

Über das Potenzial ‚aner kennender Umsichtigkeit‘ zur Auflösung epistemischen Ungleichgewichts in der Patient*in-Mediziner*in-Beziehung

Felix Lene Ihrig (Wien)

We are indoctrinated to a world that teaches us ideology, not compassion.

The focus has been on comprehension, not compassion.

– Alok Vaid-Menon¹

Den dominierenden gesellschaftlichen Fokus auf den Versuch des geistigen Verstehens anstatt des Mitfühlens monierte nicht nur Alok Vaid-Menon beim Besuch im *Man Enough*-Podcast, auch im medizinischen Kontext wird diese Diskrepanz immer wieder diskutiert. Eine Gruppe Menschen, die regelmäßig von anderen mit deren scheiternden Versuchen des Verstehens konfrontiert wird, sind Menschen, deren Geschlecht nicht dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen entspricht, oder deren Auftreten mit diesem nicht konform geht. Der von Alok Vaid-Menon vorgeschlagene Perspektivenwechsel vom geistigen Verstehen zum Mitfühlen bezog sich vorrangig auf den alltäglichen Umgang mit eben jenen trans und gender-non-konformen Personen und wurde nur wenige Tage nach Ausstrahlung des Podcasts viral auf Social Media geteilt.² Doch was könnte ein solcher Perspektivenwechsel für die medizinische Versorgung bedeuten? Wie können Mediziner*innen und Patient*innen, ob gender-konform oder nicht, davon profitieren? Auf Basis der Vorstudie meines Dissertationsprojekts habe ich erste Hinweise gesammelt, um diese Fragen zu beantworten, welche ich im Folgenden vorstellen und in weiteren Projektschritten vertiefen werde.

1 Alok Vaid-Menon: The Man Enough Podcast. The Urgent Need for Compassion. In: *Man Enough* (26. Juli 2021). <https://manenough.com/alok/> (8.7.2023).

2 Vgl. Jo Yurcaba: ‘Are you ready to heal?’: Nonbinary activist Alok Vaid-Menon deconstructs gender. In: *NBC News* (29. Juli 2021). <https://www.nbcnews.com/nbc-out/out-news/are-ready-heal-nonbinary-activist-alok-void-menon-deconstructs-gender-rcna1544> (14.4.2023).

Compassion – eine Haltung zwischen Anerkennung, Empathie und Mitleid

Wo im Englischen auf den Begriff *compassion* zurückgegriffen wird, entsteht im Deutschen die Frage, ob der Fokus mehr auf Leiden, Fühlen oder Anerkennen liegen soll. In jedem Fall handelt es sich um ein Miteinander, eine Form des Verstehens, welche weniger geistig vollzogen werden kann als affektiv, im Austausch mit und Einlassen auf das Gegenüber. Für Ekstrom steht *compassion* in einem Naheverhältnis zu Mitleid, im Sinne eines Bewusstseins für das Leiden anderer, jedoch in klarer Abgrenzung zur moralisierenden oder geringschätzenden Haltung, welche im Begriff ‚Mitleid‘ mitschwingt.³ Laut Ekstrom steht *compassion* daher dem Begriff ‚Respekt‘ deutlich näher, denn darin schwingt eine achtende, wertschätzende und aufmerksame Haltung mit. Nicht nur im Deutschen liegt hier der Vergleich mit dem Begriff ‚Empathie‘ nahe, doch dieser fokussiert laut Ekstrom deutlicher den Aspekt des Austauschs und der Augenhöhe mit dem Gegenüber. Die Kombination all jener Aspekte ist es, die für Ekstrom ausschlaggebend ist, damit *compassion* zu einer wesentlichen Eigenschaft einer*s ‚guten Mediziner*in‘ wird. Eine genaue Definition von *compassion* im medizinischen Kontext ist jedoch äußerst schwierig, beruht eine entsprechende Attribuierung doch häufig auf dem ‚Bauchgefühl‘ von Patient*innen, gesehen sowie gehört zu werden und sich sicher fühlen zu können.⁴

Auf Basis dieser Überlegungen möchte ich als deutschen Begriff für eine Haltung der *compassion* in der Patient*in-Mediziner*in-Beziehung ‚aner kennende Umsichtigkeit‘ vorschlagen, auch wenn ‚Mitgefühl‘ die gängige Übersetzung wäre. Auch wenn es in der Versorgung von Krankheit in der Tat häufig um Leid geht, und Gefühle eine gravierende Rolle für Patient*innen spielen, so handelt es sich bei *compassion* doch vor allem um eine Grundhaltung, die die Perspektive der Patient*innen einbezieht, wertschätzt und ihnen unabhängig von ihrem gesundheitlichen Zustand entgegengebracht werden sollte. Hinzu kommt die Tatsache, dass Gesundheitsversorgung eben nicht nur im Krankheitsfall relevant wird, sondern präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen ebenso dazu zählen und so eine Verknüpfung von Patient*innen-Status und ‚Leid‘ (wenn auch das Verb *patior* im Lateinischen ‚leiden‘ bedeutet) nicht nur unpassend, sondern auch kontrapro-

3 Vgl. Laura W. Ekstrom: Liars, medicine, and compassion. In: *The Journal of Medicine and Philosophy* 37.2 (2012), 159-180, 163.

4 Vgl. Phillip Joy et al.: Compassionate Discourses: A Qualitative Study Exploring How Compassion Can Transform Healthcare for 2SLGBTQ+ People. In: *Qualitative Health Research* 32.10 (2022), 1514-1526.

duktiv sein kann. Wie ich in diesem Text zeigen werde, ist eben jene Haltung essenziell, um der Reproduktion epistemischer Ungerechtigkeiten entgegenwirken zu können.

Epistemisches Ungleichgewicht in der Medizin

Larsens Analyse einer offiziellen Erklärung der *American Medical Association* von 1934 beschreibt die Patient*innen zwar als frei in der Entscheidung für bzw. gegen einzelne Mediziner*innen, deren Beziehung zueinander jedoch als unsymmetrisch. Das archetypische, hegemoniale Verständnis der Patient*in-Mediziner*in-Beziehung, welches durch koloniale Vorstellungen von Wissen, Medizin und Expertise geprägt ist, sieht nicht nur keine Interventionen durch Dritte (Krankenkassen, Medien etc.) vor, sondern weist den Mediziner*innen auch eine klare, übergeordnete Autoritätsposition zu.⁵ Diese Zuweisung hat sich, besonders in nordamerikanisch oder europäisch geprägten Gegenden, laut Larsen, bis heute nur teilweise gelockert. In Durnová und Hejzlarová's Forschung zur Geburtenversorgung in Tschechien wurde deutlich, dass die Autoritätsposition von Mediziner*innen und die dazugehörige Expertisezuschreibung losgelöst von Emotionen gedacht werden und gerade dadurch ihre Legitimation erhalten. Selbst Gebärende scheinen emotional vor allem mit Naivität und Unwissenheit verknüpft zu werden. Wer, wie z.B. Hebammen, diese und andere Emotionen ‚zu stark‘ in die Gesundheitsversorgung einbezieht, läuft Gefahr von Expertisediskursen ausgeschlossen zu werden.⁶ Jenen Mediziner*innen, die die postulierte ‚professionelle Haltung‘ wahren, wird qua ihrer Ausbildung epistemisches Privileg zuteil.⁷ Die Struktur der meisten medizinischen Systeme im globalen Norden privilegiert also, mit Hilfe der darin eingeschriebenen Normen und verknüpften Praxen, bestimmtes Wissen und Darstellungsformen dieses Wissens, nicht nur, aber vor allem auf Seiten der Mediziner*innen.⁸ Wie Carel und Kidd darlegen, wird beispielsweise von Mediziner*innen erwartet, ihren Patient*innen zu sagen, was sie zu tun haben, umgekehrt ist das jedoch eher unerwünscht. Diese Asymmetrie impliziert

5 Vgl. Lars Thorup Larsen: No Third Parties. The Medical Profession Reclaims Authority in Doctor-Patient Relationships. In: *Professions and Professionalism* 6.2 (2016), 1-14.

6 Vgl. Anna P. Durnová, Eva M. Hejzlarová: Navigating the role of emotions in expertise: public framing of expertise in the Czech public controversy on birth care. In: *Policy Sciences* 56 (2023), 549-571. doi.org/10.1007/s11077-022-09471-5.

7 Vgl. Havi Carel, Ian James Kidd: Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. In: *Medicine, Health Care, and Philosophy* 17.4 (2014), 529-540.

8 Vgl. ebd., 530.

nicht automatisch epistemische Ungerechtigkeiten, macht sie jedoch wahrscheinlicher, da sie die Bedürfnisäußerung für Patient*innen erschwert.⁹ Auch Edgman-Levitan und Schoenbaum monierten, dass Gesundheitsorganisationen weltweit vor allem auf die Bedürfnisse der Mediziner*innen fokussiert seien und die Perspektiven und Bedürfnisse der Patient*innen zu wenig Beachtung fänden.¹⁰

Auch die Preisgabe von Informationen erfolgt im medizinischen Behandlungskontext üblicherweise einseitig, schließlich werden die Befindlichkeiten der Mediziner*innen für den Behandlungserfolg im öffentlichen Diskurs und in Ausbildungsstätten meist als irrelevant oder hinderlich empfunden.¹¹ Besonders durch die Preisgabe intimer Details aus dem Privatleben der Patient*innen entsteht zusätzlich zum Informationsgefälle auch ein Machtgefälle zwischen diesen und Mediziner*innen.¹² Durch die angesprochene Trennung emotionaler Aspekte vom Expert*innenstatus wird es Mediziner*innen erschwert, Augenhöhe durch Teilen eigener privater Informationen zu erreichen. Ein Beispiel hierfür findet sich in der Forschung von Beagan et al. zum Outing queerer Mediziner*innen gegenüber ihren Patient*innen. Normative gesellschaftliche Annahmen von Medizin als ‚Elite-Job‘, welcher frei von persönlichen Befindlichkeiten sein sollte, prägen den Umgang der Mediziner*innen mit Informationen über ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität. Obwohl es sich bei beidem nicht um eine ‚emotionale Befindlichkeit‘ handelt, sondern um einen wichtigen Aspekt des Alltags bzw. der eigenen Identität, veranlasst diese diskursive Trennung, dass viele Gesundheitsversorger*innen ihre Queerness nach Möglichkeit geheim halten.¹³ Entschieden sie sich anders, trug dies allerdings meist zu einem besseren Verständnis zwischen ihnen und ihren Patient*innen und mehr Vertrauen bei Letzteren bei.¹⁴ Demgemäß beschreiben auch Buchmann, Ho und Goldberg Vertrauen als Grundfeste der Patient*in-Mediziner*in-Beziehung, denn mit einer vertrauensvollen Basis können Patient*innen die für den Behandlungserfolg nötigen Details

9 Vgl. ebd., 535-536.

10 Vgl. Susan Edgman-Levitan, Stephen C. Schoenbaum: Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patients eyes. In: *Israel Journal of Health Policy Research* 10.21 (2021), 2. doi: 10.1186/s13584-021-00459-9.

11 Vgl. Brenda L. Beagan et al.: LGBTQ+ identity concealment and disclosure within the (heteronormative) health professions: “Do I? Do I not? And what are the potential consequences?”. In: *SSM – Qualitative Research in Health* 2 (2022), 1-8; Durnová und Hejzlarová, Navigating, 568.

12 Vgl. Tamás Jules Joshua Fütty: *Gender und Biopolitik: Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans*Menschen*. Bielefeld 2019.

13 Vgl. Beagan et al., LGBTQ+, 1-8.

14 Vgl. ebd.

teilen. Die Abhängigkeit vom vertrauensvollen Umgang mit diesen Informationen macht die Patient*innen allerdings vulnerabel gegenüber ihren Behandler*innen.¹⁵

Aussagebezogene und hermeneutische Ungerechtigkeit

Eine weitere Trennlinie, welche sich besonders im globalen Norden durch medizinische Behandlungskontexte zieht, ist die scheinbar eindeutige Spaltung in Geist und Körper, wobei Letzterer quasi als Maschine betrachtet wird, dessen Einzelteile separat behandelt werden könnten.¹⁶ Diese Trennung erlaubte es Mediziner*innen lange Zeit, die Verantwortung für alles, was über die ‚Wartung‘ dieser Teile hinausgeht, den Patient*innen zu überlassen.¹⁷ Auch wenn sich diesbezüglich schon seit einigen Jahren eine Veränderung abzeichnet und Patient*innen zunehmend in ihre Gesundheitsversorgung einbezogen werden, gestaltet sich der Diskurs über das Zusammenspiel von Geist und Körper nach wie vor komplex.¹⁸ Denn gerade die Verantwortung für psychosoziale Aspekte ihrer Gesundheit liegt, resultierend in den Nachwirkungen dieser Trennung, bei den Patient*innen. Besonders von queeren und anderen marginalisierten Personen wird in diesem Zuge gesellschaftlich erwartet, Teile der Care-Arbeit selbst – als Einzelpersonen oder als Community – zu übernehmen.¹⁹

Gleichzeitig wird jedoch den Berichten marginalisierter Personen prinzipiell auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen, aber besonders im medizinischen Kontext, weniger Glauben geschenkt. Fricker nennt dies *testimonial injustice* (aussagebezogene Ungerechtigkeit). Dabei wird beispielsweise Patient*innen die Fähigkeit, ihren gesundheitlichen Zustand adäquat einschätzen und beschreiben zu können, und damit die Subjektposition, abgesprochen.²⁰ Problematischer für den medizinischen Kontext ist jedoch die von Fricker als hermeneutisch bezeichnete Ungerechtigkeit. Wird die Erfahrung einer Person nicht wahrgenommen, unter anderem weil ein gesellschaftliches Konzept oder Sprache

15 Vgl. Daniel Z. Buchman et al.: Investigating Trust, Expertise, and Epistemic Injustice in Chronic Pain. In: *Journal of Bioethical Inquiry* 14,1 (2017), 31-42.

16 Vgl. Peter Salmon, George M. Hall: Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. In: *Social Science & Medicine* 57.10 (2003), 1969-1980, 1970. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00063-7.

17 Vgl. ebd., 1971.

18 Vgl. ebd., 1973.

19 Vgl. Joy et al., *Compassionate Discourses*, 1514-1526.

20 Vgl. Miranda Fricker: *Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing*. Oxford, New York 2007, Kap. 1.

fehlen, um diesen Zustand zu beschreiben, so entstehen Ausschluss und Unwohlsein.²¹ Damit wird nicht nur Teilhabe erschwert, sondern auch die Benennung der Problematik und bei den Patient*innen bleibt ein Gefühl der Ungerechtigkeit zurück, welches nicht artikuliert werden kann und scheinbar nur für sie spürbar ist.²² Fricker beschreibt dies als schädigend für die Fähigkeit, die eigene Situiertheit in der Welt zu begreifen und anderen zu kommunizieren. Somit werden Personen gezwungen, in eine Rolle zu schlüpfen oder dort zu verharren, die ihrer Realität eigentlich nicht gerecht wird und im schlimmsten Fall, besonders im Kontext medizinischer Behandlung, zu deren Nachteil ausfallen kann.²³

Cis-Endo-Hetero-Normativitätskonzepte in der Medizin

Besonders prägend für das Machtgefälle in der Patient*in-Mediziner*in-Beziehung und darin eingeschriebene hermeneutische Ungerechtigkeiten sind Vorstellungen von Cis-Endo²⁴-Hetero-Normativität, also die Annahme Menschen seien qua ihres Phänotyps eindeutig sowie dauerhaft einem von zwei Geschlechtern zuordenbar, welches multiple soziale Gegebenheiten und eine sexuelle Anziehung gegenüber ‚dem anderen Geschlecht‘ nach sich zöge und eine Abweichung von dieser Norm problematisiert.²⁵ Dieser pathologisierende Blick auf Geschlecht und Sexualität prägt das Verhältnis queerer Personen zur Medizin seit vielen Jahrzehnten, wenn nicht gar Jahrhunderten.²⁶ Hinzu kommt ein Konformitätsdruck, welcher für sehr viele Menschen belastend sein kann; denn wessen Körper und Leben entsprechen schon immer Normen, Idealen oder dem Mittelwert? Mediziner*innen vermeiden die Thematisierung von Sexualität und Geschlecht in ihrer Praxis daher häufig, doch dieser vermeintlich neutrale Zugang verstärkt eben jenes Gefühl der Patient*innen, mit normativen Annahmen konfrontiert zu sein, denn meist

21 Vgl. ebd., Kap. 7.

22 Vgl. ebd.

23 Vgl. ebd.

24 Der Begriff ‚endo‘ bezieht sich auf Personen, denen bei Geburt (im Rahmen der gängigen, diskriminierenden Vorgehensweise) aufgrund ihrer Körpermerkmale eindeutig ein binäres Geschlecht zugewiesen werden kann und markiert damit die hegemoniale Position, die für die Zuschreibung inter* herangezogen wird.

25 Vgl. Fütty, *Gender und Biopolitik*, Kap. 1.3.; Katharina Debus, Vivien Laumann: *Glossar zu Begriffen geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt*. In: Dies. (Hg.): *Pädagogik geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt. Zwischen Sensibilisierung und Empowerment*. Berlin 2018, 156-165.

26 Vgl. Fütty, *Gender und Biopolitik*.

vermitteln Mediziner*innen normative Annahmen implizit über ihren Kommunikationsstil.²⁷ Personen, die jenen Normen nicht entsprechen, erleben dies als Mikroaggressionen, da ihre Identität nicht gesehen oder in Frage gestellt wird.²⁸ Diese Unsichtbarkeit oder Fehleinschätzung findet ihren Weg in das Gesundheitserleben der Patient*innen als ‚verkörperte Störung‘ (*embodied disruption*).²⁹

Fricker fragt mit Blick auf diese Mikroaggressionen, Veränderungsphänomene³⁰ und hermeneutischen Ungerechtigkeiten, welche Art von Gegenüber ‚wir‘ in einer Gesellschaft sein wollen, in der manche Positionen gar nicht artikulierbar seien. Er schlägt im Zuge dessen eine Art des Zuhörens und Eingehens auf andere vor, die auch das Unausgesprochene wahrnimmt.³¹ Larsen kommt zu dem Schluss, dass beispielsweise der britische Diskurs über medizinische Herausforderungen diesen Anspruch schon einbezieht. Der Umgang mit Informationen, die für die Patient*innen potenziell peinlich sein könnten, scheint in diesem Umfeld mit einer fürsorglicheren Art der Autorität verknüpft, wenn gleich die Autorität der Mediziner*innen an sich nicht in Frage gestellt wird.³²

Ein Umfeld, welches die Auseinandersetzung von Mediziner*innen mit ihren cis-endo-heteronormativen Vorannahmen ermöglicht, ist für Joy et al. essenziell, um das medizinische System mitfühlender, fürsorglicher und aner kennender zu gestalten. Inwie weit das medizinische System im globalen Norden derzeit aner kennende Umsichtigkeit praktikierbar macht, ist jedoch fraglich.³³ Gerade für trans- und gender-non-konforme Personen wäre es wünschenswert, statt eines pathologisierenden Blicks (*pathologizing gaze*) eine neue Perspektive zu entwickeln, welche mit ‚aner kennender Umsichtigkeit‘ (*compassionate gaze*) vorgeht.

27 Vgl. Ning Hsieh, Stef M. Shuster: Health and Health Care of Sexual and Gender Minorities. In: *Journal of Health and Social Behavior* 62.3 (2021), 318-333; Pooja Dushyant Utamsingh et al.: Heteronormativity and practitioner-patient interaction. In: *Health Communication* 31.5 (2016), 566-574.

28 Vgl. Megan A. Dean et al.: Inhospitable Healthcare Spaces: Why Diversity Training on LGBTQIA Issues Is Not Enough. In: *Journal of Bioethical Inquiry* 13.4 (2016), 557-570.

29 Vgl. Emily Allen Paine: Embodied disruption: "Sorting out" gender and nonconformity in the doctor's office. In: *Social science & medicine* 211 (2018), 352-358.

30 Veränderung ist die deutsche Übersetzung von *Othering*, welches Castro Varela in der Zusammenfassung verschiedener Theorien als Prozess beschreibt, bei dem andere (meist marginalisierte) Menschen als fremdartig assoziiert werden und diese Zuschreibung zur Grundlage der eigenen Handlungen, Haltungen und Aussagen wird. (vgl. Maria do Mar Castro Varela: Un-Sinn: Postkoloniale Theorie und Diversity. In: Fabian Kessler, Melanie Plößer (Hg.): *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit: Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen*. Wiesbaden 2010, 249-262.)

31 Vgl. Fricker, Epistemic injustice, Kap. 7.

32 Vgl. Larsen, No Third Parties, 1-14.

33 Vgl. Joy et al., Compassionate Discourses, 10.

Outing unter einem pathologisierenden Blick

Die Gestaltung der Patient*in-Mediziner*in-Beziehung hat gravierende Einflüsse auf den Behandlungserfolg.³⁴ Dies ist auch trans und gender-non-konformen Patient*innen bewusst, weswegen diese häufig so agieren, dass die Beziehung aufrecht erhalten bleibt und sie möglichst keine schlechte oder Fehlbehandlung ertragen müssen.³⁵ Unter anderem bedeutet dies, die Mediziner*innen nicht auf die eigene Geschlechtsidentität, Transitionsprozesse oder falsche Vorannahmen hinzuweisen, und so gehen teilweise auch wichtige Behandlungsinformationen verloren. Trans Personen sind jedoch auf Genehmigungen von Mediziner*innen angewiesen, falls sie medizinische Schritte zur Entfaltung ihrer Geschlechtsidentität gehen möchten, weswegen deren Thematisierung unausweichlich ist und sie häufig mit Pathologisierungen konfrontiert sind.³⁶ Markovic et al. befragten queere Personen in Österreich zu Diskriminierungserlebnissen im Kontext Gesundheitsversorgung und es berichteten mehr als zwei Drittel der Befragten hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität selten oder sogar nie ernstgenommen zu werden. Von Gewalterlebnissen berichteten 7 %, 13 % hatten *Gatekeeping* erlebt und ein Fünftel wurde regelmäßig misgandert (Zuweisung von bzw. Ansprache mit unpassendem Geschlecht).³⁷ Im 2023 veröffentlichten österreichischen LGBTIQ+ Gesundheitsbericht zeigte sich, dass viele queere und besonders trans, inter und nichtbinäre Personen verschiedene Formen von Diskriminierung und *Gatekeeping* selten oder gar häufig erlebt hatten: mit Abweisung bzw. Behandlungsverweigerung (27 %), Druck bestimmte Maßnahmen in Anspruch zu nehmen (42 %) sowie sprachlicher oder anderer Demütigungen (29 - 61 %) seien hier nur die eindrucklichsten Beispiele genannt.³⁸

Selbst unter den sexuell queeren Personen, welche deutlich seltener von Diskriminierungserfahrungen betroffen sind (etwa ein Zehntel der Fälle im Vergleich zu trans und gender-non-konformen Personen), liegt der Anteil jener, die ein Outing aus Sorge vor

34 Vgl. Edgman-Levitan und Schoenbaum, Patient-centered care, 1-5.

35 Vgl. Axenya Kachen, Jennifer R. Pharr: Health Care Access and Utilization by Transgender Populations: A United States Transgender Survey Study. In: *Transgender Health* 5.3 (2020), 141-148.

36 Vgl. Ashlyn Schwab et al.: "Expectation is Always that the Practitioner Might Not Be Okay with Queerness": Experiences of LGBTIQ+ with the Healthcare System in Saskatchewan, Canada. In: *Journal of Homosexuality* 5 (2022), 1-16, 9.

37 Vgl. Lovro Markovic et al.: Experiences and Interactions with the Healthcare System in Transgender and Non-Binary Patients in Austria: An Exploratory Cross-Sectional Study. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18.13 (2021), 1-13.

38 Vgl. Sylvia Gaiswinkler et al.: *LGBTIQ+ Gesundheitsbericht 2022*. Wien 2023, Kap. 3.

solchen Erfahrungen vermeiden, je nach Befragungszeit und -ort bei etwa 30%.³⁹ Etwa bei einem Viertel derjenigen, die sich outeten, kam es im Nachgang zu negativen Erlebnissen.⁴⁰ Zu einer Outingentscheidung tragen vor allem Faktoren wie ein allgemein unbeschwerter Umgang der Mediziner*innen mit den Körpern und Identitäten ihrer Patient*innen, eine aufmerksame und willkommen heißende Haltung oder auch die Offenlegung der eigenen queeren Identität durch die Mediziner*innen bei.⁴¹ Beide Seiten tun sich laut McNair et al. schwer, ein Gespräch über Sexualität oder Geschlechtsidentität zu initiieren und hoffen darauf, dass das Gegenüber die Thematik ansprechen wird, sofern es relevant erscheint; wobei die Verantwortung für diese Einschätzung meist den Patient*innen zugeschrieben wird.⁴² Viele Patient*innen spüren in diesem Zusammenhang zusätzlich die Erwartung, ihre Mediziner*innen über Pronomen und Identitätskategorien aufzuklären und so quasi die Existenz ihrer Identität zu beweisen und Bildungsarbeit zu übernehmen.⁴³ Hier zeigt sich eine Kompetenzverschiebung, welche nicht mit der Zuschreibung medizinischer Expertise einhergeht, welche zwar theoretisch weiterhin bei den Behandler*innen liegt, jedoch praktisch häufig nicht vorhanden ist.⁴⁴ Somit werden die Patient*innen in ein Netz aus aussagebezogener Ungerechtigkeit, zugeschriebener Unwissenheit und Erklärungsnot verstrickt, welches ohne umsichtige Anerkennung durch die Mediziner*innen das Subjektivierungspotenzial einschränkt bzw. Patient*innen die Subjektposition verwehrt.⁴⁵ Diese ‚Erklärungsnot‘ beschreibt Löffelmann als rhetorisch-epistemische Unterdrückung, welche einerseits die Möglichkeiten über sich selbst

39 Vgl. William G. LaPlant et al.: Perceptions of Emergency Care by Sexual and Gender Minorities in Colorado: Barriers, Quality, and Factors Affecting Identity Disclosure. In: *The Western Journal of Emergency Medicine* 22.4 (2021), 903-910; Gary L. Stein, Karen A. Bonuck: Physician-patient relationships among the lesbian and gay community. In: *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* 5.3 (2001), 87-93.

40 Vgl. Alison B. Alpert et al.: What Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Intersex Patients Say Doctors Should Know and Do: A Qualitative Study. In: *Journal of Homosexuality* 64.10 (2017), 1368-1389, 1375.

41 Vgl. Stein und Bonuck, Physician-patient relationships, 87-93; Alpert et al., What Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Intersex Patients Say, 1368-1389; LaPlant et al., Perceptions of Emergency Care, 903-910.

42 Vgl. Ruth Patricia McNair et al.: From silence to sensitivity: A new Identity Disclosure model to facilitate disclosure for same-sex attracted women in general practice consultations. In: *Social Science & Medicine* 75.1 (2012), 208-216.

43 Vgl. LaPlant et al., Perceptions of Emergency Care, 903-910.

44 Ebd.

45 Vgl. Boris Traue, Lisa Pfahl: What is Subjectivation? Key Concepts and Proposals for Future Research. In: Saša Bosančić et al. (Hg.): *Following the Subject. Subjektivierung und Gesellschaft/Studies in Subjectivation*. Wiesbaden 2022, 25-44.

zu sprechen begrenzt und andererseits trans Personen in die Position bringt, Aufklärungsarbeit über ihre Lebens- und Diskriminierungserfahrungen sowie Behandlungswünsche und -möglichkeiten zu leisten.⁴⁶

Machtdynamiken durch Bescheidenheit überwinden

Ein Großteil der angesprochenen Verstrickungen entsteht durch jene institutionellen Gegebenheiten, in die Mediziner*innen eingebunden sind. Diese beschreibt Tronto als machtvoll und nicht *caring* genug, womit unter anderem ein fehlendes Bewusstsein für die Bedürfnisse der zu Behandelnden gemeint ist.⁴⁷ Auch Ahmed betont den schon zu Beginn angesprochenen Machtaspekt, welcher z.B. im Konzept ‚Mitgefühl‘ bzw. ‚Mitleid‘ mitschwingt, sowie die geschichtliche Prägung von Gefühlen, ihre Projektion auf andere bzw. von anderen auf uns selbst und die daraus entstehende kollektive Körperlichkeit.⁴⁸ Diese Verschränkung steht im Zentrum von Affekttheorien, deren Wortstamm im lateinischen Begriff *emovere* (Bewegung) steckt und welche sich größtenteils mit Emotionen beschäftigen. Ahmed schreibt hierzu: „Was uns bewegt, was uns fühlen lässt, ist auch das, was uns an Ort und Stelle hält oder uns eine Bleibe gibt.“⁴⁹ Die gesellschaftliche Positionierung von trans und gender-non-konformen Personen hängt also auch mit jenen Emotionen zusammen, die in ihren Kontakten mit Mediziner*innen auf beiden Seiten hervorgerufen werden. Wardrope schlägt in diesem Zusammenhang vor, dass Mediziner*innen sich ‚epistemische Bescheidenheit‘ aneignen und ihr eigenes epistemisches Kapital ebenso aufmerksam hinterfragen, wie die Möglichkeiten jenes ihrer Patient*innen zu stärken. Diese Reflexion solle jedoch nicht nur als individuelle, sondern ebenso als institutionelle, systemische Aufgabe betrachtet werden.⁵⁰ Akteur*innen seien gefordert, sich aktiv um neue Informationen zur Überwindung epistemischer Ungerechtigkeiten im

46 Vgl. Flora Löffelmann: Rhetorisch-epistemische Unterdrückung am Beispiel von trans* Erfahrungen In: *blog interdisziplinäre geschlechterforschung* (25. Oktober 2022). https://www.gender-blog.de/beitrag/rhetorische_epistemische_unterdrueckung (3.10.2023).

47 Vgl. Joan C. Tronto: Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose, In: *Ethics and Social Welfare* 4.2 (2010), 158-171.

48 Vgl. Sara Ahmed: Kollektive Gefühle oder die Eindrücke, die andere hinterlassen. In: Angelika Baier et al. (Hg.): *Affekt und Geschlecht. Eine einführende Anthologie*. Wien 2014, 183-214.

49 Ebd., 187.

50 Vgl. Alistair Wardrope: Medicalization and epistemic injustice. In: *Medicine, health care, and philosophy* 18.3 (2015), 341-352, 350-351.

medizinischen System zu bemühen und dabei besonders die Perspektiven marginalisierter Personen einzubeziehen.⁵¹

Reparatives Lesen

Die beschriebenen Affekte auf Seiten der Patient*innen, wie z.B. Sorge vor Diskriminierung oder Geheimhaltung der eigenen Queerness, werden in Kosofsky Sedgwicks Affekttheorie den zentralen ‚queeren Gefühlen‘ Scham und Paranoia zugeordnet.⁵² Kosofsky Sedgwick stellt dem einen reparativen Ansatz gegenüber, der gelungene Momente und Aspekte (des queeren Lebens) in den Blick nimmt, anstatt sich auf Diskriminierung, Fehlverhalten und Ausgrenzung zu fokussieren.⁵³ In Übereinstimmung mit Nay verstehe ich reparatives Lesen nicht als einen Zugang, der nur positive Gefühle oder Erfahrungen betrachtet, sondern vielmehr als einen Ansatz, der sich auf Empowerment konzentriert, oder mit anderen Worten, auf queere Gefühle, welche die Handlungsfähigkeit von trans und gender-non-konformen Menschen fördern.⁵⁴ Besonders im Kontext von Pathologisierungen und Abhängigkeiten im und vom medizinischen System kann diese Perspektive als Subjektivierungsstrategie genutzt werden und trans sowie gender-non-konformen Personen Partizipationsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung zurückgeben. Die Frage nach epistemischem Ungleichgewicht in der Medizin aus queerer Perspektive reparativ zu lesen bedeutet also, den Blick zu öffnen für anerkennende Umsichtigkeit und epistemische Bescheidenheit, wie Wardrope und ich sie vorschlagen.⁵⁵ Denn „mitunter können und müssen gerade die am meisten zu Paranoia neigenden Personen die reichhaltigsten reparativen Praxen entwickeln und verbreiten“⁵⁶.

51 Vgl. ebd., 350-351.

52 Vgl. Eve Kosofsky Sedgwick: *Touching feeling. Affect, pedagogy, performativity*. Durham 2003.

53 Vgl. Eve Kosofsky Sedgwick: Paranoides Lesen und reparatives Lesen oder paranoid, wie Sie sind, glauben Sie wahrscheinlich, dieser Essay handle von Ihnen. In: Baier et al., *Affekt und Geschlecht*, 355-400.

54 Vgl. Yv E. Nay: Queerfeministische Politiken affektiv strukturierter Paradoxien. In: *FEMINA POLITICA – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft* 24.1 (2015), 52-64, 54.

55 Vgl. Wardrope, *Medicalization*, 341-352.

56 Kosofsky Sedgwick, *Paranoides Lesen*, 395.

Gesundheitsversorgung trans und gender-non-konformer Personen in Österreich

Die reparative Suche nach eben jenen gelingenden Momenten aner kennender Umsichtigkeit in der medizinischen Praxis in Österreich war es, die im Frühjahr 2022 meine Analyse der Daten auf *queermed.at* als Einstieg in mein Dissertationsprojekt leitete. Die Homepage *queermed.at* wurde im Herbst 2020 gegründet und sammelt Empfehlungen queerer Personen für ihre Peers, wenn diese positive Erfahrungen mit sensiblen Gesundheitsversorger*innen gemacht haben. In ihren Kommentaren bewegen sich die anonymen Nutzer*innen von *queermed.at* zwischen der von Kosofsky Sedgwick postulierten queeren Paranoia und Subjektivierungsstrategien, die als reparativ verstanden werden können. Die Empfehlungen auf *queermed.at* reichen von Allgemeinmedizin über Stimmtraining bis hin zu therapeutischer Begleitung. Die von mir analysierten Empfehlungen auf *queermed.at* umfassten alle 115 Einträge, zu denen es zu diesem Zeitpunkt ausführliche Kommentare gab. Die empfohlenen Gesundheitsversorger*innen sind größtenteils in Wien (74) angesiedelt und beschränken sich auch außerhalb davon fast ausschließlich auf den urbanen Raum (weitere 32). 62 Empfehlungen bezogen sich auf Mediziner*innen, und 53 auf andere Gesundheitsversorger*innen, meist aus dem Feld der Psychotherapie. Mit der von Charmaz entwickelten de_konstruktivistischen Version der *Grounded Theory* analysierte ich die affirmativen und affektiven Aspekte der berichteten Erlebnisse.⁵⁷ Nach mehreren Codierschritten konnte ich drei übergeordnete Begründungen hinter den Empfehlungen filtern. Das Ausbleiben antizipierter Negativerlebnisse, wie etwa Beschämung, Diskriminierung, Grenzüberschreitung oder Kompetenzverschiebung, hinterließ bei vielen Nutzer*innen einen bleibenden Eindruck. Ebenso hervorgehoben wurden Interaktionen, welche sich *empowernd* anfühlten, wie z.B. eine besonders wertschätzende Haltung oder die Förderung von Selbsterkenntnis. Oft waren es auch die Handlungen und Haltungen der Gesundheitsversorger*innen, welche das Vertrauen in die Patient*in-Mediziner*in-Beziehung stärkten und so die Verbundenheit erleichterten; beispielsweise Grenzen wahrende Handlungen, ein verstärktes Einbeziehen der Patient*innenperspektiven oder gar die offen kommunizierte Queerness der Gesundheitsversorger*innen selbst. Gerade die Begründungen aus dieser letzten Kategorie stehen in engem Zusammenhang zu den oben entwickelten Zugängen der aner kennenden Umsichtigkeit oder epistemischen Bescheidenheit.

⁵⁷ Vgl. Kathy Charmaz: *Constructing grounded theory*. London, Thousand Oaks 2006.

„Ich hatte nie das Gefühl mich geoutet zu haben“⁵⁸

Auf Zusammenhänge zwischen Kompetenz und Empathiefähigkeit in der Behandlung von queeren Patient*innen gehe ich in einem Kapitel des ITW-Sammelbands 2023 näher ein und konzentriere mich daher hier auf Outingerlebnisse.⁵⁹ Denn diese sind, wie vorausgehend beschrieben, nicht nur häufig wichtig für den Behandlungserfolg, sondern auch ein essenzieller Faktor für epistemisches Un_Gleichgewicht.

Einige Nutzer*innen auf *queermed.at* beschreiben in ihren Kommentaren zu den Empfehlungen auf der Homepage, wie sich Outings bei ihren Behandler*innen für sie gestaltet haben. Mehrfach wird formuliert, die Tatsache, dass ihre Sexualität oder Geschlechtsidentität queer seien, sei „kein Thema“ oder „kein negatives Thema“ gewesen. Auch wenn dies sichtlich Inhalt der Interaktionen war, wird es als Nebensächlichkeit deklariert, die keine tiefere Auseinandersetzung nach sich zog. Eine Person formulierte, die behandelnde Person habe „fast überrascht gewirkt, dass ich das sage“, als diese erwähnt habe trans zu sein. Eine weitere Person freute sich darüber, dass die behandelnde Person „nicht viel danach gefragt hat, da es nicht der Grund ist warum ich dort war“. Auch wenn Mediziner*innen „kein bisschen überrascht“ reagieren, scheint das für die Nutzer*innen eine erwähnenswerte Ausnahme darzustellen. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der Verwendung der gewünschten Pronomen „von Anfang an und ohne Nachfragen, Ausfragen“. Auch der humorvolle Umgang mit der Thematik wurde von den Nutzer*innen sehr geschätzt, wie in dieser Antwort auf ein Outing: „Seine Reaktion darauf war ein freundliches Lachen und die Aussage, wenn man seinem Urologen nicht sagen könne, daß man schwul sei, wem denn dann?!?“. Diese Erfahrungen werden unter anderem mit dem Gefühl beschrieben, „als Mensch wahrgenommen“ zu werden und sich nicht dezidiert „geoutet zu haben, sondern immer sehr natürlich über alles reden“ zu können.

58 Hierbei, und bei allen in diesem Abschnitt folgenden Zitaten, handelt es sich um wörtlich übernommene Kommentare von Empfehlungen der Homepage *queermed.at*.

59 Vgl. Felix Lene Ihrig: „Sie ist die liebste Ärztin, die ich kenne ... UND sie kennt sich aus!“. Empathie & Kompetenz als essenzielle Aspekte sensibler Gesundheitsversorgung aus der Sicht queerer Personen (zur Publikation angenommen), erscheint voraussichtlich Ende 2023 in einem Sammelband, hg. vom Inter_Trans_Wissenschaftsnetzwerk.

Das Potenzial aner kennender Umsichtigkeit für medizinisches Handeln

Die Anerkennung der sexuellen und vor allem der geschlechtlichen Identität der Patient*innen, und die Einbindung dieser Informationen in den Behandlungsprozess, ohne sie jedoch zum zentralen Element zu erheben, welches diskussionswürdig wäre, sind für queere Patient*innen also Kernelemente adäquater und wertschätzender medizinischer Behandlung. In der Anerkennung der Identität ihrer Patient*innen ohne pathologisierenden Blick liegt also der gravierende Unterschied der als queersensibel eingeschätzten Mediziner*innen gegenüber ihren Kolleg*innen. Den Patient*innen fällt es leichter, Vertrauen in die Behandlungsbeziehung zu haben, was mit bedingt, dass sie über Aspekte ihres Privatlebens sprechen können, ohne Sorge vor Bewertung oder Andersbehandlung zu haben. Mir scheint, dieser Zustand ist maßgeblich durch Haltungen wie aner kennender Umsichtigkeit und epistemischer Bescheidenheit auf Seiten der Mediziner*innen erreichbar.

Aus diesem Grund nenne ich diese Haltung auch aner kennende Umsichtigkeit bzw. *compassionate gaze*. Seit mehreren Jahrzehnten wird ein philosophischer und psychologischer Diskurs über den *gaze* geführt, welcher mit einer machtvollen Perspektive auf ‚die anderen‘ in Verbindung gebracht wird, dem jedoch gerade im Kontext der Filmwissenschaften ein *oppositional gaze* gegenübergestellt wird, welcher veränderten (beispielsweise weiblichen BIPoC) Personen Handlungsmacht ermöglicht.⁶⁰ Nun stellt sich die Frage, ob der Machtaspekt des *gaze* durch Mediziner*innen nicht gänzlich aufgegeben werden sollte; doch wie könnte dies, im Rahmen des aktuellen medizinischen Systems, möglich sein? Durch die Ausrichtung des *gaze* als *compassionate*, verliert er aus meiner Sicht jedoch eben jene machtvolle Perspektive und das gegenseitige Betrachten und in Beziehung treten zwischen Patient*in und Mediziner*in gewinnt an Augenhöhe. Die ‚andere‘ Person wird zum Gegenüber, welches zwar aus einer Außenperspektive betrachtet wird, jedoch innerlich berühren kann. Gängige Vorstellungen medizinischen Handelns, wie weiter oben angesprochen, würden damit herausgefordert und zum Reflektieren über Ansprüche an Gesundheit, Expertise und Zwischenmenschlichkeit angeregt. Der deutsche Begriff der ‚aner kennenden Umsichtigkeit‘ wird diesem Umstand deutlich gerechter, geht es doch um ein umfassendes Betrachten und Berücksichtigen vielschichtiger Aspekte.

⁶⁰ Vgl. bell hooks: The Oppositional Gaze. In: Dies. (Hg.): *Black looks. Race and representation*. Boston, MA 1992.

Es gilt daher in meinem Dissertationsprojekt mittels Analyse des Diskurses über ‚trans sensible Gesundheitsversorgung‘ die Frage zu vertiefen, wo und wie epistemische Bescheidenheit und aner kennende Umsichtigkeit in der medizinischen Versorgung in Österreich praktiziert werden oder werden können.

Korrespondenzadresse

Felix Lene Ihrig

Universität Wien

Institut für Soziologie

Rooseveltplatz 2

1090 Wien

E-Mail: ihrig.mx@gmail.com