinnen ebenso für Frauen übernommen werden (Di Lego 2023, S. 1).

Das deutsche Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) verfasste im Jahr 2024 eine Bekanntmachung über die Förderung geschlechterspezifischer Forschung, insbesondere bei neuen Technologien, und machte somit auf die Bedeutsamkeit der Gendermedizin aufmerksam. Das BMBF verweist auf eine unzureichende Praxis der geschlechtersensiblen Medizin und ungenügend Forschungserkenntnisse, welche sie durch die Förderung und Studien sowie Projekte über Gendermedizin nun finanziell unterstützen. Die drei großen Ziele seien dabei: „Gesundheit für alle verbessern; digitale und technologische Souveränität Deutschlands und Europas sichern und Potenziale der Digitalisierung nutzen; gesellschaftliche Resilienz, Vielfalt und Zusammenhalt stärken“ (BMBF 2024, Bekanntmachung). Diskriminierung und Zugangshürden hinsichtlich Barrierefreiheit sollen abnehmen und Prävention als auch geschlechterspezifische Versorgung langfristig gefördert werden. Vernetzung, Grundlagen- sowie Begleitforschung an Hochschulen, Universitäten, Kliniken, Verbänden und ähnlichen Forschungsinstitutionen sollen finanziell unterstützt werden. Klinische Studien und Forschung zu Fachgebieten wie Onkologie, Neurologie, Psychiatrie und Reproduktionsmedizin werden jedoch nicht gefördert. Der Fokus soll auf neuen digitalen Technologien liegen, welche Diagnose, Prognose, und Therapieprozess erleichtern (BMBF 2024, Bekanntmachung).

Der „Gender Health Data Gap“ wird fällt nicht nur zu Forschungszwecken auf, sondern auch bei der Prävention und Diagnose von Erkrankungen. Insbesondere sind dabei medikamentöse Behandlungen für Krebserkrankungen als auch kardiovaskuläre und Alzheimer-Erkrankungen im Fokus. Durch die Mehrheit an evidenzbasierten Daten von Männern entwickelte sich in der klinischen Forschung der männliche Organismus als Standard in der Medizin. Der Gender Bias von Männern führt dazu, dass Frauen mit ihren Symptomen auf der Ebene von Behandlungen häufiger falsch oder zu spät diagnostiziert sowie nicht ernst genommen werden. Dabei

wurde bereits festgestellt, dass Frauen sensibler auf bestimmte Medikamente oder Therapien reagieren, beispielsweise bei einer Verletzung der Leber oder bei inkorrekten Dosierungen. Bei Herz-Kreislaufkrankungen wie einem Myokardinfarkt werden Frauen häufiger fehldiagnostiziert sowie auch bei psychischen Erkrankungen wie einer Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivität)-Störung (ADHD/ADS), einem Schlaganfall oder einer Arthritis (Di Lego 2023, S. 1 ff).

Am Beispiel des akuten Myokardinfarkts wird folglich die Bedeutung der gendersensiblen Medizin erläutert. Lediglich jede dritte Person in klinischen Studien über Herz-Kreislauf-Erkrankungen erwies sich in den Jahren 2002 bis 2007 als weiblich. Die Anzahl an Probandinnen nahm bis dato kaum zu. Insbesondere beim Herzinfarkt erwies sich unter allen kardiovaskulären Erkrankungen ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf Prognose, Symptomatik, Inzidenz und Prävalenz sowie Behandlung. Bei Frauen nach der Menopause und über 50 Jahren ist die Prävalenz sowie Inzidenz drastisch höher als bei Männern im Vergleich zu vor der Menopause und unter einem Alter von 50 Jahren aufgrund der Östrogene. In Abbildung 2 werden weitere Faktoren veranschaulicht. Neben dem Alter und den Sexualhormonen spielen ebenso Genetik, Epigenetik als auch Komorbiditäten und Unterversorgung eine entscheidende Rolle bei der geschlechtsdifferenzierten Betrachtung von Risiko und Folgen eines Herzinfarkts. (Gemmati 2019, S. 3-5).

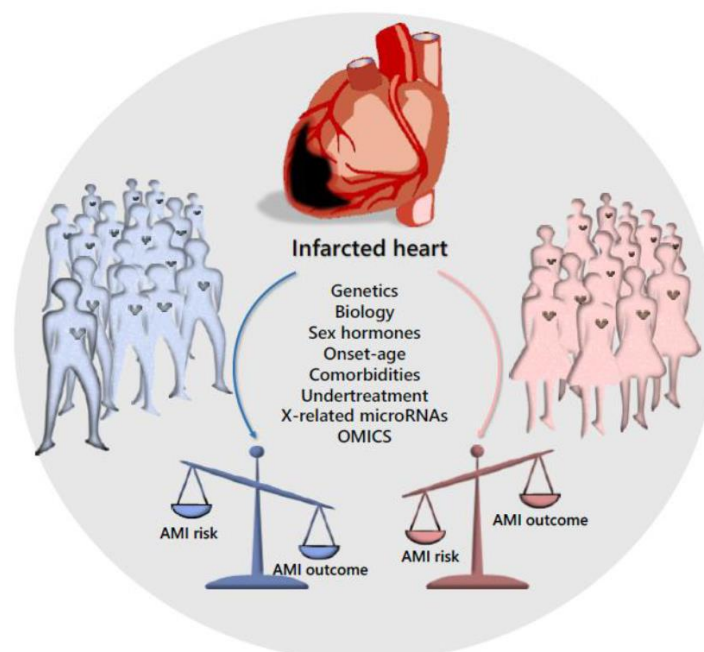


Abbildung 2: Faktoren zu Herzinfarkt-Risiken

Quelle: Gemmati (2019), S. 5

In der Symptomatik erweisen sich deutliche Differenzen zwischen Mann und Frau. Bisher wurden die Symptome eines Herzinfarkts folglich beschrieben: Stechen in der Brust und hinter dem Brustbein, Schmerzen im linken Unterarm sowie in der Schulter und im Unterkiefer, Atemnot, Herzklopfen, Schwitzen, Schwächegefühl und Blässe im Gesicht. Diese Symptome wurden lange auf Männer und Frauen übertragen, obwohl diese sich als typisch für Männer herausstellten. Bei Frauen äußert sich ein Herzinfarkt durch Kurzatmigkeit, Schmerzen im unteren Rücken oder Oberbauch, Übelkeit oder Erbrechen sowie Schwächegefühl. Die Symptome werden regelmäßig als atypisch oder unspezifisch bezeichnet (Deutsches Rotes Kreuz, Herzinfarkt). Häufig ähneln sie grippeähnlichen Symptomen. Die geschlechtsdifferenzierten Symptome lassen sich pathophysiologisch erklären und weisen auf die physiologischen Unterschiede zwischen Mann und Frau hin, welche bei der Symptomatik eines Herzinfarkts berücksichtigt werden sollten (Deutsches Ärzteblatt 2016). Studien zeigen ebenso, dass Frauen häufiger einen schweren akuten Myokardinfarkt nicht überleben und die Mortalität bei Patientinnen deutlich höher ist, wenn Frauen und Männer die gleiche Behandlung im klinischen Aufenthalt erhalten (DKG 2017).

## 2.2 Diversität

Wie definiert sich der Begriff „Diversität“ im medizinischen Kontext? Allgemein bezeichnet Diversität oder auch Vielfalt die Gesamtheit einer Gesellschaft abseits ihrer vermeintlichen Homogenität. Diversität beinhaltet die unterschiedlichen Merkmale eines Menschen hinsichtlich der sozialen oder ethnischen Herkunft, Geschlecht oder sexueller Orientierung (lpb-bpb 2024). Aus medizinischer Perspektive gibt es durch quantitative Daten eine Zuordnung, die der Norm entsprechen kann oder sich abseits der Norm bewegt. Beispielsweise ordnet der BMI eine Person nach ihrem Körpergewicht und ihrer Größe in die Kategorie Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht oder Adipositas ein. In diesem Fall zeigt Diversität die unterschiedlichen Formen des menschlichen Körpers. Auf der Determinante des Geschlechts werden die anatomischen, physiologischen und endokrinologischen Merkmale einer Person in männlich, weiblich oder seit 2019 in Deutschland auch als divers eingeordnet. Dabei zeigt der neue Geschlechtseintrag, dass es außerhalb des binären Geschlechtersystems andere Formen gibt, welche sich aus einer Komplexität des menschlichen Körpers zusammensetzen. Männlich oder weiblich zu sein, sind daher keine Normen oder Standards der Medizin, nur weil sie häufiger vertreten sind als das dritte Geschlecht. Die Vielfalt zeigt sich nicht nur in einzelnen Fachrichtungen, sondern auch im Aspekt des Geschlechts (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, trans\*).

### 2.2.1 Grenzen und Aussichten von Binarität in der Medizin

Im Rahmen der gendersensiblen Medizin wird zwischen den Begriffen „Sex“ und „Gender“ unterschieden. Dabei bezeichnet das „Sex“ oder auch biologische Geschlecht einer Person, das ihr zugeordnete Geschlecht zur Geburt. Dieses setzt sich aus verschiedenen Aspekten der Endokrinologie und Anatomie zusammen. Darunter der Chromosomensatz, die Anatomie der Geschlechts genitalien als auch der Hormonhaushalt. Der Chromosomensatz besteht in der Regel aus zwei Geschlechtschromosomen – X und Y. Dabei gibt eine Zusammensetzung von zwei X-Geschlechtschromosomen das biologisch weibliche Geschlecht vor und XY das männliche Geschlecht. Diese beiden Zusammensetzungen gelten als die häufigsten Chromosomensätze. Jedoch kann in seltenen Fällen von 1:100 bis 1:3000 ein Chromosomensatz vorliegen, der sich in XXX („Triple-X-Syndrom“ 1:800), XXY („Klinefelter-Syndrom“ 1:1000), XYY („Jacobs-Syndrom“ 1:2000) oder XO („Turner-Syndrom“ 1:3000) ausdragen kann. Dabei wird von Intersexualität gesprochen (Padiath 2023; Regitz-Zagrosek 2023, S. 7 ff).

Das biologische Geschlecht einer Person äußert sich ebenfalls in der vorliegenden Anatomie der Genitalien. Die Ausprägung von Eierstöcken, Gebärmutter und Brustdrüsen verweist auf das weibliche Geschlecht entgegen der Ausprägung von Hoden und Prostata, welche dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden. Darüber hinaus wird das gonodale beziehungsweise hormonelle Geschlecht berücksichtigt, welches den Hormonhaushalt einschätzt und die Entwicklung der Geschlechts genitalien beeinflusst. Allgemein kann man Geschlechtshormone in Androgene, Gestagene und Östrogene einteilen. Alle Menschen produzieren die Sexualhormone Östrogen, Testosteron sowie Progesteron in unterschiedlichen Dosierungen und diversen Zyklen. Menschen mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen produzieren die weiblichen Hormone Östrogene sowie das Gestagen Progesteron und zusätzlich Testosteron. Menschen mit männlichen Genitalien produzieren das Androgen Testosteron. Die Dosierung des Testosterons unterscheidet sich zwischen weiblichen und männlichen Geschlechts genitalien immens.

Der weibliche Organismus produziert Geschlechtshormone in einem Zyklus, der sehr stark zwischen Individuen variieren kann, unterschiedliche Dosierungen der Östrogene, des Progesterons sowie Testosterons. Während der Pubertät lösen die weiblichen Hormone die Ausprägung der weiblichen Genitalien, den Eisprung sowie die Menstruation aus, welche in einem Zyklus von 20 Tagen bis 40 Tagen variieren kann. Ebenso werden Fetteinlagerungen vermehrt an Rumpf und Beinen als Energievorrat entwickelt sowie die Ausprägung der Brust und die Weitung der Hüftknochen zur Optimierung eines Geburtsvorgangs. Die Libido des weiblichen Organismus steigt während der Pubertät ebenso an. Das Progesteron ist zum Nutzen der Verdickung der Gebärmutter schleimhaut im Falle einer befruchteten Eizelle beziehungsweise eines eingenisteten Embryos.

Der männliche Organismus hat einen Zyklus von ungefähr 24 Stunden und produziert Testosteron in einem höheren Maß als der weibliche Organismus. Im Laufe der Pubertät eines männlichen Organismus löst das Androgen Testosteron den Stimmbruch, eine erhöhte Libido sowie den Aufbau und das erregte Wachstum von Muskeln aus. Ebenso kommt es zur Ausprägung der männlichen Genitalien durch Androgene wie auch zu vermehrtem Körperhaarwachstum (Hormonspezialisten 2023; ATOS Kliniken 2020).

Was bedeutet nun divers? In diesem Fall spricht man entweder von Nichtbinarität oder von Intersexualität. Beides ist deutlich voneinander abgrenzbar. Nichtbinär zu sein, ist eine Geschlechtsidentität, welche sich durch das Gender einer Person und nicht durch das biologische Geschlecht äußert. Nichtbinarität wird in Abschnitt 2.2.3 genauer erläutert, wo es nach der

Transidentität zur Auseinandersetzung mit dem Gender von Personen geht. Bei dem biologischen Geschlecht „divers“ wird von Intersexualität gesprochen. Es handelt sich dabei um eine Geschlechtsinkongruenz, die sich hormonell sowie anatomisch äußern kann. Wie bereits durch unterschiedliche Chromosomensätze abseits von XX für weiblich und XY für männlich gezeigt wurde, kann der Chromosomensatz einer intersexuellen Person beispielsweise XXX, sein. Dabei kann das anatomische Geschlecht weiblich und/oder männlich ausgeprägt sein. Beispielsweise eine Person mit XY-Chromosomen, welche äußerlich männlich wirken sollte, hat eine Androgenresistenz (AIS) und wirkt äußerlich weiblich. Durch die Resistenz des Testosterons wurden Hoden im Bauchraum entwickelt, jedoch nicht vollständig ausgeprägt (AOK 2024).

Doch welchen Wert an Bedeutsamkeit spielen die Geschlechtsidentität und deren Diversität in der Gesellschaft? Das Konzept des „Doing Gender“ sowie die Zweigeschlechtlichkeit innerhalb der Gesellschaft zeigen, dass Individuen abhängig von ihrem biologischen Geschlecht eine bestimmte Rolle und Verhaltensmuster erlernen, um sich den Normen der Gesellschaft anzupassen. Daran orientieren sich ebenso trans\*Frauen sowie trans\*Männer. Der Soziologe Harold Garfinkel zeigte mit einer Fallstudie über eine trans\*Frau namens Agnes bereits in den 1950er Jahren, inwieweit die binäre Geschlechterklassifikation zu Typisierung und „Doing Gender“ in der Gesellschaft führt und weshalb sich trans\*Menschen ausschließlich mit dem „Doing Gender“ inkludieren. Dabei definiert das „Frau-Sein“ eine Rolle, an der bestimmte Erwartungen verknüpft sind, um das Sinnbild von „Weiblichkeit“ routiniert zu praktizieren und zu erhalten. Wer sich als Frau identifiziert, jedoch die Erwartungen von Weiblichkeit und Frau-Sein nicht erfüllt, fällt in Ausgrenzungsprozesse, da das Konzept der Zweigeschlechtlichkeit weiterhin erhalten werden muss. Typisierungen führen jedoch auch zu Vorurteilen und festen Denkmustern innerhalb der Gesellschaft (Becker 2008, S. 138 ff).

## 2.2.2 Transidentität - Zwischen Identität und Gesellschaft

Transsexuell, Transgender, Transident - Im Laufe der letzten Jahrhunderte wurden diverse Begrifflichkeiten für trans\*Menschen entwickelt. Im Allgemeinen wird der Ausdruck „trans\*“ benutzt, wenn Menschen das ihr zu Geburt zugewiesene anatomische Geschlecht abweisen und sich nicht damit identifizieren. Laut ICD-10-Codierung zur Klassifizierung von Diagnosen in Deutschland, wird der Code F64.0 „Transsexualität“ für trans\*Menschen benutzt. Transsexualität bezeichnet jedoch lediglich die Personengruppe von Transmenschen, welche durch angleichende Maßnahmen wie Hormontherapien oder Operation ihr „sex“ angleichen. Diese Begrifflichkeit wird jedoch heutzutage nicht mehr verwendet, da im Gegensatz zu den Ausdrücken „Homosexualität“ oder „Bisexualität“ kein Bezug zur Sexualität von trans\*Menschen besteht. Die Bezeichnungen trans\*, transgender sowie transident haben sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte durchgesetzt und inkludieren alle Menschen, welche sich „im falschen Körper“ fühlen. Der Gegenbegriff zu trans\* wird cis bezeichnet. Cismenschen sind im Umkehrschluss alle Personen, welche sich mit ihrem biologischen Geschlecht identifizieren (Dorn 2017, S. 281 ff)

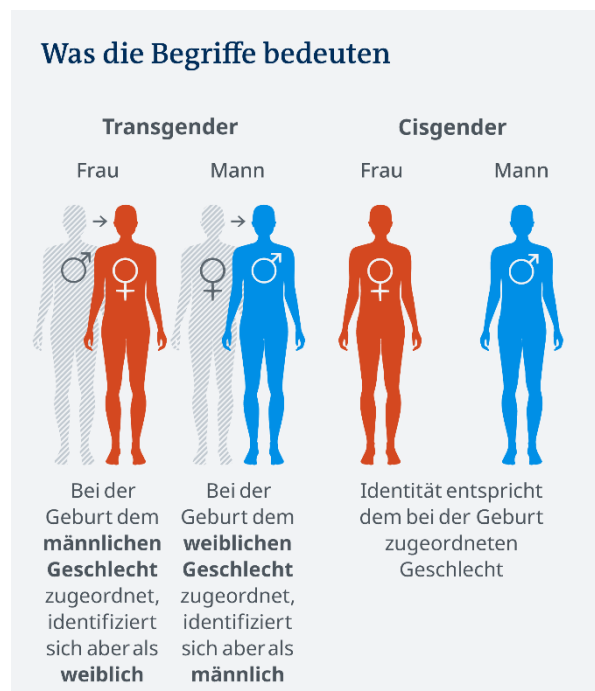


Abbildung 3: Differenzierung von Cis- und Transgender

Quelle: AP Stylebook

In Abbildung 3 wird die allgemeine Differenzierung zwischen Cisgender und Transgender veranschaulicht. Man unterscheidet nicht nur zwischen cis- und trans\*Menschen. Unter trans\*Menschen wird ebenso zwischen binären und nichtbinären Geschlechtern differenziert. Wie bei binären Cisgender (Mann und Frau), bezeichnen sich trans\*Menschen, welche sich als einer der binären Geschlechter identifizieren, entweder als trans\*Frau oder trans\*Mann. Trans\*Frauen wurden zu ihrer Geburt mit dem männlichen Geschlecht diagnostiziert und identifizieren sich als Frauen. Trans\*Männer sind biologisch zur Geburt als Mädchen auf die Welt gekommen und sind anders als ihr anatomisches Geschlecht männlich. Trans\*Frauen und trans\*Männer passen sich den binären Geschlechtern an und gelten daher als weiblich oder männlich, beispielsweise im Pass oder Ausweis (Silbermayr 2016, S.62 ff). Zur Inklusion aller binären, nichtbinären und intergeschlechtlichen trans\*Personen verwendet man das Sternsymbol (\*). Darüber hinaus gilt trans\* so wie cis als Adjektiv und differenziert hingegen die Schreibweise „Transmann“ oder „Transfrau“ den Fokus auf die Menschlichkeit anstatt ausschließlich auf die geschlechtliche Identität. Ähnlich zu der Begrifflichkeit „Menschen mit Behinderung“ an Stelle von „Behinderten“.

Trans\*Menschen bilden keine Art von Trend oder neuartige Identität des 20. und 21. Jahrhunderts. Erstmals wurden trans\*Menschen bereits in Gedichten der römischen Antike literarisch festgehalten. Publius Ovidius Naso, welcher 34 v. Chr. im heutigen italienischen Sulmona geboren wurde, verfasste als populärer Dichter sein Werk über die Liebe zweier Mädchen Iphis und Ovid sowie eine sogenannte Metamorphose des Mädchens Iphis, welches zuvor männlich war. Ein weiterer Autor der Antike war Diodorus von Agyrion, welcher im 1. Jahrhundert v. Chr. auf Sizilien lebte und in einem seiner Werke ebenso über einen trans\*Mensch sowie auch Homosexualität schrieb (Hänsel 2006). Berühmte Persönlichkeiten, welche ab dem 18. Jahrhundert öffentlich als trans\*Frauen lebten, sind Lilli Elbe aus Dänemark, die amerikanische Autorin Christine Jorgensen sowie die Französin Chevalier d'Eon. Forscher, die sich im Laufe ihres Lebens mit Transidentität und der Wissenschaft von trans\*Menschen befassten, sind der Sexualforscher Magnus Hirschfelder, insbesondere während der NS-Zeit, sowie der deutsch-amerikanische Endokrinologe Henry Benjamin (Gendertreff e.V.).

Transidentität bezeichnet die Diagnose einer Nichtübereinstimmung von anatomischem und sozialem Geschlecht, was auch als Geschlechtsinkongruenz diagnostiziert wird. Der dazugehörige Leidensdruck wird Geschlechtsdysphorie genannt. Dabei empfinden trans\*Menschen Unwohlsein in ihrem Körper aufgrund der Nichtübereinstimmung des biologischen Geschlechts und ihrer sozialen Identität. In Folge einer Transition, gleichen trans\*Menschen ihre

äußerliche Wahrnehmung an ihr Wunschgeschlecht an. Beispielsweise durch die Verwendung eines neuen Namens (Chosen Name), der ihren ehemaligen Namen (Deadname) ersetzt. Weiterhin kommt es zu einem sozialen Outing in ihrem Umfeld, bei dem trans\*Personen ihren nahestehenden Angehörigen von ihrer Transition berichten. Transidentität zählt zur Gruppe der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ unter den Codierungen der Diagnosen und wird von Psychotherapeut\*innen oder Psychiater\*innen in Folge einer psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Die Behandlung von trans\*Menschen erfolgt sehr individuell. Eine langzeitige medikamentöse Therapie sowie Operationen können dabei in Betracht gezogen werden, jedoch besteht keine Pflicht dahinter (Dorn 2017, S. 282 ff).

Zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen gehören neben einer Hormontherapie auch Operationen sowie optional Stimmtraining, welches primär von trans\*Frauen in Anspruch genommen wird. Trans\*Frauen können Medikation in Form von Gel, Spray als auch orale Medikamente nehmen, welche abhängig von der Medikationsart täglich oder alle drei Tage eingenommen werden müssen. Durch diese Einnahme von Hormonpräparaten, welche sowohl Östrogene als auch Gestagene beinhalten, verändern sich äußerliche Faktoren wie eine Fettumverteilung und Wachstum der Brust, Feminisierung des Gesichtes sowie die Abnahme von Muskelmasse, Behaarung und Libido innerhalb von ein bis fünf Jahren.

Zu den geschlechtsangleichenden Operationen zählen die Angleichung der Brust, beispielsweise eine Brustvergrößerung (Mamma-Augmentationsplastik), eine Angleichung des primären Geschlechtsorgans durch Kastration (Entfernung der Hoden), Schaffung einer Neovagina sowie Bildung der Klitoris. Zudem kann eine operative Korrektur des Kehlkopfes vorgenommen werden (Krikothyroidopexie), welche logopädisch mit einer Stimmerhöhungsbehandlung begleitet wird. Diese Form von Behandlung erfolgt des öfteren bei trans\*Frauen, bei denen durch ihre erste Pubertät im Alter von 11 bis 16 Jahren bereits ein Stimmbruch erfolgte. Bei trans\*Männern gibt es die Optionen, eine Testosterontherapie durch tägliches Gel, Pflaster sowie eine orale Einnahme oder Injektionen, welche alle zwei Wochen oder alle 12 Wochen wiederholt werden, durchzuführen. Dabei kommt es ebenso zur Körperfettumverteilung innerhalb von zwei bis fünf Jahren, neben Wirkungen wie Zunahme der Muskelmasse sowie Körperbehaarung und Aussetzen der Periode, als auch zur Vertiefung der Stimme binnen weniger Monate bis maximal zwei Jahre. Operative Geschlechtsangleichungen sind im Fall von trans\*Männern eine Mastektomie (Angleichung der Brust), eine Hysterektomie (Entfernung der Eierstöcke und Gebärmutter) sowie eine Neophalloplastik (Penoidaufbau).

Risikobewertung	MzF	FzM
Ggf. erhöhtes Risiko	Thromboembolisches Risiko	Polyzythämie
	Gallensteine	Gewichtszunahme
	Leberenzymhöhung	Akne
	Gewichtszunahme	Alopezie
	Hypertriglyzeridämie	Klitorishypertrophie
	Mastodynie	Schlafapnoe
Mit zusätzlichen Risiken	Kardiovaskuläre Erkrankungen	Hyperlipidämie
	Hypertonie	Destabilisierung
	Hyperprolaktinämie	Psychische Erkrankung
	Typ-2-Diabetes	Hypertonie
Kein bzw. kein eindeutiges Risiko	Mammakarzinom	Ovarialkarzinom
	Prostatakarzinom	Endometrium-, Zervixkarzinom
		Mammakarzinom
		Verringerung der Knochendichte

MzF Mann-zu-Frau, FzM Frau-zu-Mann

Abbildung 4: Risiken bei der Hormonersatztherapie von trans\*Frauen und trans\*Männern

Quelle: Dorn (2017), S. 286

Wie in Abbildung 4 zu erkennen, bestehen für alle hormonellen und operativen Maßnahmen zahlreiche Risiken, welche trans\*Menschen eingehen. Durch Indikationen oder Gutachten von Psychiater\*innen sowie Psychotherapeut\*innen werden trans\*Menschen während einer langen, psychotherapeutischen Behandlung mit ihren Entscheidungen hinsichtlich geschlechtsangleichender Maßnahmen begleitet. Diese Gutachten und Nachweise der Therapie werden ebenso für die Kostenübernahmen bei Krankenkassen oder zur Zulassung einer Hormontherapie oder Operation benötigt. Die Einnahme von Hormonpräparaten bei trans\*Männern sowie trans\*Frauen muss lebenslanglich erfolgen, wenn die Wirkungen weiterhin erwünscht sind. Dabei ist die Stimmvertiefung irreversibel durch die Verschiebung des Kehlkopfes und muss im Falle einer Detransition wie bei trans\*Frauen logopädisch oder operativ behandelt werden (Dorn 2017, S. 283-288). Hierbei ist anzumerken, dass nicht alle trans\*Menschen jegliche Form der Geschlechtsangleichung durchführen. Jede Transition ist individuell und wird auf Basis des Wohlbefindens geprägt. Es besteht keine Pflicht oder Reihenfolge von geschlechtsangleichenden Maßnahmen.

Anhand der TSG-Verfahren in Deutschland kann man schätzen, wie viele Personen sich als trans\* identifizieren. Im Jahr 1995 bis 2000 gab es rund 31.000 Menschen, die eine Namens- und Personenstandsänderung durch das TSG vollzogen haben, was bedeutet, dass 1:2600 in Deutschland trans\* ist. Bis zum Jahr 2019 stieg die Prävalenz auf 1:300 an, was eine Anzahl von 274.000 trans\*Menschen in Deutschland ausmacht, welche das TSG-Verfahren vollzogen haben. Hierbei werden Menschen nicht berücksichtigt, welche noch keine Namens- und Personenstandsänderung hatten, was bedeutet, dass die Anzahl an transidenten Menschen in

Deutschland durchaus höher ist als 1:300. Das Verhältnis zwischen trans\*Frauen und trans\*Männern ist dabei 1:1 (dgti 2021, Zahlenspiele). Eine Studie des Robert-Koch-Instituts im Jahr 2022 kam basierend auf den GEDA-Daten von 2019/2020, zu einer Anzahl von 113 trans\*Menschen und 29 nichtbinären Personen von insgesamt 23.000 Proband\*innen. Dementsprechend identifizieren sich 0,6 % als transident (Pöge 2022, S. 52). Demnach könnte sich die Anzahl an trans\*Menschen in Deutschland auf über eine halbe Million Personen beziehen, was vergleichsweise die Einwohnerzahl von Dresden darstellt.

Zuvor galt für trans\*Menschen das Transsexuellengesetz (TSG) aus dem Jahr 1980 sowie bis 2011 eine Zwangssterilisierung für die Änderung des Geschlechtseintrags und des Vornamens. Beim TSG handelt es sich um ein rechtliches Verfahren, welches durch zwei Gutachten sowie die Beantwortung von Fragebögen vollzogen werden musste, wobei es sich bei den Fragen um teilweise sehr veraltete Annahmen und Stereotypen oder zunehmend private sowie intime Sachverhalte handelte. Transsexualität wurde früher oftmals mit Pädophilie oder Schizophrenie verbunden. 2011 wurde das TSG vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig eingestuft, da trans\*Menschen für eine Personenstandsänderung ihr primäres Geschlechtsorgan sterilisieren lassen mussten und keine Ehe schließen durften. Durch die zusätzlich hohen Kosten wurde ebenso eine umständliche Barriere für die Akzeptanz von trans\*Menschen errichtet. Seit November 2024 ist daher als großer Erfolg das Selbstbestimmungsgesetz in Kraft getreten, welches erlaubt, unabhängig von Gutachten, Operationserfordernissen oder diskriminierenden Fragebögen, eine kostengünstigere und selbstbestimmende Vornamens- sowie Personenstandsänderung durchzuführen (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, trans\*; BMFSFJ 2024).

### 2.2.3 Abseits der Norm: Sichtbarkeit der Nichtbinarität

Menschen, die sich als nichtbinär identifizieren, gehören sich weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht vollkommen zugeordnet. Zur Nichtbinarität zählen Geschlechtsidentitäten wie Genderqueer, Genderfluid oder Agender. Bei Geschlechtsidentitäten der Nichtbinarität identifizieren sich Personen entweder als teilweise männlich und weiblich oder fühlen sich keinem der binären Geschlechter zugehörig. Somit gehört das Spektrum von nichtbinären Menschen außerhalb der Zweigeschlechtlichkeit ähnlich wie intergeschlechtliche Menschen. Das nichtbinäre Spektrum umfasst eine vielfältige Breite an Geschlechtsidentitäten, die sich äußerlich sowie innerlich unterschiedlich äußern können. Nichtbinär zu sein ist dabei

nicht mit Androgynität gleichzusetzen. Eine nichtbinäre Geschlechtsidentität zeichnet sich durch die bewusste Ablehnung binärer Geschlechternormen, einschließlich der damit verbundenen Rollen und gesellschaftlichen Erwartungen, aus. Die Binarität hat dabei keine zentrale Bedeutung. Im Fokus steht die Selbstakzeptanz, sowohl in der inneren Wahrnehmung, als auch in der äußeren Darstellung, wobei das individuelle Wohlbefinden unabhängig von gesellschaftlichen binären Standards angestrebt wird. Nichtbinäre Personen können sich mit unterschiedlichen Anreden und Pronomen identifizieren sowie vielfältige Ausdrucksformen wie Kleidung oder Namenswahl annehmen (Hübscher 2016).

Beispielsweise könnte eine Person namens Sam an manchen Tagen eine weiblich konnotierte Kleidung und an anderen Tagen Make-up sowie männlich konnotierte Kleidung bevorzugen. Sam fühlt sich mit allen Pronomen wohl, variiert jedoch je nach Situation zwischen er/ihm und sie/ihr. Eine andere Person, Finn, könnte er/ihm-Pronomen verwenden und sich vorwiegend männlich kleiden, während er gleichzeitig alle Geschlechtsstereotype ablehnt und sich keinem Geschlecht eindeutig zugehörig fühlt. Lara hingegen verwendet ausschließlich sie/ihr-Pronomen und hat aufgrund von Geschlechtsdysphorie eine Mastektomie durchführen lassen, was ihr Wohlbefinden gesteigert hat. Ihre Kleiderwahl ist geschlechtsunabhängig. Daraus folgt, dass Geschlecht nicht automatisch mit Pronomen oder äußerer Erscheinung wie Kleidung gleichzusetzen ist.

Sowohl im Alltag als auch im medizinischen Kontext ist die geringe Akzeptanz und mangelnde Sichtbarkeit von nichtbinären Personen herausfordernd. Alltägliche Situationen wie Ausweise vorlegen, Fragebögen beantworten oder Anrufe betätigen sind oft mit Barrieren der Binarität verbunden. Die kann schnell zu Unwohlsein und Geschlechtsdysphorie führen, wenn man beispielsweise mit einer etwas höheren Stimme am Telefon sofort mit „Frau ...“ angesprochen wird, obwohl man sich nicht als Frau identifiziert. Im beruflichen Kontext wurde die Sichtbarkeit von nichtbinären Menschen seit Januar 2019 erhöht, da in Stellenanzeigen die Abkürzungen „m/w/d“ verpflichtet wurden (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Mann – Frau - Divers). In Fragebögen ist eine Vorgabe von allen drei Geschlechtsangaben jedoch offiziell nicht obligatorisch, was auch im medizinischen Kontext die Sichtbarkeit von Personen außerhalb des binären Spektrums einschränkt.

Zur Simplifizierung und Unterscheidung zwischen dem biologischen und sozialem Geschlecht, neben der sexuellen Orientierung und der äußerlichen Darstellung beziehungsweise Geschlechtsausdruck, wird oftmals die „Genderbread Person“ zu Deutsch „Lebkuchen Person“ benutzt, welche von einer Person namens Sam (Samuel) Killerman 2011 erfunden wur-

de. Sam hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Differenzierung der verschiedenen Ausdrücke zu veranschaulichen und pädagogisch simpler darstellen zu lassen. Die „Genderbread Person“ zeigt die Varianz der sexuellen Orientierung, welche sich von hetero- über bi- bis zu homosexuell äußern kann. Als Geschlechtsidentität kann man eine Frau, ein Mann oder genderqueer, also zum Beispiel nichtbinär sein. Ähnlich wie das biologische Geschlecht sich weiblich, männlich oder intergeschlechtlich ausprägt. Die äußerliche Darstellung ist dabei unabhängig von sexueller Orientierung als auch biologischem oder sozialem Geschlecht (dgti\* 2021, Genderbread-Person). Abbildung 5 veranschaulicht die Differenzierung der verschiedenen Geschlechts- und Identitätsaspekte.

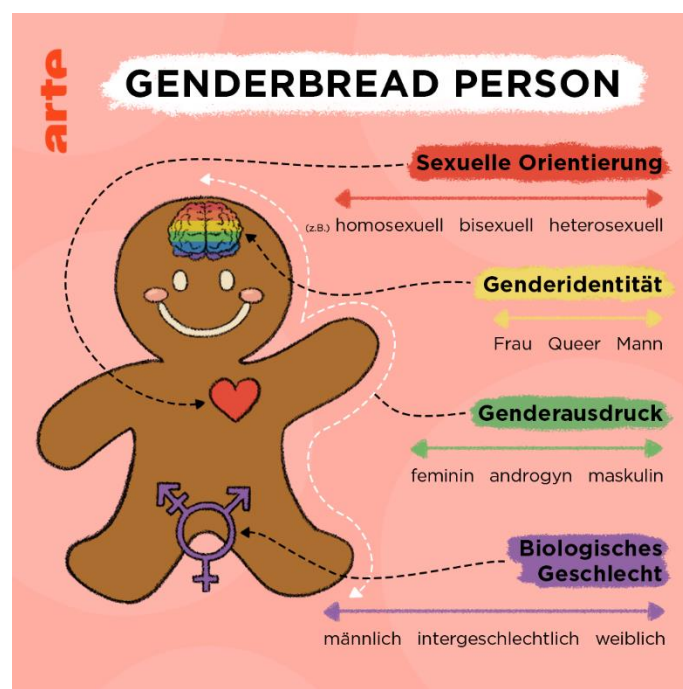


Abbildung 5: Die „Genderbread Person“

Quelle: Arte (2021)

### 3. Empirische Untersuchungen der Diversität

#### 3.1 Im Schatten des Mannes – Auswirkungen des männlichen Standards

##### 3.1.1 Unsichtbarkeit von AD(H)S

Hyperkinetische Störung, Zappel-Philipp-Syndrom aus dem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ oder auch ADHS genannt. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist eine psychisch anerkannte Störung, welche eine der häufigsten mentalen Erkrankungen in der Bevölkerung ist. In der Mehrzahl der Fälle wird diese bereits im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert, da sie insbesondere durch Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität gekennzeichnet ist. Eine Form dieser psychischen Störung ist auch das ADS, wobei es sich um dasselbe Syndrom handelt, ohne Anzeichen von Hyperaktivität. Für die Diagnose wird ein Nachweis dieser Symptome in einer Zeitspanne von mindestens sechs Monaten benötigt, der durch spezielle Fragebögen erbracht wird. In diesen werden die Kriterien „Anzeichen vor dem 7. Lebensjahr“, subjektives Leiden, Differenzialdiagnose, funktionelle Einschränkungen im Alltag sowie Psychopathologie eingeteilt. Im Speziellen wird sich mit der eingeschränkten Lebensqualität durch ADHS, die Genetik und der Vererbbarkeit sowie mit sozialen Beziehungen wie Partnerschaften oder dem schulischen/beruflichen Alltag beschäftigt (Retz-Junginger 2008, S. 812).

Bereits 1902 wurde ADHS das erste Mal im medizinischen Bereich dokumentiert, wobei es zu dieser Zeit noch als eine Art „Defekt der moralischen Kontrolle bei Kindern“ behandelt wurde. Kinder mit diesem sogenannten Defekt hatten sowohl Probleme in der Entwicklung und Sprache als auch mit sozialen und kognitiven Fähigkeiten, Hyperaktivität sowie Hyperkinetik. Unter Hyperkinetik versteht man das Auftreten von Unaufmerksamkeit, Überaktivität sowie Impulsivität. Es besteht ebenso keine altersbedingte Differenzierung bei der Symptomatik. Jedoch verändern sich Symptome in eine andere Prägung mit zunehmendem Alter. Kinder mit AD(H)S sind unaufmerksam, bei Erwachsenen entsteht schneller Langeweile. Physische, motorische Unruhe kann sich hinzu innerer Unruhe ausprägen. Zudem äußern sich Dysregulationen vorrangig emotional bei Erwachsenen mit AD(H)S. Beispielsweise durch Stimmungsschwankungen oder emotionale Ausbrüche (Paulzen 2017, S. 504-512).

ADHS wird mit Code ICD-10 F90.0 gekennzeichnet. Unter Kindern und Jugendlichen sind weltweit 6 bis 8 % von einer hyperkinetischen Störung betroffen, bei Erwachsenen ab 18 Jahren sind ungefähr 2 bis 5 % diagnostiziert. Dabei wird ADHS bei Jungen sowie ADS bei Mädchen häufiger wahrgenommen. Die folgenden Krankenkassendaten auf Abbildung 6 ver-

anschaulichen die Differenz an Diagnosen innerhalb von zehn Jahren. Hierbei wurden Kinder sowie Erwachsene im Alter von 1 bis 34 zwischen 2005 und 2015 erfasst. Bei Mädchen steigt die Anzahl an Diagnosen bis zum Alter von 10 bis 11 an und fällt dann drastisch ab. Bei Jungen ist ein Anstieg bis zum Alter von 12 bis 13 wahrzunehmen. Zusammenfassend ist die Anzahl an Diagnosen bei Mädchen und jungen Frauen wesentlich geringer im Vergleich zu Jungen und Männern der gleichen Altersklasse (Grobe 2017, S. 1336-1340).

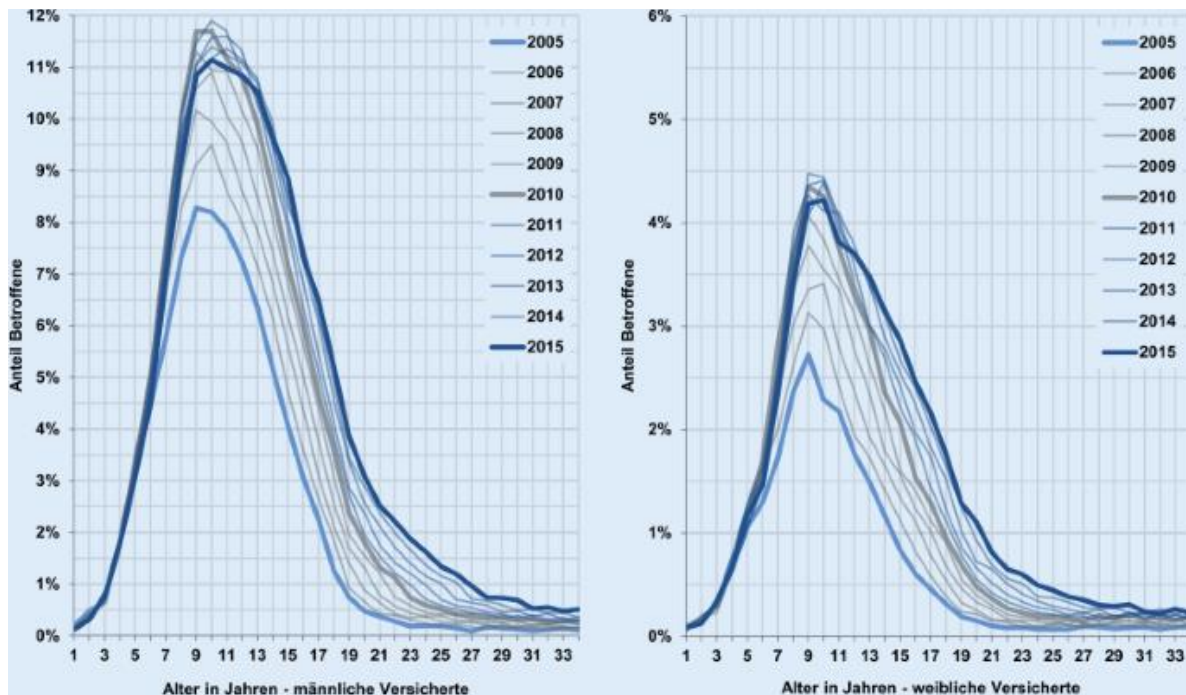


Abbildung 6: Prävalenz von ADHS-Diagnosen bei weiblichen und männlichen Versicherten zwischen 2005 und 2015

Quelle: Grobe 2017, S. 1340

Eine hyperkinetische Störung kann außerdem genetisch vererbt werden. Die Chance, ADHS diagnostiziert zu bekommen, wenn Familienangehörige eine Diagnose erhalten, ist für den Betroffenen drei- bis fünfmal so hoch. Zudem kann ADHS durch äußere Umweltfaktoren wie psychosoziale Probleme in der Kindheit, die durch sozial benachteiligte Lebensumstände oder Instabilität der Familie verursacht werden. Aber auch Belastungen während der Schwangerschaft wie Bluthochdruck, vorgeburtlicher Nikotin- und Alkoholkonsum oder Toxine als auch eine Frühgeburt und somit niedrigeres Körpergewicht kann eine hyperkinetische Störung auslösen. Hinzufügend zur Diagnose mit ADHS können weitere psychische Störungen wie Angst- oder Schlafstörungen, Depressionen, Autismus oder Tic-Störungen (TS) hinzukommen. Bei Erwachsenen mit ADHS erhöht sich die Prävalenz von Raucher\*innen um das Zweifache im Vergleich zu Menschen ohne ADHS. Mit einer ADHS-Diagnose kommt ebenso ein erhöhtes Risiko für Abhängigkeit hinzu, welches bei Männern deutlich häufiger erscheint

als bei Frauen. Auch ein erhöhtes Risiko an sozialen Problemen wie auch gesundheitlichen Komplikationen ist bei Menschen mit hyperkinetischer Störung hinsichtlich Arbeitslosigkeit, Scheidungsrate, Kriminalität oder Unfallgefahr anzumerken (Schneider et al 2017, S. 504-506).

Geschlechtsspezifische Unterschiede beim ADHS-Syndrom äußern sich vorrangig in der Diagnostik, Symptomatik und Behandlung. Junge Mädchen sowie Frauen werden häufig fälschlicherweise nicht mit ADHS diagnostiziert, wobei Jungen viermal so häufig die Diagnose im Kindesalter erhalten. Die kausale Ursache für die erhöhte Anzahl an Diagnosen bei Jungen ist die Auffälligkeit der Symptome wie Hyperaktivität und Impulsivität. Bei Mädchen äußert sich ADHS eher zurückhaltend und unauffälliger. Beispielsweise sind junge Mädchen und Frauen eher verträumt, wenn es um das Symptom Unaufmerksamkeit geht. Da Mädchen im jungen Alter im Vergleich zu gleichaltrigen Jungen durchschnittlich intelligenter sind und mehr Leistung nachweisen, gelingt ihnen Konzentration bei schulischen Leistungen häufig leichter. Dieses Verhalten ist durch familiäre Faktoren wie Ansehen im Elternhaus und in gleichaltrigen „Peer Groups“ höher angesehen und führt dazu, dass die Unaufmerksamkeit sich vorrangig in Tagträumen sowie Fantasie äußert und somit schwer als Form von ADHS zu erkennen ist (Neuy-Lobkowitz 2024, S. 16 ff). Oftmals werden die Träumerei und mentale Abwesenheit als Lustlosigkeit oder fehlende Motivation gedeutet, was zu Zerstreuung und organisatorischen Hürden im Alltag führt. Dies erhöht den Stresslevel und kann Überforderung auslösen. Hyperaktivität äußert sich bei Frauen außerdem weniger in der Motorik durch Unruhe, sondern mehr im Redefluss und in der Gesprächigkeit (Koentges 2024, S. 48-50).

Die ADHS-Diagnose wird oftmals erst nach der schulischen Ausbildung im Erwachsenenalter festgestellt oder mit Depressionen verwechselt. Häufig werden dann alltägliche Aufgaben wie Einkaufen, Haushalt oder Leistungsnachweis in der Ausbildung oder Universität als Hürden entwickelt und die Selbstorganisation als anstrengender sowie banale Aufgaben als erschöpfend wahrgenommen und anschließend aufgeschoben. Ärzt\*innen diagnostizieren häufig ausschließlich Begleiterkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen, da Fragebögen der ADHS-Diagnostik auf männlichen Symptomen basieren und sich vorrangig auf Hyperaktivität fokussieren, welche bei Frauen anders ausgeprägt ist und bei Männern eher auffällt (Neuy-Lobkowitz 2024, S. 17 ff).

Als Behandlungsmöglichkeiten für ADHS gibt es abhängig vom Alter, Schweregrad der Symptome, möglichen Begleiterkrankungen sowie der Lebenssituation und funktionellen Einschränkung im Alltag verschiedene Möglichkeiten. Betroffene können Medikamente sowie

Ergo- oder Verhaltenstherapien erhalten, neben einer allgemeinen und medizinischen Aufklärung als auch Beratung in psychologischer und/oder psychiatrischer Betreuung inklusive der Eltern oder weiteren engen Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)).

Bei leichten Symptomen und geringer Einschränkung im Alltag werden Kindern und Jugendlichen mit ADHS eine Verhaltenstherapie und Erziehungsberatung der Eltern empfohlen. Dadurch werden betroffenen Eltern hinsichtlich der Erkrankung sensibilisiert und aufgeklärt. Kindern und Jugendlichen werden in einer individuellen Verhaltenstherapie Kontrolle, Organisation sowie Umgang und Regulierung der Gefühle und Probleme verständlich gemacht. Eine geregelte Tagesroutine, direkte Kommunikation, eine reizarme Umgebung sowie positive Rückmeldungen und konsequente Regeln sind in einer Beziehung zwischen Eltern und Kind äußerst hilfreich und bedeutsam zum Umgang mit Aufmerksamkeitschwierigkeiten und Hyperaktivität. Ab einer mittleren Ausprägung werden zusätzlich Medikamente als Hilfsmittel wie Ritalin, Amphetamin, Atomoxetin oder Lisdexamphetamin empfohlen. Diese unterstützen Betroffene bei der Regulierung des Bewegungsdrangs sowie der Nervosität. In schwerer Ausprägung wird ebenso eine (teil-)stationäre Behandlung empfohlen. Mädchen und junge Frauen benötigen jedoch geringere Dosierungen der Medikamente als Jungen und Männer der gleichen Altersklasse (BZgA 2021, S. 28-33). Symptome wie Stimmungsschwankungen, Konzentrationsprobleme sowie Desorganisation können sich bei menstruierenden Menschen während der Periode verstärken. Empfohlen wird eine strukturierte Übersicht der Veränderung der Symptome vor und nach der Menstruation, um eventuell Medikamente hinsichtlich der Varianz der Symptomatik anzupassen (Kok 2020, S. 17 ff).

Bei psychischen Erkrankungen spielt Stigmatisierung eine bedeutsame Rolle. Unter Stigmatisierung versteht man die drei Komponenten Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung. Dabei handelt es sich um die Stigmatisierung des Selbst durch die Öffentlichkeit sowie sozialen, politischen oder wirtschaftlichen Einfluss. Öffentliche Stigmatisierung wird als sozialkognitives Modell behandelt, welches sich an der sozialen Relevanz einer Charaktereigenschaft von Individuen orientiert und diese stigmatisiert. Beispielsweise wird die Eigenschaft der Hautfarbe stigmatisiert, die Schuhgröße jedoch nicht. Dabei entsteht eine Trennung von „uns“ und „den anderen“. Betroffene von psychischen Erkrankungen, wie auch deren Umfeld, können durch Stigmatisierung negativ wahrgenommen werden durch Aussagen wie „Psychisch Erkrankte sind gewalttätig“ oder „Menschen, die in Psychiatrien arbeiten, sind umgeben von

Irren". Folge dieser öffentlichen Stigmatisierung ist die Annahme von Vorurteilen auf das Selbst, welches den Leidensdruck erhöht (Rüsch 2005, S. 222-225).

Stigmatisierung von ADHS betrifft häufig die Eltern oder Erziehungsberechtigten der Betroffenen. Müttern werden oftmals falsche Erziehungsmaßnahmen durch die erhöhte Hyperaktivität des Kindes vorgeworfen (Davis 2016). Dazu kommt, dass Kinder mit ADHS eine höhere Bildschirmzeit haben als Kinder ohne ADHS. Dies wird ebenso oft als Vorwurf und Auslöser der Unaufmerksamkeit genutzt, wobei sich mit ADHS nicht optimal beschäftigt wurde. Die Symptomatik wird als bewusstes Fehlverhalten anstatt psychischer Störung der Kinder gehalten (Speerforck et al. 2021). Folgen dieser Stigmatisierung sind zunehmender Stress der Eltern und eine verringerte Lebensqualität durch die psychische Belastung der diversen Herausforderungen der Eltern (Mofokeng 2017). Beispielsweise über die Entscheidung für medikamentöse Behandlung und deren Auswirkungen. Weitere Folgen der Stigmatisierung sind soziale Ausgrenzung und Isolation sowie Diskriminierung auf der Schul- und Gesundheitsebene (DosReis et al. 2010, S. 811). Nicht betroffene Jugendliche schätzen Betroffene ihres Alters mit ADHS vorrangig als naiv, einsam, dummlich oder verrückt ein. ADHS wird ebenso häufig mit negativ behaftetem Autismus oder „Außenseiter-Sein“ assoziiert (Roy 2014, S. 31).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Stigmatisierung von ADHS-Symptomen, insbesondere auf Frauen fokussiert, sind jedoch noch recht unerforscht und bilden eine Forschungslücke hinsichtlich der Herausforderung von ADHS mit suizidalem, depressivem oder selbstverletzendem Verhalten unter Frauen (Guo 2024, S. 39).

### 3.1.2 Endometriose – Das „Chamäleon der Gynäkologie“

Unter Endometriose versteht man eine chronisch entzündliche Erkrankung, bei der gebärmutterähnliches Gewebe, in Form von gutartigen Tumoren, innerhalb und außerhalb des Uterus gebildet wird. Diese können sich an den Eierstöcken, im Becken- und Bauchraum sowie in seltenen Fällen in der Lunge ausprägen und große Schmerzen bei Betroffenen auslösen. Folgen dieser Erkrankung verlaufen sehr vielfältig. Einerseits bestehen ein erhöhtes Risiko für Infertilität als auch starke Blutungen und Schmerzen unabhängig vom Zyklus. Die Schmerzen können im ganzen Bereich des Körpers ausgelöst werden, was eine Diagnose häufig erschwert. Ebenso kann Endometriose azyklisch und symptomlos vorkommen. Durch die Vielfältigkeit der Symptome wird Endometriose auch als „Chamäleon der gynäkologischen Erkrankungen“ bezeichnet. Durch die atypische Symptomatik wird des öfteren eine Fehldiagnose eingeleitet und Endometriose zu spät entdeckt. (Endometriose-Vereinigung 2023). Als zweithäufigste Erkrankung im gynäkologischen Feld sind rund 30 bis 40 % von Frauen und Menschen mit Uterus von Endometriose betroffen. Beispielsweise bei der Untersuchung nach erfolglosem Kinderwunsch und Feststellung von Unfruchtbarkeit (Metler 2007, S. 114).

Aufgrund der vielfältigen Symptomatik entscheidet sich die Behandlung von Endometriose abhängig von Alter, Symptomen und Schmerzlokalisierung als auch möglichem Kinderwunsch. Eine Therapie kann durch die Vergabe von Hormonen erfolgen oder durch die Entfernung des Gewebes durch operative Maßnahmen. Da Endometriose auch außerhalb der Gebärmutter Tumore entwickeln kann, muss eine interdisziplinäre Behandlung des Betroffenen vor einer Operation stattfinden, welche Fachbereiche außerhalb der Gynäkologie wie Pneumologie, Urologie oder Gastroenterologie inkludieren kann. Bei einer hormonellen Therapie werden häufig Gestagenmonotherapien genutzt wie GnRH-Agonisten wie Relugolix und Kontrazeptiva sowie aktuell häufiger Dienogest. Des Weiteren wird eine antientzündliche, abwechslungsreiche sowie ausgewogene und alkoholfreie Ernährung den Betroffenen empfohlen. Da Endometriose nicht heilbar ist, konzentriert sich die Therapie lediglich auf die Schmerzlinderung und verspricht keine vollkommene Genesung (Fehm 2016, S. 129-130; Helbig 2021, S. 191).

Erstmals wurde Endometriose im Jahr 1860 von einem österreichischen Arzt entdeckt. Die Erkrankung ist demnach sogar vor der Infektionskrankheit Tuberkulose im Jahr 1882 entdeckt worden, welche jedoch mehr Aufmerksamkeit hinsichtlich Aufklärung und Behandlung erhalten hat (Benagiano 2014, S. 1-9). Die wesentliche Problematik der Erkrankung ist der Mangel an Aufklärung sowie Forschungsinteresse der letzten Jahrzehnte, trotz der hohen Prävalenz

und dem steigenden gesellschaftlichen Interesse innerhalb der letzten zehn Jahre. Häufig erliegen Betroffene mit einer Vielfalt an Symptomen und überdurchschnittlichen Schmerzen, falschen Diagnosen oder wenig Seriosität. Die starken Periodenschmerzen werden als „normal“ gedeutet und Betroffene erhalten selten eine gerechte, individuelle Anamnese (Beser 2024, S. 56 ff).

Neueste Studien verweisen ebenso auf die Anerkennung der Erkrankung als systemische Entzündung, aufgrund von Komorbidität und der Vielzahl an signifikanten Zusammenhängen mit Krebs, Migräne, kardiovaskulären, gastroenterologischen und Autoimmunerkrankungen. Beispielsweise haben Betroffene ein erhöhtes Risiko für Schlaganfälle, Herzinfarkte, Migräne und Ovarialkarzinome als auch Entzündungen im Beckenbereich als Menschen ohne Endometriose. Das Risiko für Migräne ist bei Betroffenen von Endometriose um 49 % erhöht, für Bluthochdruck ist das Risiko um 14 % höher. Menschen mit Endometriose sind mehr von Allergien sowie gastrointestinalen Beschwerden im Magen-Darm-Bereich betroffen. Jedoch reicht die aktuelle Anzahl an Studien nicht aus, um weitere Zusammenhänge zu erschließen. Es wird auf eine bedeutsame Forschungslücke hingewiesen, welche die Systematik und Komorbidität von Endometriose einschließt (Surmann 2023, S. 189 ff).

Darüber hinaus leidet fast jede zweite Person mit Endometriose an Sub- oder Infertilität aufgrund von anatomischen Veränderungen, welche die Chance zur Schwangerschaft beeinflussen. Weitere Ursachen sind jedoch noch nicht bekannt und sind aktuell unerforscht. Neben der Fertilität ist ebenso die Libido häufig beeinflusst. Betroffene sprechen von einer geringen Sexualität, was zusätzlich ein Hindernis für den Kinderwunsch darstellt. Zum Erhalt der Fertilität wurden noch keine signifikanten Forschungsergebnisse über eine hormonelle Behandlung durch beispielsweise Gestagenen, GnRH-Analoga oder oralen Kontrazeptiva gefunden. Ein operativer Eingriff wie die Entfernung des betroffenen Gewebes konnte anhand von Studien zu einer erhöhten Chance zur Schwangerschaft und Lebendgeburt führen, jedoch belegen dies nicht ausreichend Studien. Eine Operation der Endometriose kann außerdem die ovarielle Reserve verringern, worüber Betroffene vor einem operativen Eingriff aufgeklärt werden sollten (Von Versen-Höynck 2024, S. 693-695).

Aktivistische Bewegungen wie #EndEndosilence oder #EndoMarch unterstützen die Sensibilisierung von Endometriose seit über einem Jahrzehnt und stellen sich als wertvoller Faktor bei der Aufklärung der Erkrankung als auch zur Vernetzung von Betroffenen dar. #EndEndosilence bezeichnet sich als deutsche Gruppe mit über 130.000 aktivistischen Personen, welche Awareness für geschlechtergerechte Medizin und insbesondere Endometriose einsetzt. Dabei

reichen sie Petitionen bei wichtigen Politiker\*innen wie dem derzeitigen Gesundheitsminister Karl Lauterbach oder dem aktuellen Bundeskanzler Olaf Scholz ein und schaffen eine Plattform für Endometriose-Betroffene zum digitalen Austausch. Ebenso informiert #EndEndosilence über aktuelle Geschehnisse über Gesetzesanträge, Filme sowie Studien und Statistiken zu geschlechtersensibler Medizin und Endometriose (Schenke 2023). Ähnlich wie die internationale Vereinigung #EndoMarch, die seit 2014 aktivistische Arbeit für die rund 200 Millionen Endometriose-Betroffenen weltweit betreiben. #EndoMarch ist eine große Gemeinschaft aus spezialisierten Ärzt\*innen für Endometriose, die sich für den Fokus auf Endometriose-Forschung bezüglich frühzeitiger Diagnose und optimaler Behandlung einsetzt. Sie beschäftigen sich unter anderem mit Fragen hinsichtlich Prävention von Endometriose, Krebs- und Fertilitätsforschung als auch operativen Behandlungen für Betroffene. Jährlich im März findet eine weltweite Demonstration sowie Konferenz für Endometriose durch #EndoMarch statt, um die Erkrankung zu sensibilisieren und auf die aktuelle Forschung aufmerksam zu machen (Endometriosis March Worldwide, Nezhat Family Foundation). Aktivistische Bewegungen wie #EndoMarch und #EndEndosilence veranschaulichen die Bedeutsamkeit und das Interesse an Endometriose in der Gesellschaft und verstärken sowohl wissenschaftliche Vernetzungen als auch eine Kommunität der Betroffenen.

Basierend auf 2.1.1 „Geschichte und Bedeutung der Gendermedizin“ wird festgestellt, dass der Fokus auf Endometriose und Forschung im Fachbereich der Gynäkologie in den letzten Jahrzehnten aufgrund von aktivistischen Frauenbewegungen, zunehmender Aufklärung, steigendem Interesse innerhalb der Gesellschaft sowie Medizin als auch der Betrachtung der Forschungslücke über Endometriose deutlich mehr an Popularität und Aufmerksamkeit gewann. Hindernisse sind trotzdem die Komplexität der Erkrankung aufgrund fehlender Forschungsergebnisse und Komorbidität. Am Beispiel von Endometriose wird veranschaulicht, wie im psychosozialen Kontext die Diagnose einer nicht seltenen Erkrankung durch die männerdominierte Medizin erschwert wird und Betroffene mit ihren Symptomen häufig unzureichend behandelt werden.

## 3.2 Transidentität

### 3.2.1 Hürden der Gesundheitsversorgung von trans\*Menschen

Eine große Barriere zur Optimierung von Gesundheitsmaßnahmen gegenüber trans\*Menschen ist die Diskriminierung und Stigmatisierung. Einerseits im Zugang zu gesundheitlichen Maßnahmen wie der Suche eines Therapieplatzes, ebenso im rechtlichen Klassifikationssystem hinsichtlich der Leitlinien und Kodierungsdiagnosen. Weiterhin aber auch auf der Ebene von Behandlungen im ambulanten, stationären oder notärztlichen Bereich wie dem Rettungsdienst. Die große Problematik, die sich durch alle Ebenen durchzieht, ist die mangelnde Sensibilisierung und Aufklärung bei Fachkräften. Beispielsweise durch die korrekte Ansprache von Patient\*innen und den respektvollen Umgang, welcher vor diskriminierenden Erfahrungen schützen soll. Des Weiteren sollte der individuelle Transitionsweg respektiert werden, da nicht alle trans\*Menschen den gleichen Ablauf durchlaufen und es weder Pflicht noch Reihenfolge von geschlechtsangleichenden Maßnahmen gibt.

Speziell im Rettungsdienst wird empfohlen, den Patient\*innen einen sicheren, diskriminierungsfreien Raum zu bieten. Durch die respektvolle sowie offene Kommunikation, die Berücksichtigung von Hormontherapien oder Operationen als auch durch die Sensibilisierung des Personals mit Fortbildungen und speziellen Schulungen. Oftmals fühlen sich trans\*Menschen unsicher und unwohl, wenn eine Namensänderung noch nicht legalisiert wurde und somit im Falle eines Notfalls unangenehme Situationen für Patient\*in und Rettungsdienst entstehen durch die Verwendung inkorrekt Pronomen (misgendern) und falschen Namen (Deadnames). Zudem können bei minderjährigen Personen die Eltern eine bedeutsame Rolle bei der Vermittlung an den Rettungsdienst darstellen, abhängig davon, ob diese ihr Kind im Transitionsprozess unterstützen und somit das gewählte Geschlecht und die korrekte Ansprache des Kindes beim Rettungsdienst verwenden. Insbesondere in der Notfallmedizin sollte ein sicherer Umgang mit transidenten Menschen zum Schutz vor Diskriminierung und Unwohlsein im Gesundheitswesen (Brod 2024).

Die Verwendung des korrekten Namens sowie des Wunschgeschlechts sollte ebenso im ambulanten sowie stationären Bereich etabliert werden, um eine sichere Umgebung zu schaffen. Oft spielt dabei Stigmatisierung noch eine bedeutende Rolle. Bei transidenten Menschen wird oftmals der Aspekt der Vulnerabilität nicht beachtet, was zu negativen Erfahrungen sowie gewissen Erwartungshaltungen, Ängsten und Vermeidungsstrategien führt. Beispielsweise werden in der Gynäkologie häufig nur heterosexuelle, cisgeschlechtliche Frauen berücksich-

tigt, hingegen lesbische Frauen, trans\*Männer sowie nichtbinäre Personen mit Vulva oft vergessen werden und durch die Feminisierung der Gynäkologie „verschreckt“ werden. Begrifflichkeiten wie „Frauenarzt“ oder die Thematisierung von Menstruation im ausschließlich weiblichen Kontext verunsichert nicht nur Personen, welche ebenso davon betroffen sein können wie trans\*Männer. Trans\*Frauen, welche zu der Personengruppe gehören, welche zwar durch den Begriff „Frau“ inkludiert werden, haben keinen persönlichen Bezug zur beispielsweise Menstruation.

Ebenso ist die Begrifflichkeit „Minority Stress“ oder zu Deutsch Minoritätenstress ein Grund für die Stressfaktoren für Minderheitsgruppen wie transidente Menschen im Gesundheitssystem. Hierbei wird von einer Marginalisierung im gesundheitlichen Kontext gesprochen, was insbesondere Diskriminierung und Stigmata verdeutlichen. Es werden sowohl die Barrieren in der Gesundheitsversorgung als auch erhöhte gesundheitliche Risiken bei trans\*Personen im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Menschen hervorgehoben (Amelung 2019, S. 85 ff).

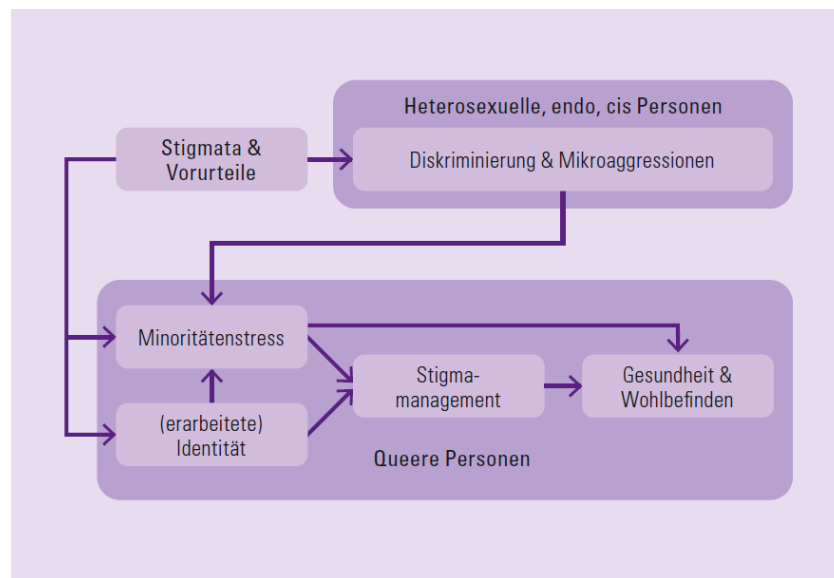


Abbildung 7: Der Einfluss von Minoritätsstress und Stigmatisierung auf queere Menschen  
Quelle: Hackbart (2020), S. 83

Abbildung 7 veranschaulicht den Minoritätenstress von queeren Menschen, welcher sich durch Stigmatisierung und Vorurteile negativ auf ihre Gesundheit sowie ihr Wohlbefinden auswirkt. Beispielsweise ist das Risiko eines Suizidversuchs sowie die Prävalenz von Depressionen bei transidenten Menschen deutlich erhöht im Vergleich zu Cisgender Personen aufgrund der schlechteren psychischen Gesundheit durch Diskriminierungserfahrungen oder des negativen Selbstbildes (Hackbart 2020, S. 83-85).

Ein bedeutsamer Schwerpunkt ist ebenso die Aktualität der Leitlinien in Bezug auf Transidentität. Leitlinien teilen sich in drei Kategorien auf – S1 für Handlungsempfehlungen sowie S2 und S3 als bedeutsame Wahrnehmung. Leitlinien gelten als Orientierung für medizinisches Personal und werden regelmäßig durch transparente, wissenschaftliche Recherche aktualisiert. Abbildung 8 beleuchtet dazu die Systematik von Leitlinien, unterschieden nach Rang und Bedeutung (AWMF, Stufenklassifikation nach Systematik).


<b>S3</b>	<b>Evidenz- und Konsensusbasierte Leitlinie</b>	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung	
<b>S2e</b>	<b>Evidenzbasierte Leitlinie</b>	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur	
<b>S2k</b>	<b>Konsensusbasierte Leitlinie</b>	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung	
<b>S1</b>	<b>Handlungsempfehlungen von Expertengruppen</b>	Konsensfindung in einem informellen Verfahren	

Abbildung 8: Systematik von Leitlinien in Deutschland

Quelle: AWMF Stufenklassifikation nach Systematik

Im Jahr 1997 wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), die Akademie für Sexualmedizin und die Gesellschaft für Sexualwissenschaft eine S3-Leitlinie entworfen, welche Entscheidungen über die Behandlung, Diagnostik und Begutachtung bei transidenten Menschen beinhaltet. Dabei wird in der Begutachtung der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) miteinbezogen, welcher in der Beurteilung sowie im Prozess der Übernahme von Kosten benötigt wird und über die Voraussetzungen wie Dauer von psychotherapeutischer Behandlung, Durchführung eines Alltagstests und endokrinologische Voraussetzungen wie eine Hormontherapie entscheidet.

Die Schwerpunkte der Leitlinien wurden mehrfach bereits kritisiert, da ein psychosozialer Fokus hinsichtlich des Wohlbefindens fehlt. Beispielsweise nimmt nicht jede trans\*Person eine Hormontherapie in Anspruch, da der Leidensdruck unabhängig von einer medikamentösen Behandlung vorherrschen kann. Die aktuelle Leitlinie mit dem Status S3 “Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und trans\*-Gesundheit: Diagnostik, Beratung und Behandlung” wurde im Jahr 2018 in das Leitlinienregister aufgenommen sowie publiziert und inklu-

diert einen psychosozialen Fokus hinsichtlich der Geschlechtsinkongruenz (Nieder 2019, S. 70). Ebenso werden trans\*Personen außerhalb des binären Spektrums in die Leitlinie mitaufgenommen und ein Alltagstest sowie Psychotherapie gelten als Empfehlungen anstatt Verpflichtungen (Hackbart 2020, S. 95). In der Leitlinie werden Schwerpunkte wie die Sensibilisierung von medizinischem Personal diverser Fachrichtungen, der Faktor Diskriminierung, Barrieren und Grenzen des Gesundheitssystems sowie Individualität und Offenheit in der Beratung fokussiert (Ulfers 2021, S. 194-199).

Diese Leitlinien helfen bei der Verbesserung des Wohlbefindens von trans\*Menschen in der Allgemein-, Palliativ-, Kinder- und Jugendmedizin und in spezialisierten Fachrichtungen wie Endokrinologie und Gynäkologie als auch Urologie. Die Schwerpunkte liegen dabei bei der Offenheit der Ärzt\*innen sowie des medizinischen Personals, um Berührungsängste und Verunsicherungen zu vermeiden und die Sensibilisierung zu unterstützen. Defizite sind bereits in der Ausbildung des Fachpersonals aufzufinden. Insbesondere Studierende der Humanmedizin und Psychologie sollten bereits früh über Gendermedizin und Transidentität im gesundheitlichen Kontext der Curricula aufgeklärt werden. Aber auch in der Altenpflege sollte das Personal sensibilisiert werden, um Diskriminierung und Ausgrenzung zu verhindern. Ein großer Fokus liegt jedoch in der Kinder- und Jugendmedizin aus Sicht der Betroffenen, sowohl deren Angehörigen als auch in der Perspektive der Ärzt\*innen. Denn durch Vermeidungs- und Verhinderungsstrategien aus Handlung der Psychiater\*innen oder Psychotherapeut\*innen, welche nicht ausreichend sensibilisiert sind, erhöht sich der Leidensdruck der betroffenen Kinder und Jugendlichen durch Verzögerungen im Transitionsprozess. Insbesondere die Vergabe von Hormonblockern kann im jungen Alter das Passing von transidenten Menschen verbessern und den Leidensdruck durch die Verzögerung von körperlichen Veränderungen in der Pubertät verringern. Entscheidend dabei ist die Unterstützung von Eltern und Familie der Minderjährigen. Das soziale Umfeld spielt eine bedeutsame Entscheidung im Transitionsprozess von Kindern und Jugendlichen (Hackbart 2020, S. 126-131).

Weiterhin ist eine spezialisierte Versorgung hinsichtlich Psychotherapie, Endokrinologie sowie phoniatriischer Diagnostik und Interdisziplinarität entscheidend. Individualität und der Fokus auf das Kindeswohl sollten dabei beachtet werden. Zusätzlich wurden Vorschläge für die trans\*Inklusion in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen entwickelt. Eine mögliche Frage könnte beispielsweise lauten: „Es gibt junge Menschen, die sich nicht ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht zugehörig oder wohl fühlen. Ist das bei dir auch ein Thema?“ (Bos 2022, S. 142). Dies soll als Hilfestellung zur Öffnung zum sozialen Umfeld und als Chance

zur Annäherung der Thematik gesehen werden, da im jungen Alter oftmals noch kein Kontakt zu dieser entsteht und trans\*Kinder ihr Empfinden hinsichtlich ihres Geschlechts nicht einsortieren oder erklären können (Bos 2022, S. 139-142).

Eine von vielen strukturellen Barrieren im Umgang mit trans\*Menschen ist die Thematik von trans\*Männern, welche eine Schwangerschaft vollziehen, sowohl auf gesellschaftlicher als auch rechtlicher Ebene. Zur Geburt gelten trans\*Männer auf der Geburtsurkunde sowie im Register mit ihrem Deadname und als „Mutter“ ihres Kindes anstelle des Vaters registriert. Zusätzlich werden alle Menschen, die ein Kind gebären, mit dem Mutterschutz konfrontiert, obwohl auch nichtbinäre Menschen neben Cisgender Frauen und trans\*Männern ein Kind gebären können. Ähnliches gilt ebenso im Adoptionsverfahren, bei dem trans\*Menschen zusätzlich diskriminierende Hindernisse wie die Verwendung des Deadnames und das zur Geburt zugewiesene Geschlechts. Trans\*Frauen werden beispielsweise als „Väter“ anstatt einer Mutter dokumentiert (Rewald 2019, S. 187–199). Der rechtliche, diskriminierungsfreie Umgang mit trans\*Menschen auf der Ebene der trans\*Elternschaft erweist sich als Herausforderung hinsichtlich bürokratischer Hürden, ähnlich der Anerkennung als nichtnormative Elternschaft wie auch bei anderen queeren Eltern.

### 3.2.2 Perspektiven der trans\*Forschung

Neben den Defiziten im Gesundheitssystem gegenüber transidenten Menschen ist ebenso eine unproportionale Differenz zwischen Forschung über cis- und trans\*Menschen wahrzunehmen. Beginnend mit der Erfassung von Forschungsdaten über transidente Menschen, insbesondere im Bereich Public Health sowie epidemiologischer Forschung. Hierzu werden eine Vielzahl an Forschungslücken und gesundheitlichen Herausforderungen wahrgenommen durch den Mangel an Sichtbarkeit von trans\*Menschen (Sauer 2017, S. 239–252; Pöge et al. 2020, S. 1-30). Beispielsweise sind die Mehrzahl an Fragebögen an Cisgender Personen gerichtet, gelegentlich wird bei der Frage des Geschlechts neben weiblich oder männlich auch divers als optionale Merkmalsausprägung angegeben. Zwischen trans\*maskulin oder trans\*feminin wird aus Kapazität und Gleichgültigkeit im Forschungsmanagement selten unterschieden. Eine Unterscheidung ist abhängig vom Forschungsinteresse und der Fallzahlgröße beziehungsweise der Anzahl an Proband\*innen. Eine Nicht-Differenzierung zwischen cis und trans\* kann zur Exklusion von trans\*Menschen durch beispielsweise die Annahme von Falschaussagen in der Datenauswertung führen. Im Beispiel eines Fragebogens über Schwan-

gerschaften werden jegliche Daten von Männern gelöscht und nicht ausgewertet, da die Annahme besteht, dass Männer keine Schwangerschaft durchlaufen können. Dadurch werden trans\*Männer systematisch exkludiert.

Eine Herausforderung ist demnach die Gestaltung des Fragebogens zur Inklusion aller Geschlechter. Dabei könnten neben der Abfrage des biologischen Geschlechts ebenso die Geschlechtsidentität und geschlechtsangleichende Maßnahmen abgefragt werden. Im Falle einer Studie über Herzinfarktsymptome sollte beispielsweise zwischen trans\*Frauen mit und ohne Hormontherapie unterschieden werden, um mögliche Unterschiede in Abhängigkeit von endokrinologischen Unterschiedlichkeiten zu erfassen. In der Kinder- und Jugendmedizin besteht der Forschungsbedarf über kontrollierte Längsschnittstudien hinsichtlich der Vergabe von Hormonblockern und deren Wirkungseffizienz. Dabei könnte ein Forschungsdesign durch Kontrollgruppen aussagekräftige Ergebnisse über den Einfluss von Hormonblockern auf Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter bei Gesundheitsforschung über transidente Menschen unterstützen (Nos et al. 2020).

In der Praxis spielt dabei Sensibilisierung eine entscheidende Rolle, um möglichst keine Falschaussagen oder „Missings“ in der Datenerfassung durch Angst vor Diskriminierung aus Sicht der Befragten zu erhalten. Aus rechtlicher Sicht ist die Erfassung von Daten über trans\*Menschen ebenso eine Herausforderung, wenn diese noch keine Namens- und Personenstandsänderung durchlaufen haben. Auf Fragebögen und weiteren Papieren kommt es daher oft zu Misgendering oder Verwendung des Deadnames, was Unwohlsein und Unsicherheit bei transidenten Menschen aufgrund der meist unbeabsichtigten Diskriminierung auslöst.

Forschungsschwerpunkte bei Transgender-Forschung liegen, ähnlich wie im gesundheitlichen Kontext des Versorgungssystems, insbesondere in der Auswirkung von Diskriminierung und auf der Wahrnehmung von Barrieren. Sensibilisierung des Fachpersonals hat nicht nur einen positiven Einfluss im Gesundheitssystem, sondern auch im Forschungsbereich. Eine große Forschungslücke stellt zudem die Forschung rund um HIV und weitere sexuell übertragbare Krankheiten, die Reproduktionsmedizin als auch Psychosomatik dar (Safer 2021). Ebenso sind die Diagnostik und Behandlung von minderjährigen, transidenten Menschen eine große Debatte. Als Risiko für eine Detransition (Rückkehr zum geburtszugewiesenen Geschlecht) gilt häufig eine falsche Diagnostik auf Grundlage der Fehlbetrachtung von Kontraindikationen wie einer Dissoziativen Identitätsstörung (DIS), Depressionen oder Schizophrenie. Die vorherrschende geringe Evidenz stellt sich als Hürde in der Kinder- und Jugendmedizin dar und kann nicht ausreichend Belege für dauerhaft schädliche Nebenwirkungen, wie beispiels-

weise eine verringerte Knochendichte durch Hormontherapien bei Kindern und Jugendlichen, nachweisen (Deutsches Ärzteblatt 2023, Pubertätsblocker; Friedrich 2023).

Zugang zu transidenten Menschen zur Partizipation von Transgender-Studien ist durch Diskriminierungserfahrungen und damit verbundenen Ängsten oft erschwert. Des Öfteren wird eine Teilnahme aufgrund von Unsicherheit verwehrt. Dazu muss ein sicherer Raum für transidente Menschen geschaffen werden. Zudem kann die Anzahl an Studienteilnehmenden maßgeblich höher sein, wenn im Forschungsteam transidente Menschen vorhanden sind und die Proband\*innen im Vorhinein darüber informiert werden. Dies unterstützt das Wohlbefinden und verringert die Angst vor Falschinformationen oder Diskriminierungserfahrungen.

Die Stigmatisierung und das Defizit an Aufklärung zeigen sich beispielweise in der Thematik der Inklusion von trans\* Menschen bei den Olympischen Spielen. Im Jahr 2024 fanden diese in Frankreich statt und eröffneten wiederholt die Debatte, ob und inwiefern trans\* Frauen am sportlichen Wettkampf mit cisgeschlechtlichen Frauen fair teilnehmen können. Im Mittelpunkt der Sommerspiele 2024 stand die Boxerin Imane Khelif aus Algerien. Die Olympiasiegerin für Gold wurde einer enormen Welle an Vermutungen über ihre Geschlechtsidentität, ihrem Chromosomensatz und endokrinologischen Werten ausgesetzt, da sie im Äußerlichen primär männlich erscheint und als trans\* Frau oder intergeschlechtliche Person und nicht weiblich genug „beschuldigt“ wurde. Am Beispiel von Imane Khelif zeigt sich das Übermaß an Diskriminierung und Sexismus auf Grundlage von optischen Erscheinungen, dem Einfluss von Normen der binären Geschlechter sowie Unwissen der breiten Masse. Die algerische Boxerin stand durch die Popularität der Olympischen Spiele in der medialen Öffentlichkeit, welche eine Debatte aus aller Munde erzeugte. Die Integration transspezifischer Regelungen an Olympischen Wettkampf wurde aus Fairness und als vermeintlicher Schutz für Cisgender Frauen durchgesetzt, schränkt jedoch letztlich nicht nur trans\* Frauen ein. Die Kontrolle von Testosteron-Werten wurde 1967 eingeführt, nachdem eine Begutachtung der primären Geschlechtsorgane aufgehoben wurde. Wie sich ein Leistungsvorteil durch erhöhte Testosteronwerte bei Frauen im Wettkampf darstellt, ist wissenschaftlich noch nicht ausreichend erforscht (Simon 2024).

Ähnliches lässt sich auf politischer Ebene in Ländern wie den Vereinigten Staaten von Amerika betrachten, wo zunehmende Diskriminierung gegenüber queeren Menschen und eine Unterdrückung von trans\* Personen auf rechtlicher Ebene zu beobachten sind. Inwiefern trans\* Menschen geschützt und vom Gesetz unterstützt werden, ist abhängig von ihrer Lokalisation und dem Bundesstaat, dem sie angehören. In den USA variieren Gesetze je nach Staat

und der politischen Einstellung der Bundesstaatsleitung (Taylor 2024, S. 511-533). Beispielsweise wurden durch die Republikaner diverse Gesetze zur Einschränkung oder Zensur queerer Sichtbarkeit in Büchern oder der Schutz vor queerfeindlicher Gewalt in Schulen durchgesetzt. Die Transfeindlichkeit zeigt sich weiterhin hin durch vermeintlichem Schutz vor Sexualisierung gegenüber Kindern durch den Bann von LGBT\*-Aufklärung oder Drag-Shows. Ebenso vervielfachen sich die Komplikationen der medizinischen Rechte wie eine Hormontherapie oder geschlechtsangleichende Operationen für Minderjährige sowie Erwachsene in den USA. In mehreren Bundesstaaten wurden Toilettengesetze an Schulen verabschiedet, welche die biologische Zuordnung der Geschlechter verpflichten (Brand 2023). Weiterhin zeigt die Prävalenz an transfeindlichen Übergriffen, Gewalt und Todschatlag gegenüber trans\*Menschen wie auch Suiziden, die miserable Lage der Rechte und Sicherheit von trans\*Menschen, das an dieser Stelle nochmals die Relevanz von Entstigmatisierung und Sensibilisierung bekräftigt (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, trans\*; BVT\* 2024).

## 4. Resümee

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf gendermedizinischen Aspekten der Erkrankungen ADHS sowie Endometriose, neben dem Einfluss von Geschlechternormen auf trans\*Gesundheit und trans\*Forschung. Die Beantwortung der Forschungsfrage „Inwiefern beeinflussen gesellschaftliche Normen zur Geschlechterdiversität die Implementierung gendermedizinischer Ansätze?“ folgt einschließlich einer Zusammenfassung der eben genannten Kernthemen.

Geschlechtersensible Medizin basiert auf der Grundlage, dass physiologische, soziale und Umweltfaktoren unterschiedliche Behandlungen zwischen den Geschlechtern aufgrund ihrer Diversität erfordern. Dies zeigt sich in diversen Fachgebieten der Humanmedizin wie der Kardiologie, Pharmakologie oder Endokrinologie. Diese Diversität wurde aus der historischen Perspektive über einen langen Zeitraum von mehreren Jahrhunderten sehr spät aufgegriffen, wobei dessen Ignoranz nun als ausschlaggebende, kausale Ursache für den „Gender Data Gap“ betrachtet wird. Dabei spielen sowohl die feministische Theorie zur Differenzierung der Binarität als auch der Minoritätsstress für queere Menschen eine bedeutsame Rolle. Die Dominanz der männlich-basierten Medizin in der anfänglichen Forschung hatte zur Folge, dass die Symptomatik, Diagnostik sowie Therapie von Erkrankungen einen männlichen Standard entwickelten, welcher sich nicht auf alle Geschlechter übertragen lässt. Gendermedizin stellt sich als eine wichtige Intervention der Humanmedizin heraus, da der menschliche Körper komplex, vielfältig und nicht rein männlich ist. Neben dem aktuellen „Gender Data Gap“ beleuchtet insbesondere der „Gender Health Gap“ die Hegemonie des männlichen Standards. Durch das zunehmende Aufsehen der Gendermedizin in der internationalen sowie deutschen Forschung an medizinischen Instituten und Universitäten steigen das Interesse und die Inklusion von genderspezifischer Medizin ebenso in der Hochschullehre.

Im Vordergrund der Arbeit liegen die Erkrankungen Endometriose und die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störung, welche die Bedeutsamkeit von geschlechtersensibler Medizin veranschaulichen. Anhand der Prävalenz von ADHS im Kindes- und Jugend-, als auch im Erwachsenenalter lässt sich ein deutliches Defizit in der Diagnostik von ADHS hinsichtlich des weiblichen Geschlechts feststellen. Mädchen und junge Frauen werden seltener und oftmals erst im Erwachsenenalter diagnostiziert, aufgrund der Überdiagnostik von Jungen mit verhaltensauffallenden Symptomen und der Diversitätssymptomatik zwischen Mädchen und Jungen. Die unzureichende Diagnostik ist ebenso bei der chronischen gynäkologischen Erkrankung Endometriose zu beobachten. Hierbei mangelt es nicht lediglich an der Diagnostik durch aty-

pische Symptome, sondern auch an der Behandlung von Endometriose. Durch die Forschungslücke bietet sich eine geringe Anzahl an Therapieformen für Betroffene an. Zu den wichtigsten Faktoren der Verminderung der Forschungslücke und Unterdiagnostik von ADHS bei Frauen sowie Endometriose zählen die Sensibilisierung und Aufklärung der Erkrankungen, die Entstigmatisierung und eine Anpassung der Diagnostikkriterien.

Im Zentrum der Arbeit steht weiterhin der Einfluss von Geschlechternormen auf trans\*Menschen auf der Forschungsebene sowie im Gesundheitswesen. Der hauptsächliche Aspekt der Hürden von verbesserter trans\*Gesundheit erweist sich als die Diskriminierung von trans\*Personen, welche sich beispielsweise in Stigmatisierungsmustern offenbart. Entstigmatisierung durch Sensibilisierung spielt bei der Bekämpfung von Diskriminierungserfahrungen eine entscheidende Rolle. Hierzu empfiehlt sich die Aufklärung von Fachpersonal in Schulungen oder spezialisierten Fortbildungen sowie die Inklusion von trans\*Forschung in universitären Curricula. Große Meilensteine der Entstigmatisierung von trans\*Menschen in Deutschland sind die Anpassung der Leitlinien mit Einbezug von psychosozialen Faktoren in der Diagnostik im Jahr 2018 sowie der Umschwung vom ehemaligen Transsexuellengesetz aus dem Jahr 1980 zum aktuellen Selbstbestimmungsgesetz im Jahr 2024. Zu Barrieren gehören aktuell noch die Selbstbestimmung in der Pädiatrie hinsichtlich der Vergabe von Hormonen, die Inklusion von trans\*Menschen in Studien sowie die Anpassung von Fragebögen.

Die Implementierung genderspezifischer Medizin stellt sich als eine Herausforderung in diversen Teilgebieten dar, anhand der historischen Entwicklung der humanmedizinischen Forschung und den Bias des männlichen Geschlechts. Die Entwicklung dieser einseitigen Norm beeinflusste insbesondere die Erstellung von Fragebögen, die Auswahl von Forschungsthemen und die Anzahl an Studienteilnehmer\*innen sowie im Gesundheitswesen die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen. Weiterhin stellen sich die mangelnde Seriosität von Patientinnen und sexistische Vorurteile sowie Einstellungen als eine Herausforderung dar.

Das Defizit an Sensibilisierung und Aufklärung zeigt sich beispielsweise im Rhythmus der Anpassung von Leitlinien. Gesellschaftliche Normen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Offenheit von Menschen. Weiterhin ist die Anpassung der Systematik des Gesundheitssystems ein langsamer Prozess, welcher abhängig von der gesellschaftlichen Bedeutsamkeit ist. Ebenso veranschaulicht die Systematik im sportlichen Wettkampf, wie bei den Olympischen Spielen 2024, den aktuellen Umgang mit geschlechtlicher Diversität sowie die Bedeutsamkeit von Sensibilisierung, Aufklärung und zunehmender Forschung.

Forschungsbedarf ergibt sich weiterhin in der Inklusion und Sichtbarkeit von geschlechtersensiblen Frageformulierungen in quantitativen Studien hinsichtlich der Erstellung von Fragebögen wie auch in weiteren genderspezifischen Forschungsthemen. Wünschenswert wäre die Untersuchung des Leistungsvorteils im Sport durch hormonelle Diversität oder Studien über Faktoren, die die Sensibilisierung und Aufklärung über LGBT\* international unterstützen. Ebenso stellt sich die Frage, inwiefern politische Einflüsse auf trans\*- und gendermedizinische Forschung einwirken oder wie sich der „Gender Health Gap“ zukünftig verringern lässt. Aus soziologischer Perspektive lassen sich gewiss einige Thesen vermuten, inwieweit die neuen Generationen durch ihre vermutlich zunehmende Offenheit und Diversität den Forschungsbedarf über Gendermedizin neu gestalten.

## 5. Literatur- und Quellenverzeichnis

Amelung, Till Randolph (2019): Mehr Gesundheit für trans\*Menschen – wo ist Behandlungsbedarf? In: A. Naß, S. Rentzsch, J. Rödenbeck, M. Deinbeck, M. Hartmann (Hg.), Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans\* und intergeschlechtlichen Menschen, Psychosozial-Verlag: Gießen.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes: Über Diskriminierung. trans\*.

<https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/diskriminierungsmerkmale/geschlecht-und-geschlechtsidentitaet/trans/trans-node.html> (Stand 03.01.2025)

Antidiskriminierungsstelle des Bundes: Frau – Mann - Divers: Die „Dritte Option“ und das AGG.

<https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/lebensbereiche/arbeitsleben/dritte-option/dritte-option-node.html> (Stand: 03.01.2025)

AOK (2024): Intersexualität: Was ist das? [Intersexualität: Was ist das?](#) (Stand: 05.01.2025)

ATOS Kliniken (2020): Frauen, Zyklus und Sport — ein lange verkanntes Thema. Ausgabe 36. ATOS Gruppe GmbH & Co. KG, München.

AWMF; Nieder, Dr. Timo O.; Strauß, Prof. Dr. Bernhard (2023): Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V., Berlin.

Benagiano, Giuseppe; Brosens, Ivo; Lippi, Donatella (2014): The history of endometriosis. Gynecol Obstet Investigation.

Beser, Amanda (2024): Das Chamäleon der Gynäkologie. Endometriose Vereinigung Deutschland e.V., Leipzig.

BMBF (2024): Bekanntmachung.

<https://www.bmbf.de/SharedDocs/Bekanntmachungen/DE/2024/07/2024-07-12-Bekanntmachung-Gender-Health-Gap.html>. (Stand: 05.01.2025)

BMFSJ (2024): Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG).

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/queerpolitik-und-geschlechtliche-vielfalt/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sbgg--199332> (Stand: 05.01.2025)

- Bos, Sascha et al. (2022): Trans\*Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In: pädiatrische praxis (2022). Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach.
- Brand, Katrin (2023): Transgender-Debatte in den USA. Tagesschau, Hamburg.  
<https://www.tagesschau.de/ausland/amerika/transgender-debatte-100.html>. (Stand 05.01.2025)
- Brod, Torben (2024): trans\*Personen in Notaufnahme und Rettungsdienst. Notaufnahme up2date. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Bundesministerium für Gesundheit. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/aufmerksamkeitsdefizitsyndrom.html>. (Stand: 03.01.2025)
- BVT\* (2024): Presseerklärung des BVT\*. Trans Day of Remembrance 2024 – Trans\*feindlichkeit tötet – Gedenken an die Opfer von Gewalt und Diskriminierung. Bundesverband Trans e.V, Berlin.
- BZgA (2021): ADHS. Symptome, Diagnose, Behandlung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Deutsches Ärzteblatt (2016): Warum Herzinfarkte bei Frauen anders verlaufen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.
- Deutsches Ärzteblatt (2023): Digitalisierung: Genderbias in Daten muss beendet werden. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.
- Deutsches Ärzteblatt (2023): Pubertätsblocker: Debatte um Transitionstherapie. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.
- Deutsches Rotes Kreuz: Herzinfarkt. [Herzinfarkt - Symptome & Erste Hilfe - DRK e.V.](#) (Stand: 03.01.2025)
- dgti\* (2021): Genderbread-Person. <https://dgti.org/2021/09/14/genderbread-maennchen/> (Stand: 03.01.2025)
- dgti\* (2021): Zahlenspiele. <https://dgti.org/2021/08/12/zahlenspiele/>. (Stand 03.01.2025)
- Di Lego, Vanessa (2023): Uncovering the gender health data gap. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- DKG (2017): Gendermedizin: Frauen überleben schwere Herzinfarkte seltener als Männer. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. German Cardiac Society, Mannheim/München.

- Dorn, Christoph; Jacobeit, Jens W. (2017): CME – Geschlechtsinkongruenz, Transsexualismus/Transidentität. Springer Medizin Verlag, Berlin.
- DosReis, Susan et al. (2010). Stigmatizing Experiences of Parents of Children With a New Diagnosis of ADHD. Psychiatric Services 61. American Psychiatric Association, Virginia.
- Endometriose Vereinigung (2023): Was ist Endometriose? <https://www.endometriose-vereinigung.de/was-ist-endometriose/>. (Stand: 03.01.2025)
- Endometriosis Worldwide March. Nezhat Family Foundation. <https://endomarch.org/> (Stand: 03.01.2025)
- Fehm, Tanja; Burhgaus, Stefanie; Küpker, Wolfgang (2016): Endometriose – häufig spät erkannt und eine komplexe therapeutische Herausforderung! In: Diedrich et al. (2024) Die Gynäkologie. Springer Medizin Verlag, Berlin.
- Friedrich, Florian (2023): Detransition - Stellt sie trans\*Identität in Frage? <https://www.psychotherapie-salzburg.de/transidentitaet-transsexualitaet-und-trans-das-schreckgespenst-der-detransition-psychologische-hilfe-beratung-und-psychotherapie-in-salzburg> (Stand: 03.01.2025)
- Gemmati, Donato et al. (2019): “Bridging the Gap” Everything that Could Have Been Avoided If We Had Applied Gender Medicine, Pharmacogenetics and Personalized Medicine in the Gender-Omics and Sex-Omics Era. International Journal of Molecular Sciences, Basel.
- Gender Treff e.V.: Geschichte. <https://gendertreff.de/definition/geschichte/>. (Stand: 03.01.2025)
- Gorenoi, Vitali et al. (2021): Geschlechtsspezifische Unterschiede von Arzneimittelwirkungen. DAHTA Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, Köln.
- Grobe, Thomas G. (2017): Regionale Unterschiede von ADHS-Diagnoseraten in Krankenkassendaten 2005 bis 2015. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Springer Verlag, Berlin.
- Guo, Congyu (2024): Specific Impairments and Challenges in Women with ADHD. Journal of Education, Humanities & Social Sciences, Sapporo.
- Hackbart, Marcel et al. (2020): Gesunde Vielfalt pflegen. Waldschlösschen Verlag, Göttingen.
- Hänsel, Silvia (2006): „Transsexualität“ in der Antike? Über den Geschlechtswechsel bei Ovid und Diodorus von Sizilien. Humboldt-Universität Berlin, Berlin.

- Helbig, Martina; Vesper, Anne-Sophie; Beyer, Ines; Fehm, Tanja (2021): Hat die Ernährung einen Einfluss auf die Endometriose? Universitätsklinikum Düsseldorf. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- Hormonspezialisten (2023): Sexualhormone. <https://www.hormonspezialisten.de/sexualhormone/>. (Stand: 05.01.2025)
- Hübscher, Evianne (2016): Non-binäres Geschlecht. nonbinary.ch. <https://www.nonbinary.ch/non-binaeres-geschlecht/>. (Stand: 05.01.2025)
- Kaminskas, Raimundas; Darulis, Zilvinas (2007): Peculiarities of medical sociology: application of social theories in analyzing health and medicine. Medicina, Kaunas.
- Kautzky-Willer, Alexandra (2014): Gendermedizin. Geschlechtsspezifische Aspekte in der klinischen Medizin. Springer Verlag, Berlin.
- Koentges, Christa; Werden, Rita; Matthies, Swantje (2024): Diagnose und Behandlung der ADHS bei Frauen. Springer Medizin Verlag, Berlin.
- Kok, Francien M. et al (2020): The female side of pharmacotherapy for ADHD—A systematic literature review. Public Library of Science, San Francisco.
- Lpb-bpb (2024): Diversity und Gender Mainstreaming. Für eine vielfältige Gesellschaft. <https://www.lpb-bw.de/diversity>. (Stand: 03.01.2025)
- Mettler, Prof. Dr. Liselotte; Schmutzler, Dr. Andreas (2007): Endometriose. In: Diedrich et al. (2007): Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. Auflage. Springer Medizin Verlag Heidelberg, Heidelberg.
- Neuy-Lobkowitz, Dr. Astrid (2024): Leben mit ADHS. In: Pflege Kolleg (06/2024): Heilberufe. Springer Pflege Verlag, Berlin.
- Nieder, Timo O.; Strauß, Bernhard (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- Nos, Andrea L. et al. (2020): Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Manchester.
- Padiath, Quasar S. (2023): Gene und Chromosomen. University of Pittsburgh, Pittsburgh.
- Paulzen, Michael; Habel, Ute; Schneider, Frank (2017): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (F90) im Erwachsenenalter. In: Schneider, Frank (2017):

- Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2. Auflage. Springer Medizin Verlag, Berlin.
- Pöge, Kathleen et al. (2022): Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Pöge, Kathleen et al. (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Regitz Zagrosek, Vera (2023): Gendermedizin in der klinischen Praxis. Für Innere Medizin und Neurologie. Springer Verlag, Berlin.
- Retz-Junginger, Petra et al. (2008): Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. In: Nervenarzt (2008). Springer Medizin Verlag, Berlin.
- Rewald, Sascha (2019): Elternschaft von trans Personen. Trans Eltern zwischen rechtlicher Diskriminierung, gesundheitlicher Unterversorgung und alltäglicher Herausforderung. In: Appenroth, Max Nicolai; Castro Varela, María do Mar (2019): Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Roy, Dr. Mandy (2014): Stigmatisierung der ADHS. DNP – Die Neurologie und Psychiatrie. Springer Medizin Verlag, Berlin.
- Rüsch, Nicolas; Angermeyer, Matthias C.; Corrigan, Patrick W. (2005): Das Stigma psychischer Erkrankungen: Konzepte, Formen und Folgen. Universität Freiburg. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- Safer, Joshua D. (2021): Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. The Journal of Clinical Investigation, Michigan.
- Sauer, Arn; Güldenring, Annette (2017): Die Gesundheitsversorgung für Trans\*-Männlichkeiten. Stand, Bedarfe, Empfehlungen. In: Stiftung Männergesundheit, Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Schenke, Leon (2023): #EndEndoSilence. <https://endendosilence.de/>. (Stand: 03.01.2025)
- Silbermayr, Ernst (2016): Trans-Identitäten. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Simon, Veronika (2024): Intergeschlechtlichkeit im Leistungssport. Zu "männlich" für den Frauensport? <https://www.tagesschau.de/wissen/intersexualitaet-sport-olympia-100.html>. Tagesschau, Hamburg. (Stand: 05.01.2025)

- Speerforck, Sven et al. (2021): Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults: A Population Survey on Public Beliefs. *Journal of Attention Disorders*. Band 25. Sage Publishing, Thousand Oaks (Kalifornien).
- Surmann, Hanna; Kiesel, Ludwig (2023): Endometriose – eine systematische Erkrankung? Universitätsklinikum Münster. Springer Medizin Verlag, Berlin.
- Taylor, Jami et al. (2024): American Federalism: A Blessing and a Curse for Transgender Rights. In: *Publius: The Journal of Federalism*. Band 54. Oxford University Press, Oxford.
- Ulfers, Rainer; Fobian, Clemens (2021): Jungen und Männer als Betroffene sexualisierter Gewalt. Springer VS, Wiesbaden.
- Von Versen-Höynck, Frauke (2024): Aktualisierung der Endometriose-Leitlinie. Springer Medizin Verlag, Berlin.
- West, Candace; Fenstermaker, Sarah (1995): *Doing Difference*. Gender & Society.

## 6. Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, Lyn Luca Berlin, Matrikel-Nr, 221201015

Studiengang: Soziologie, Kommunikations- und Medienwissenschaften

- a. dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe;
- b. dass die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht sind;
- c. dass ich die vorliegende Arbeit (oder Teile der Arbeit) nicht käuflich erworben habe;
- d. dass die Arbeit bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde;
- e. dass ich mich als Studierende\*r der Universität Rostock den „[Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Rostock](#)“ verpflichtet fühle;
- f. meine Kenntnis davon, dass **Plagiate** eine Täuschung und ein schwerwiegender Verstoß gegen § 3 Abs. 2 Nr. 2a. der o.g. „[Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis](#)“ sind. Unter einem Plagiat versteht man hiernach die „Verletzung geistigen Eigentums in Bezug auf ein von jemand anderen geschaffenes geschütztes Werk oder von anderen stammende wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse, Hypothesen, Lehren oder Forschungsansätze durch die Übernahme von Texten, Ideen oder Daten anderer ohne eine eindeutige Kenntlichmachung des Urhebers.“
- g. meine Kenntnisnahme davon, dass meine Arbeit gemäß § 12 Abs. 7 und 8 RPO-Ba/Ma und § 17 Abs. 9 und 10 RPO-LA einer **Plagiatsprüfung** unterzogen werden kann.

Mir ist bekannt, dass eine Prüfungsleistung, die nachweislich ein Plagiat darstellt, prüfungsrechtlich eine Täuschung ist und mit „nicht ausreichend“ (5,0) beziehungsweise „nicht bestanden“ bewertet wird. Ich weiß, dass die Aufdeckung eines Plagiatsfalles dem Prüfungsausschuss gemeldet wird und mit meinem Ausschluss von der Erbringung weiterer Prüfungsleistungen geahndet werden kann. Dies kann zur Folge haben, dass ich mein Studium nicht fortführen kann.

Für die eventuelle elektronische Überprüfung im Plagiatsverdachtsfall reiche ich eine digitale Version der vorliegenden schriftlichen Arbeit bei dem\*der Prüfer\*in ein.

Während der Anfertigung dieser Arbeit wurden Elicit und LanguageTool als KI verwendet, zur Literaturrecherche und Rechtschreibprüfung. Nach Verwendung des Tools / Dienstes wurden die Inhalte überprüft und, wenn erforderlich, bearbeitet. Lyn Luca Berlin übernimmt die volle Verantwortung für den Inhalt der abgelegten Arbeit.

Rostock, 15. Januar 2025 L. Berlin