

Wer ist lesbisch und schwul?

Kritische Überlegungen zu sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität in gesundheitswissenschaftlichen Studien

Alex Müller

Beitrag zur Veranstaltung »Aktuelle Beiträge zur Medizin- und Gesundheitssoziologie« der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie

Einführung

Meine empirische Arbeit der letzten Jahre hat sich über zwei Disziplinen und Erkenntnistheorien erstreckt. Zum einen arbeite ich als empirische Forscherin in den Gesundheitswissenschaften; zum anderen ist mein Verständnis und meine Datenauswertung geprägt von kritischen soziologischen Herangehensweisen zur Wissensproduktion und zu Geschlechterwissenschaften.

In diesem Beitrag versuche ich, beide Herangehensweisen in den Dialog treten zu lassen. Hierfür verweise ich auf empirische Beispiele, die auf einem aktuellen Forschungsprojekt beruhen. Dieses Projekt ist eine Kollaboration mit 23 NGOs im südlichen und östlichen Afrika, mit denen wir mehr als 3500 Personen befragt haben, die sich als lesbisch, schwul, bisexuell und transgender* (LSBT*) identifizieren – als nicht cis-hetero im weitesten Sinne. Im Rahmen einer breitangelegten, komparativen Studie befragten wir Menschen nach ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen, nach ihren Erfahrungen mit Gewalt und wir fragten sie nach ihrem psychischen Wohlergehen, spezifisch um Depression, Angstzustände, Suizidalität und Substanzgebrauch zu untersuchen.

Ich möchte diesen Beitrag als Gelegenheit nutzen, um einige der grundlegenden Herausforderungen, die sich im Laufe der Datenerhebung und -auswertung in diesem Projekt ergeben haben, zu durchdenken und zu diskutieren. Wie Kath Browne (2008) fand ich mich in einem unmöglichen ‚Double-Bind‘ wieder, zwischen „Selling My Queer Soul or Queering Quantitative Research“.

Quantitative Forschung zu sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität und Gesundheit

Quantitative Studien zur „LGBT-Gesundheit“ sind in den letzten 10 Jahren rasch angestiegen. Diese Studien, die vorwiegend in den USA und in Europa durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass LSBT* Personen mit besonderen gesundheitlichen Problemen konfrontiert sind, die auf Marginalisierung, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität zurückzuführen sind. In einer kürzlich veröffentlichten Übersicht über die globale Forschung zur Gesundheit von Transgender Personen wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass Transgender Frauen im Vergleich zu allen Erwachsenen weltweit 48-mal häufiger mit HIV infiziert sind (Baral et al. 2013).

Vergleichende, quantitative Studien aus den Gesundheitswissenschaften haben außerdem gezeigt:

- dass LSBT* Menschen ein höheres Risiko für Gewalterfahrungen haben, im Vergleich zu cisgender-heterosexuellen Menschen (Blondeel et al. 2018);
- dass LSBT* Menschen die Gesundheitsfürsorge häufiger verweigert wird, oder dass sie in Gesundheitseinrichtungen diskriminierend behandelt werden (Müller 2017);
- dass LSBT* Menschen ein höheres Maß an Depressionen, Angststörungen und Suizidalität haben, im Vergleich zu cisgender-heterosexuellen Populationen (Plöderl, Tremblay 2015);
- dass lesbische und bisexuelle Frauen, im Vergleich zu heterosexuelle Frauen, weniger häufig gesundheitliche Präventionsangebote wahrnehmen und häufiger Gebärmutterhalskrebs haben (Eliason 2014).

Eine wegweisende Studie in den USA legt weiterhin dar, dass diskriminierende Gesetze und Richtlinien (zum Beispiel die Nichtanerkennung von gleichgeschlechtlichen Partner*innen in Kranken- oder Lebensversicherungen, oder die rechtliche Nichtanerkennung gleichgeschlechtlicher Beziehungen) die Gesundheit von LSBT* Menschen negativ beeinträchtigen und ihre Lebenserwartung um bis zu 7 Jahre reduzieren (Hatzenbuehler et al. 2014). Diese Ergebnisse liefern wichtige Argumente für die rechtliche und institutionelle Gleichstellung von LSBT* Menschen, sowie für eine gut-informierte und nicht-diskriminierende Gesundheitsversorgung. Gesundheitswissenschaftliche, quantitative Studien können daher eine wichtige Rolle in politischer Interessensvertretung spielen.

In den Gesundheitswissenschaften gibt es keine etablierte quantitative Methode um sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zu erfassen. Viele Public Health Studien verwenden eine oder mehrere Proxy-Variablen, auf deren Basis dann Kategorien zu sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität erstellt werden:

- Tonda Hughes (2005), zum Beispiel, basiert ihre Einschlusskriterien auf Selbstidentifikation ihrer Teilnehmenden („lesbische Frau“). Dies bedeutet zum einen, dass Menschen mit nicht-konventioneller sexueller Orientierung, die sich allerdings nicht mit diesen Begriffen identifizieren (zum Beispiel Frauen in heterosexuellen Beziehungen, die auch Sex mit anderen Frauen haben), nicht in die Studie aufgenommen werden. Zum anderen bedeutet dies, dass die Geschlechtsidentität der Teilnehmenden nicht erfasst wird. Damit geht man davon aus, dass alle Teilnehmenden cisgender sind, kann es aber eigentlich nicht mit Sicherheit sagen.
- In vielen gesundheitswissenschaftlichen Studien hat es sich etabliert, Teilnehmende auf der Grundlage ihres sexuellen Verhaltens aufzunehmen („Männer, die Sex mit Männern haben“ (engl. *men who have sex with men*; MSM), und „Frauen, die Sex mit Frauen haben“ (engl. *women who have sex with women*; WSW), siehe zum Beispiel Sandfort et al. 2015). Dies soll sicherstellen, dass Teilnehmende unabhängig von ihrer sexuellen Identität in Studien aufgenommen werden, was besonders für Studien zur Prävalenz von sexuell übertragbaren Krankheiten von

Nutzen ist (siehe zum Beispiel Baral et al. 2009). Kritiker dieser Herangehensweise zeigen allerdings auf, dass die Nichterfassung der Geschlechtsidentität (wie schon im vorherigen Beispiel) die falsche Annahme zur Folge hat, dass MSM Studienpopulationen alle cisgender sind. Wie Poteat et al. (2017) in einer weitergehenden Auswertung einer großangelegten „men who have sex with men“ Studie eindrucksvoll aufzeigten, waren 20 Prozent der Teilnehmenden Transgender Frauen.

- In Studien speziell mit Transgender Personen werden die Teilnehmenden auf der Grundlage ihres Geschlechts eingeschlossen, aber Informationen über ihre sexuelle Orientierung werden oftmals nicht erfasst. Des Weiteren unterscheiden viele Studien mit Transgenderpopulationen nicht zwischen Transgender Frauen und Transgender Männern, und oftmals ist es unklar, ob und wie Personen, die keine binäre Geschlechtsidentität haben, in diese Studien eingeschlossen sind.

Kritische Perspektiven zu quantitativer Forschung und Sexualität

Gleichzeitig müssen wir uns auch bewusst sein, dass wir durch quantitative Kategorisierungen neue Normativitäten schaffen. Judith Butler (1990) erinnert uns daran, dass Identitätskategorien immer auch Regulierungssysteme darstellen, selbst wenn diese Identitätskategorien für politische und emanzipatorische Zwecke verwendet werden. Sie fragt uns: „Ist die Konstruktion der Kategorie von Frauen als kohärente und stabile Subjekte eine ungewollte Regulierung und Verdinglichung von Geschlechterverhältnissen?“ Eine solche skeptische Ambivalenz gegenüber der Ausrufung und Herstellung sexueller Identitäten hat schon Michel Foucault gezeigt, als er warnte, dass die Selbstbenennung, zum Beispiel die Verwendung von ‚Labels‘ und Identitäten, um sich selbst zu definieren, unser soziales und sexuelles Verhalten reguliert. Einfacher ausgedrückt: Sobald wir uns als hetero-/homosexuell identifiziert haben, zwingt uns diese Identifikation dazu, unsere Wünsche, Verhaltensweisen und sozialen Beziehungen entsprechend zu regulieren.

Zu Recht stehen viele queere Gruppen der quantitativen Forschung mit tiefem Misstrauen gegenüber. Dies kommt zum Ausdruck in dem folgenden Zitat, in dem Warner quantitative Forschung als das Gegenteil von emanzipatorischer, queerer Forschung postuliert:

„This leads us to a second queer heuristic, that it must qualitatively account for its object of inquiry. This is not because of an implicit phobia of numbers, but because any attempt to quantify homosexuals, heterosexuals, etc., assumes a commonality between the individual's desires and lives that is suspect. Qualitative approaches have a better chance of accounting for queer experiences in the same terms as the actual people living these experiences. This is the most liberatory knowledge of all, because it speaks directly to the experience of the oppressed“ (Warner 2008, S.334–335).

Trotz dieser wohlberechtigten Kritik machen quantitative Forschungsergebnisse LSBT* Menschen in politischen Räumen ‚sichtbar‘ – dies ist wichtig, da in der staatlichen Ressourcenverteilung für Gesundheit und Gewaltprävention, wie für alle Ressourcenverteilungen eine Politik der Anerkennung im Spiel ist. Quantitative Gesundheitsforschung zur Gesundheit von LSBT* Menschen nimmt momentan enorm zu. Dies ist zum einen durch eine zunehmende Finanzierung solcher Forschung bedingt, zum anderen aber auch durch einen erhöhten Bedarf an Forschungsergebnissen für LSBT*-Interessenvertreter und Gesundheitsorganisationen.

Vor diesem Spannungsfeld und Hintergrund erarbeite ich in meinem Beitrag eine queer-theoretische Reflektion zu einem empirischen quantitativen Forschungsprojekt. Ich beziehe mich auf eine transnationale empirische Studie an der ich, zusammen mit Projektpartner*innen aus 23 Nicht-regierungsorganisationen, in den letzten vier Jahren gearbeitet habe. Die Studie erfasst Gesundheitsstatus und Gewalterfahrungen von LSBT* Menschen. Ein zentrales Anliegen dieser Studie war daher, anatomisches Geschlecht (engl. *sex*), Geschlechtsidentität (engl. *gender*) und sexuelle Orientierung dezidiert und nuanciert quantitativ zu erfassen. Meine Reflektion in diesem Beitrag zeigt zwei spezifische Schritte in quantitativer Arbeit auf, in denen sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität de- und rekonstruiert werden: die Erfassung durch Fragen in Fragebögen, und die Erstellung von Kategorien für die statistische Datenauswertung.

Kategorien de- und rekonstruieren: Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität erfassen

Browne (2008) zeigt auf, dass die Kategorisierung von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität in quantitativen Studien in zwei entscheidenden Schritten erfolgt. Die erste Kategorisierung erfolgt durch die Fragestellungen, mit denen Studienteilnehmenden auf Fragebögen nach ihrer sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität gefragt werden. In diesem Prozess bitten die Wissenschaftler*innen die Teilnehmenden, ihre Sexualität und Geschlechtsidentität innerhalb der vorgegebenen Kategorien eines Fragebogens zu definieren. Die zweite Kategorisierung erfolgt, wenn Wissenschaftler*innen die erfassten Daten statistisch ‚säubern‘, und in diesem Prozess einige Teilnehmenden neu kategorisieren, um bestimmte Variablen zu erstellen, die die Auswertung von Untergruppen ermöglichen. Wissenschaftler*innen erstellen, zum Beispiel, eine Kategorie von „lesbischen Frauen“, um Daten zur Prävalenz von Erfahrungen sexueller Gewalt von lesbischen Frauen zu analysieren. Basierend auf den Antworten zu sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität im Fragebogen muss hierfür definiert werden, wer eine „Frau“ ist, und wer „lesbisch“ ist, und dies muss für die Kategorie „lesbische Frau“ kombiniert werden.

Fragebogenerstellung

Wir haben sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität durch zwei zusammengesetzte Variablen erfasst, und dabei zwischen *sex*, *gender* und Sexualität bewusst unterschieden (Butler 1990). Bei der Sexualität unterschieden wir zwischen Anziehung, Verhalten und Identität.

Um ‚sexuelle Orientierung‘ zu erfassen, stellten wir folgende Fragen:

- 1) Emotionale Anziehung (Antwortmöglichkeiten: Frauen, Männer, Transfrauen, Transmänner, nicht binäre Personen).
- 2) Sexuelle Anziehung (Antwortmöglichkeiten: Frauen, Männer, Transfrauen, Transmänner, nicht binäre Personen);
- 3) Sexualpartner*innen im vergangenen Jahr (Antwortmöglichkeiten: Frauen, Männer, Transfrauen, Transmänner, nicht binäre Personen);
- 4) Sexualpartner*innen zu Lebzeiten (Antwortmöglichkeiten: Frauen, Männer, Transfrauen, Transmänner, nicht binäre Personen);
- 5) Sexuelle Identität (*sexual orientation*) (Antwortmöglichkeiten: lesbisch, schwul, bisexuell, hetero, asexuell, andere (bitte angeben));

Für die Variable ‚Geschlechtsidentität‘ stellten wir folgende Fragen:

- 1) Geschlechtsidentität (*gender identity*) (Antwortmöglichkeiten: Frau, Mann, Transfrau, Transmann, nicht binäre Person, andere (bitte angeben));
- 2) Geschlecht, das bei Geburt festgelegt wurde (*sex assigned at birth*) (Antwortmöglichkeiten: weiblich, männlich, anderes);
- 3) Geschlecht, das in staatlich-ausgegebenen Dokumenten festgelegt ist (*gender recorded in legal documents*) (Antwortmöglichkeiten: weiblich, männlich, anderes, keine Dokumente)

Dies bedeutete, dass wir den Teilnehmenden eine weite Anzahl an Fragen und Antwortmöglichkeiten gaben, um sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität so nuanciert wie möglich zu erfassen. Wie aus den Fragen ersichtlich ist, erfassten wir sowohl sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität der Teilnehmenden. In Tabelle 1 fasse ich die Antworten zu den Fragen zu sexueller und Geschlechtsidentität zusammen und zeige die große Vielfalt an Identitäten auf. Auffallend sind hier vor allem die Teilnehmenden, deren sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität bisherige Annahmen von Minderheitenstatus aufgrund von entweder sexueller Orientierung (lesbische, bisexuelle, schwule Menschen, die cisgender sind) oder Geschlechtsidentität (transgender Menschen, deren sexuelle Orientierung nicht erfasst wird) problematisieren: zum Beispiel sechs lesbische und fünf bisexuelle Transfrauen, sowie 53 nicht binäre Personen verschiedenster sexueller Orientierungen.

Tabelle 1: Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten der südafrikanischen Studienpopulation

Sexuelle Orientierung	Geschlechtsidentität							TOTAL
	Frau	Mann	Transfrau	Transmann	Nicht binär	Andere	Fehlend	
Lesbisch	163	10	6	5	12	3	1	200
Bisexuell	53	59	5	4	5	0	1	127
Schwul	8	283	18	4	9	2	2	326
Heterosexuell	6	10	40	11	3	0	0	70
Asexuell	1	1	4	1	4	2	0	13
Queer	10	1	2	4	8	4	0	29
Pansexuell	9	1	3	4	9	2	0	28
„Transgender“*	2	1	8	5	1	1	0	18
Andere	10	2	0	1	2	5	0	16
Fehlend	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	262	368	86	39	53	19	5	832

* „Transgender“ ist hier als sexuelle Orientierung angeführt, da es von Studienteilnehmenden wiederholt als Freitextantwort zur Frage nach der sexuellen Orientierung genannt wurde. Den Widerspruch, eine Geschlechtsidentität als sexuelle Orientierung anzugeben, weise ich aus, indem ich die Antwort hier in Anführungsstriche setze.

Entscheidungen über Fragen zur Gewinnung von Informationen zur sexuellen Orientierung und zur geschlechtsidentitätsbezogenen Identität sind besonders komplex in postkolonialen Kontexten, in denen westliche (euro-amerikanische) Vorstellungen von LSBT* nicht unbedingt die historischen, sozialen und politischen Selbstbenennung der Menschen reflektieren (Epprecht 2004). Für Gesundheitsforschung zu sexueller Orientierung und geschlechtsidentitätsbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten in diesen Kontexten muss zwischen der Notwendigkeit unterschieden werden, in LGBT-Kategorien zur kontextübergreifenden komparativen Forschung zu „kategorisieren“, und gleichzeitig sicherzustellen, dass die verwendete Terminologie und Kategorien von den Teilnehmenden verstanden werden und Bedeutsamkeit haben. Dies werde ich nun anhand eines Beispiels aus unserer kenianischen Arbeitsgruppe näher erläutern.

Trotz unserer Bemühungen, umfassende und leicht verständliche Fragen zu stellen, um Informationen über sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zu erhalten, verstanden die Teilnehmenden diese Fragen nicht notwendigerweise. Bei einem Treffen mit der kenianischen Arbeitsgruppe in Nairobi diskutierte ich dies über mehrere Stunden mit den NGO Partner*innen und den Feldforschungsassistent*innen, die die Datenerhebung durchgeführt hatten. Die Feldforschungsassistent*innen waren besorgt, dass viele Teilnehmende Schwierigkeiten hatten, die Fragen zur sexuellen Orientierung zu beantworten, und diese Schwierigkeiten noch grösser wurden bei den die Fragen zur Geschlechtsidentität. In ihrer Erfahrung war es für einige Teilnehmende nicht ersichtlich, was der Unterschied zwischen sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität war, und welche der gegebenen Antwortmöglichkeiten zur sexuellen und Geschlechtsidentität ihr Selbstverständnis widerspiegelte. Meine Feldnotizen fassen die die Diskussion zusammen:

Fieldworkers say that one of the biggest challenges was that research participants did not know the difference between sexual orientation and gender identity – fieldworkers and research coordinators needed to educate at the same time as administering the questionnaire, and, at times, participants' answers about their sexual orientation and gender identity had to be revised once *participants developed a better understanding of sexual orientation and gender identity in the course of answering the questionnaire* (Feldnotizen Alex Müller, Nairobi, 18. Mai 2017).

Kath Browne (2008, S.4.4) warnt uns, dass „whilst gender theorists may have deconstructed categories of gender often rendering male and female fluid and mutable, the presumption that wider LGBT populations have engaged with these deconstructions is problematic“. Diese Warnung ist in meinen Feldnotizen reflektiert: unsere Teilnehmenden haben nicht dieselbe Kenntnis, dasselbe Verständnis von Geschlechtsidentität, und daher Schwierigkeiten, unsere Fragen zu beantworten. Die Feldforschungsassistent*innen reagierten darauf, indem sie den Teilnehmenden im Verlaufe der Datenerhebung gleichzeitig unser Verständnis von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität näherbrachten, damit die Teilnehmenden unsere Fragen zufriedenstellend beantworten können. Hierdurch haben die Feldforschungsassistent*innen während der Datenerhebung genau die Kategorien zur sexuellen Orientierung und zur Geschlechtsidentität konstruiert, die sie messen sollten. Warner nennt dies „die Realität durch den Forschungsprozess herstellen“: „When we name a population to investigate, when we operationalize practices and behaviours, [...] we are manufacturing a reality that follows from the questions we are asking“ (Warner 2004, S.335).

Rekonstruktion der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität: das statistische ‚Säubern‘ von Daten

Für eine statistische Datenauswertung müssen im Regelfall zwei Bedingungen erfüllt sein:

- 1) Eine angemessene Gruppengröße, um die Wahrscheinlichkeit von zufälligen Beobachtungen zu verringern. Je grösser die Gruppe, in der eine Prozentzahl von Menschen ein gewisses Merkmal zeigt, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, dass es eine zufällige Beobachtung ist. Zum Beispiel: Wenn ich zehn wahllos ausgewählte Personen auf der Straße frage, und neun von ihnen sind Rechtshänder*innen, könnte dies ein Zufall sein. Wenn aber 1000 Menschen befragt werden und 900 sind Rechtshänder, ist es weniger wahrscheinlich, dass die 90 Prozent Rechtshänder eine zufällige Beobachtung ist;
- 2) Eine Gruppengröße, die dieselbe ist, wie die Gruppengrößen von existierenden Studien, damit die Ergebnisse vergleichbar sind. Zum Beispiel: Wenn jemand anderes geschätzt hat, wie viele Rechtshänder es gibt, und ich meine Ergebnisse mit denen vergleichen möchte,

ist es wichtig, dass wir beide eine möglichst genaue Definition von Rechtshändigkeit haben, andernfalls zählen wir nicht dieselben Leute in unseren Studien. Wenn ich also sage: „Rechtshänder sein bedeutet, dass Sie Ihre linke Hand nicht zum Schreiben verwenden können“, und die andere Person sagte: „Rechtshänder bedeutet, dass Sie nur mit der rechten Hand essen“, wird es einige Leute geben, die laut meiner Definition Rechtshänder sind, aber nicht nach der Definition der anderen Person.

Wie bereits einführend erwähnt, gibt es momentan keine uniforme Definition für sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung. Dies ist eine erhebliche Einschränkung in der Vergleichbarkeit von Ergebnissen zwischen verschiedenen Studien. Frühere Studien geben uns Ergebnisse für „lesbische“ oder „sexual minority“ Frauen (ohne Erwähnung der Geschlechtsidentität, zum Beispiel Eliason 2014), „Frauen, die Sex mit Frauen haben“ (ohne Erwähnung der Geschlechtsidentität, zum Beispiel Sandfort et al. 2015), „Transgender-Frauen“ (ohne Erwähnung der sexuellen Orientierung, zum Beispiel Nemoto et al. 2011) usw.

Die Diversität in sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, die in Tabelle 1 abgebildet ist, stellte uns vor einige Herausforderungen für unsere statistische Auswertung. Einige der Untergruppen waren sehr klein (zum Beispiel vier bisexuelle Transmänner). Wir mussten daher Kategorien erstellen, die in unserer statistischen Datenauswertung verwendet werden sollten, und wir beschlossen, die Ergebnisse nach sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität zu disaggregieren. Tabelle 2 zeigt, wie wir unsere zusammengesetzten Variablen (‚sexuelle Orientierung‘ und ‚Geschlechtsidentität‘), basierend auf den detaillierten Fragen, definiert haben.

Tabelle 2: Kategorien von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität

Kategorie	Inklusionskriterien
Sexuelle Orientierung	
Lesbisch	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Identität=lesbisch • Geschlechtsidentität=cis Frau & sexuelle Identität=‘gay‘ • Geschlechtsidentität=Transfrau & sexuelle Identität=‘gay‘ & Sexualpartner*innen im vergangenen Jahr=Frauen (cis oder trans) • Geschlechtsidentität=Transmann & sexuelle Identität=‘gay‘ & Sexualpartner*innen im vergangenen Jahr=Frauen (cis oder trans) • Geschlechtsidentität=Frau (cis oder trans) & sexuelle Identität=heterosexuell & Sexualpartner*innen im vergangenen Jahr=nur Frauen (cis oder trans)
Bisexuell	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Identität=bisexuell
Schwul	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechtsidentität=Mann (cis oder trans) & sexuelle Identität=schwul • Geschlechtsidentität=nicht binär & sexuelle Identität=schwul • Geschlechtsidentität=Transmann & sexuelle Identität=schwul & Sexualpartner*innen im vergangenen Jahr=Männer (cis oder trans) • Geschlechtsidentität=Mann (cis oder trans) & sexuelle Identität=heterosexuell & Sexualpartner*innen im vergangenen Jahr=nur Männer (cis oder trans)
„Non-normative“	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Identität=andere • Keine binäre Geschlechtsidentität, daher keine eindeutige sexuelle Orientierung bestimmbar

Geschlechtsidentität	
Cisgender Frauen	• Geschlechtsidentität=Frau & Geburtsgeschlecht=weiblich
Cisgender Männer	• Geschlechtsidentität=Mann & Geburtsgeschlecht=männlich
Transgender Frauen	• Geschlechtsidentität=Transfrau • Geschlechtsidentität=Frau & Geburtsgeschlecht=männlich
Transgender Männer	• Geschlechtsidentität=Transmann • Geschlechtsidentität=Mann & Geburtsgeschlecht=weiblich
Nicht binäre Personen	• Geschlechtsidentität=nicht binär

Die Klassifizierung in die Kategorien lesbisch, bisexuell und schwul war nur dann problemlos möglich, wenn die Kombination der Antworten unserer Teilnehmenden durch die Matrix *sex/ gender/ Sexualität* verständlich waren. Dies funktionierte, wenn die Kombination der Antworten innerhalb der Normen lag, die dem westlichen Verständnis von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität eigen sind. Beispiele hierfür sind:

- Eine Cisgender-Frau, die sich als lesbisch identifiziert und nur mit Frauen Sex hat (=lesbisch);
- Ein Transgender-Mann, der sich als heterosexuell identifiziert und Sex mit Frauen hat (=heterosexuell);
- Ein Cisgender-Mann, der sich als schwul identifiziert und Sex mit Männern hat (=„schwul“).

Unser momentanes Verständnis von sexueller Orientierung ist von einem binären Verständnis von Geschlecht abhängig (Better, Simula 2015). Das bedeutet, dass wir ohne ein binäres Geschlechtskonzept die sexuelle Orientierung nicht bestimmen können. Menschen, deren sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität nicht in dieses binäre Verständnis fällt, werden unverständlich. Beispiele hierfür sind:

- Eine nicht-binäre Person, die sich zu einer anderen nicht-binären Person hingezogen fühlt und mit ihr Sex hat;
- Eine Transgender Frau, die sich als lesbisch identifiziert und nur mit Männern Sex hat.

Im ersten Fall widersetzt sich die Person der konventionellen Einordnung als ‚heterosexuell‘, ‚schwul‘ oder ‚lesbisch‘, da wir ihre Geschlechtsidentität nicht direkt in Kontrast mit einer binären Geschlechtsidentität setzen können. Im zweiten Fall widersetzt sich die Person der konventionellen Logik des *sex/gender/Sexualität* Rahmens, indem ihre Selbstbestimmung im Kontrast zu ihrem Sexualverhalten steht.

In Fällen, in denen wir die sexuelle Orientierung einer Person aufgrund der Kombination ihrer selbstidentifizierten sexuellen Orientierung und ihrer Geschlechtsidentität nicht verständlich machen konnten, nahmen wir die Fragen zu Sexualpartner*innen und emotionaler und sexueller Anziehung hinzu (siehe Tabelle 2), um diese Teilnehmenden in eine Kategorie zu weisen, die sie am besten repräsentiert. Es gab einige Teilnehmende, deren Daten sich auch mit diesen zusätzlichen Informationen der Kategorisierung widersetzten. Solche Teilnehmende werden in quantitativen Studien oft als ‚Sonstige‘ zusammengefasst. Browne (2008) zeigt auf, dass in Studien zu sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität diese ‚Sonstigen‘ oft diejenigen sind, deren Identität am meisten außerhalb der Norm liegt: sie entsprechen weder der heteronormativen Vorstellung von binäre Geschlechtsidentität

mit gegengeschlechtlicher Anziehung, noch entsprechen sie einer homonormativen Vorstellung von klar einordbaren sexuellen Orientierungen durch binäre Geschlechtsidentitäten. Um dieses sichtbar zu machen, haben wir Teilnehmende, die wir nicht in die konventionellen Kategorien von sexueller Orientierung einordnen konnten, in eine neue Kategorie (*„non-normative“*) eingeordnet. Diese neue Kategorie machte 14 Prozent (oder 114) unserer Studienteilnehmenden aus. In den anderen Kategorien sahen wir 40 Prozent schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben; 24 Prozent lesbische Frauen und andere Frauen, die Sex mit Frauen haben; und 15 Prozent bisexuelle Teilnehmende. Sieben Prozent waren heterosexuell (dies waren alles Teilnehmende mit transgender oder nicht-binärer Geschlechtsidentität).

„The queerest of them all“: die Kategorie ‚sonstige‘

Better und Simula (2015, S.668) warnen uns, dass eine solche Eliminierung der Margen bedeutende Erkenntnisse verschleiern kann. Um dies zu verhindern, fordern sie einen Forschungsansatz, der es Individuen ermöglicht, ihre sexuelle Orientierung selbst zu definieren, um die Komplexität sexueller und geschlechtsspezifischer Identitäten weiterhin erfassen zu können (Better, Simula, 2015, S.679). Die Teilnehmenden in unserer Studie, die sich selbst als ‚Sonstige‘ definiert hatten, und die wir nicht anhand des gerade beschriebenen Prozesses neu kategorisieren konnten, blieben in einer ‚Sonstige‘ Kategorie. Wie Browne (2008) beschreibt, ist dies die Kategorie mit den meisten nicht-normativen Teilnehmenden.

Oftmals wird die Gruppe der ‚Sonstigen‘ nicht in die Datenauswertung einbezogen – entweder weil sie in die Hauptkategorien (lesbisch, bisexuell, schwul) mit aufgenommen wurde, oder weil sie als nicht belangreich gewertet wird. Um die ‚Sonstigen‘ bewusst sichtbar zu machen, entschlossen wir uns, die Daten unserer Gruppe von ‚Sonstigen‘ in der Untergruppe *„non-normative“* auszuwerten. Im Vergleich zu den konventionellen sexuellen Orientierungen zeigte die *non-normative* Gruppe bedeutende Unterschiede, auf die ich im Folgenden am Beispiel von sexualisierter Gewalt aufzeigen werde. Im Vergleich zu lesbischen, bisexuellen und schwulen Studienteilnehmenden hatten Teilnehmende, die als *non-normative* kategorisiert wurden, die höchste Prävalenz an Erfahrungen von sexualisierter Gewalt (Abbildung 1): 66 Prozent, zwei Drittel der Teilnehmenden mit non-normativer sexueller Orientierung, hatten im Laufe ihres Lebens Erfahrungen von sexualisierter Gewalt gemacht. Der Unterschied zu lesbischen Teilnehmenden (42 Prozent), bisexuellen Teilnehmenden (48 Prozent) und schwulen Teilnehmenden (44 Prozent) war statistisch signifikant ($p < 0.05$).

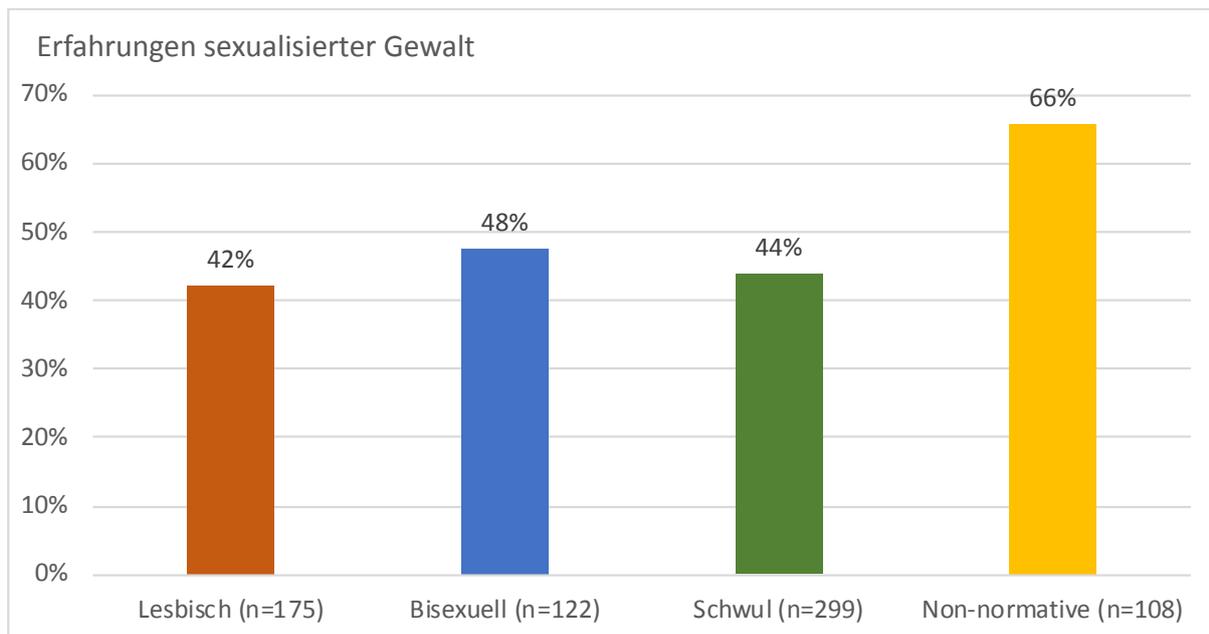


Abbildung 1: Prävalenz von sexualisierter Gewalt

Unsere Ergebnisse legen nahe, dass Menschen mit non-normativer sexueller Orientierung am stärksten von der gewaltsamen Durchsetzung von Heteronormativität in der Gesellschaft betroffen sind – und daher noch mehr als lesbische, bisexuelle und schwule Menschen von sexualisierter Gewalt betroffen sind. In Studien, die sich auf Lesben, Bisexuelle oder Schwule konzentrieren, werden diese Teilnehmenden jedoch nicht gezeigt oder nicht gezählt.

Die queere ‚non-normative‘ Kategorie erinnert uns daran, dass „das aktuelle geschlechtszentrierte Modell der sexuellen Orientierung bestimmte Arten von Identifikationen einschränkt“ (Better, Simula 2015, S.667). Wenn wir in statistischen Auswertungen eine Kategorie nicht-normativer sexueller Orientierung einbeziehen, ist dies ein Versuch, solche nicht-normativen sexuellen Orientierungen nicht in den konventionellen sexuellen Orientierungen (lesbisch, bisexuell, schwul) zu vereinheitlichen.

Fazit

Queere Kritiken beabsichtigen, normalisierende Praktiken sowohl in heterosexuellen als auch in schwulen und lesbischen Mainstreams aufzuzeigen (Seidman 1997, S.140). In diesem Beitrag habe ich erarbeitet, wie empirische quantitative Forschungsprozesse in der Gesundheitsforschung LSBT*-Identitäten operationalisieren und reduzieren.

Auf der Grundlage von Browne (2008) argumentiere ich, dass bestimmte Kategorien und Identitäten durch die Prozesse des Fragebogenentwurfs, der Datenerhebung und der statistischen Datenaufbereitung (neu) erstellt werden, und damit die Daten funktionsfähig werden. Dies führt zu Untergruppen, die statistisch zuverlässig miteinander verglichen werden können. Ein großer Teil unserer Teilnehmenden passte sich in diese Kategorien ein und stand damit im Mittelpunkt der Studie.

Indem sie bei den Fragen zu sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität „Sonstiges“ ankreuzten, hatten unsere Teilnehmenden die Möglichkeit, sich dem konventionellen binären Verständnis zu entziehen. Im Verlauf der oben beschriebenen Kodierung und Neukategorisierung wurden einige dieser Teilnehmenden in die „Mainstream“-Gruppen (lesbisch, bisexuell, schwul) subsumiert. Ich argu-

mentiere, dass durch diese Eliminierung der Margen, durch quantitative, statistische Datenverarbeitungsprozesse, die Kategorien lesbisch, schwul und bisexuell homogenisiert wurden. Ohne eine spezifische eigene Kategorie für *non-normative* sexuelle Orientierung werden Teilnehmende, die nicht in diese konventionellen Kategorien passen, im Laufe der Datenauswertung unsichtbar gemacht. Wie ich am Beispiel von sexualisierter Gewalt aufzeige, bedeutet dies, dass gerade diejenigen, die besondere gesundheitliche Bedürfnisse haben, in der aktuellen Forschung zum Teil nicht erfasst werden.

Literatur

- Baral, Stefan. et al. 2009. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One*, 4: e4997.
- Baral, Stefan et al. 2013. Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases* 13:214–222.
- Better, Alison und Brandy Simula. 2015. How and for whom does gender matter? Rethinking the concept of sexual orientation. *Sexualities* 18:665–680.
- Blondeel, K. et al. 2018. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 96:29–41.
- Browne, Kath. 2008. Selling My Queer Soul or Queering Quantitative Research? *Sociological Research Online* 13:1–15.
- Butler, Judith. 1990. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. London: Routledge.
- Eliason, Michele. 2014. Chronic physical health problems in sexual minority women: Review of the literature. *LGBT Health* 1:259–268.
- Epprecht, Marc. 2004. *Hungochani: The History of a Dissident Sexuality in Southern Africa*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Hatzenbuehler, Mark et al. 2014. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science and Medicine* 103:33–41.
- Hughes, Tonda. 2005. Alcohol use and alcohol-related problems among lesbians and gay men. *Annual Review of Nursing Research* 23:283–325.
- Müller, Alex. 2017. Scrambling for access: Availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights* 17: 6.
- Nemoto, Tooru, Bödeker, Birte und Iwamoto, Mariko. 2011. Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American Journal of Public Health* 101:1980–1988.
- Plöderl, Martin und Pierre Tremblay. 2015. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry* 27:367–385.
- Poteat, Tonia et al. 2017. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: A cross-sectional analysis. *PLoS Medicine* 14:1–17.
- Sandfort, Theo et al. 2015. Histories of forced sex and health outcomes among Southern African lesbian and bisexual women: A cross-sectional study. *BMC Women's Health* 15(1).
- Seidman, S. 1997. *Difference Troubles: Queering Social Theory and Sexual Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.