

# Lesbische Ärztinnen.

## Erfahrungen und Strategien im Berufsleben

Helga Seyler  
Mabuse-Verlag Frankfurt/M 2013



### Inhalt

- Wie dieses Buch entstand

Das Netzwerk lesbischer Ärztinnen: Charlotte e.V. • Konzept des Buches

- Erfahrungen von Lesben und lesbischen Ärztinnen im Berufsleben

Homophobie in der Gesellschaft • Gesetzlicher Schutz vor Diskriminierung

- Erste Einblicke aus Umfragen und Studien • Wie offen kann frau sein? Lesben am Arbeitsplatz
- Toleranz und Ablehnung: lesbische Ärztinnen im Medizinbetrieb

- Biografische Berichte

Ursula, 46, Leitende Ärztin in der Gynäkologie – „Wer, wenn nicht wir Lesben?“

Sina, 33, Assistenzärztin Unfallchirurgie – „Ich bin zwar anders als andere, aber das ist okay.“

Anne, 62, niedergelassene Gynäkologin – „Wenn du um deinen Job fürchten musst, dann überlegst du dir genau, wie offen du bist.“

Cordula, 45, niedergelassene Chirurgin – „Mit diesen kleinen Händen, das hat doch keinen Sinn...“

Christa, 67, niedergelassene Gynäkologin im Ruhestand – „Ich konnte es gar nicht erwarten, endlich mit der Arbeit im Krankenhaus anzufangen.“

Sabine, 46, Internistin in der Pharmaindustrie – „Es bleibt natürlich ein Thema im Beruf: Wie gehe ich mit meinem Lesbischsein um?“

Gabriele, 42, Gynäkologin in einer Gemeinschaftspraxis – „Ich bin als Feministin und Lesbe nie so diskriminiert worden wie als Mutter.“

Barbara, 56, niedergelassene Ärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde – „Ein Gefühl, das ich immer gejagt habe ...“

Carola, 45, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie – „Ich musste mich doppelt neu erfinden.“

Julia, 32, Assistenzärztin Innere Medizin – „Ich möchte bei der Arbeit, wie andere auch, einfach von der Partnerin und den Freizeitaktivitäten erzählen können.“

- Out? Aber sicher?!

Erfahrungshorizonte und Strategien lesbischer Ärztinnen im Berufsleben • Sicher im Job – out im Beruf? • Sich outen? Ja! Aber wie? • Erfahrungen mit Offenheit als lesbische Ärztin • Formen des Umgangs mit Diskriminierung • Lesbische Ärztinnen und ihre Patientinnen • Lesbische Patientinnen • Öffentliches Engagement für Lesbengesundheit

- Lesbisch leben und Ärztin sein: Einfluss der Lebensweise auf die Berufsweg  
Engagement im Beruf – Partnerinnenschaft und Familie • Rollenbilder als Frau, Lesbe und Ärztin • Wahl des Fachgebiets
- „Natürlich hört das nie auf“  
Zusammenfassung und Resümee • Was ist zu tun? Vorschläge zur Förderung der Akzeptanz unterschiedlicher Lebensweisen im Gesundheitsbereich
- Weiterführende Literatur

## Über das Buch

Welche Erfahrungen lesbische Ärztinnen im Berufsleben machen, ist bisher kaum erforscht. Die wenigen Veröffentlichungen dazu stammen ausschließlich aus dem englischen Sprachraum. In Deutschland werden Lesben – als Patientinnen oder Professionelle – kaum wahrgenommen.

Im Netzwerk Charlotte e.V. haben lesbische Ärztinnen einen Raum, sich regelmäßig über ihre Erlebnisse und Erfahrungen sowie ihren Umgang mit der Lebensweise im Berufsalltag auszutauschen. Hier entstand die Idee, diese Erfahrungen zu sammeln und zu dokumentieren.

Das Buch stützt sich auf die Erfahrungen von 24 Medizinerinnen, die interviewt wurden und/oder an Gruppendiskussionen teilnahmen. Sie gehören unterschiedlichen Generationen an, haben gerade die Weiterbildung begonnen oder sind bereits im Ruhestand. Sie arbeiten als Assistenzärztin oder Chefärztin in der Klinik, sind in eigener Praxis niedergelassen oder in der Pharmaindustrie tätig. Sie leben und arbeiten in der Großstadt oder in ländlichen Regionen.

Die Interviews und Diskussionen in den Gruppen konzentrierten sich auf folgende Fragen: Wie gehen lesbische Ärztinnen im beruflichen Umfeld mit ihrer Lebensweise um, wann sind sie offen, wann verbergen sie ihre sexuelle Orientierung? Welche Diskriminierungserfahrungen mussten sie machen und wie gehen sie damit um? Welche Faktoren oder Bedingungen beeinflussten ihre Entscheidung, sich zu outen? Wie sehen ihre individuellen Strategien im Berufsleben aus? Wie gestalten sie den Kontakt zu PatientInnen? Welche Bedeutung hatte die lesbische Lebensweise auf die Wahl ihres Berufsweges?

Einleitend wird im Buch zunächst die Geschichte und Arbeit des Netzwerks lesbischer Ärztinnen Charlotte e.V. dargestellt und die Entstehung des Buches beschrieben. Außerdem wird den persönlichen Berichten eine Übersicht zum Wissen über die Erfahrungen von Lesben allgemein und lesbischen Ärztinnen im Berufsleben auf der Basis der vorhandenen deutschen und internationalen Literatur vorangestellt.

Im Mittelpunkt des Buches stehen Biografische Berichte, in denen zehn Ärztinnen mit ihren Berufswegen und Erfahrungen vorgestellt werden. Diese Berichte geben tiefe Einblicke in das persönliche Erleben und die sehr unterschiedlichen Wege der einzelnen Frauen, die unkommentiert und ohne Bewertung wiedergegeben werden. Darüber hinaus wurden die in den Interviews und Gruppendiskussionen berichteten Erfahrungen in einem eigenen Kapitel themenbezogen ausgewertet und vertiefend diskutiert. Hier werden sie auch interpretiert und kommentiert.

Das Buch schließt mit einem zusammenfassenden Fazit der Dokumentation. Außerdem werden als Konsequenz aus den Ergebnissen Vorschläge zur Verbesserung der beruflichen Situation lesbischer Ärztinnen sowie der gesundheitlichen Versorgung lesbischer Patientinnen formuliert.

Das Buch bietet lesbischen Ärztinnen, aber auch Lesben in anderen beruflichen Bereichen vielfältige Anregungen, die eigenen Erfahrungen und Verhaltensweisen zu reflektieren. (Heterosexuelle) KollegInnen und Professionellen im Gesundheitsbereich vermittelt es Wissen über angemessene Berücksichtigung der Bedürfnisse von lesbischen Mitarbeiterinnen im beruflichen Kontext.

Das Kapitel „Out – aber sicher?!“ mit der Auswertung von Interviews und Gruppendiskussionen ist im Folgenden abgedruckt.

## **Out? Aber sicher?!**

### Erfahrungshorizonte und Strategien lesbischer Ärztinnen im Berufsleben

Die Frage der Offenheit im Berufsalltag ist wohl einer der zentralen Fragen, die sich lesbische Ärztinnen immer wieder stellen, zumindest diejenigen, die ein Interesse an gesellschaftlicher Sichtbarkeit lesbischer Lebensformen haben. Einfache Antworten gibt es selten. Die Frage muss stets im jeweiligen Kontext abgewogen werden und zieht weitere Fragen nach sich: Wie offen kann frau in der jeweiligen Situation sein? Auf welche Weise outet sie sich? Wie wird „das Lesbische“ verborgen? Mit einem einmaligen Entschluss für oder gegen Offenheit ist es nicht getan. Die Offenheit gegenüber ChefInnen, KollegInnen, Angestellten oder PatientInnen bzw. deren sozialem Umfeld zieht Reaktionen nach sich, ebenso das Verstecken sowie Spielarten des Offenlassens, die das Gegenüber annehmen oder ignorieren kann. Die Reaktionen bewirken wiederum neue Fragen, Antworten und Verarbeitungsweisen und beeinflussen nicht selten die Entscheidungsfindung in der nächsten Situation. Dies gilt insbesondere für erlebte Diskriminierung.

Diese Fragen wurden während eines Seminars des Netzwerks Charlotte e.V. in Gruppen diskutiert und in Einzelinterviews erörtert<sup>1</sup>. Alle Ärztinnen, deren Erfahrungen in dieses Buch eingeflossen sind<sup>2</sup>, agieren im beruflichen Umfeld in manchen Bereichen offen, in anderen versteckt; keine ist in allen Situationen völlig out, keine verheimlicht ihre lesbische Lebensweise komplett. Gegenüber ihren PatientInnen sind alle lesbischen Ärztinnen jedoch deutlich zurückhaltender mit Informationen über ihre Lebensform als bei ihren KollegInnen.

### **Sicher im Job – out im Beruf?**

#### Offenheit oder Verstecken gegenüber ärztlichen und nicht ärztlichen KollegInnen

In den Interviews und Gruppendiskussionen bestätigte sich, was aus der bislang vorliegenden Literatur bekannt ist: Das Coming-out ist ein langer und individueller Prozess, der nie vollständig abgeschlossen ist, nicht zuletzt da sich bei neuen Kontakten die Frage der Offenheit immer wieder aufs Neue und mitunter auch je nach Konstellation anders stellt. Wie offen die einzelnen Frauen sind, hängt von vielen unterschiedlichen Faktoren ab. Grundsätzlich sind zwei Ausgangssituationen zu unterscheiden: als Lesbe das Medizinstudium zu beginnen bzw. in den ärztlichen Beruf einzutreten oder das Coming-out während des Studiums bzw. des Berufslebens zu erleben.

Bei Frauen, die zu Beginn des Studiums bzw. des Berufslebens bereits ausgeprägte Identitäten als Lesben haben, stehen eher die Unsicherheit mit der neuen Rolle als Studentin oder Ärztin im Vordergrund sowie die Frage, was sie in ihrem neuen Umfeld erwarten wird: Toleranz, Akzeptanz oder sogar Selbstverständlichkeit<sup>3</sup>, aber auch Ablehnung in unterschiedlichen Formen.

Frauen, die ihr Coming-out erst während des Studiums oder ihrer Berufstätigkeit erleben, brauchen zunächst Zeit für innere Prozesse: Sie befinden sich auf einem Weg des Suchens, des Sich-Klärens; eine Identität wird neu kreierte, dabei manches verworfen, Neues ausprobiert. In der Regel sind sie zurückhaltend, sich damit im beruflichen Umfeld zu präsentieren. Bevor sie anfangen, sich gegenüber

---

<sup>1</sup> Eine ausführliche Beschreibung der Gruppendiskussionen und Interviews sowie der teilnehmenden Ärztinnen findet sich im ersten Kapitel.

<sup>2</sup> Wie in den biografischen Berichten sind alle in diesem Kapitel genannten Namen Pseudonyme. Die Pseudonyme aus den biografischen Berichten wurden übernommen, bei Zitaten aus den Gruppendiskussionen wurde einzelnen Personen nicht immer das gleiche Pseudonym zugeordnet.

<sup>3</sup> Zu den Begriffen Toleranz, Akzeptanz und Selbstverständlichkeit siehe das Kapitel „Erfahrungen von Lesben und lesbischen Ärztinnen im Berufsleben“.

KollegInnen zu outen, sammeln die meisten zunächst Erfahrungen bei FreundInnen und in der Familie.

#### Offene Atmosphäre im Studium und Vorsicht beim Berufseinstieg

Die Studienjahre erscheinen vielen lesbischen Ärztinnen rückblickend als eine Zeit von relativ großer Offenheit und lockerem Umgang mit der lesbischen Lebensweise. Die meisten fanden an der Universität oder in den Großstädten lebendige Lesbenszenen, in denen sie sich gut aufgehoben fühlten. Aber auch hier gibt es andere Erfahrungen: Einzelne Ärztinnen erlebten im Umfeld der medizinischen Hochschule Homophobie und empfanden es nicht als selbstverständlich, dort offen aufzutreten.

Insbesondere für diejenigen, die die Studienatmosphäre als Lesben eher offen und locker wahrnahmen, ist der Einstieg ins Berufsleben ein Bruch, sie agieren dann – zumindest am Anfang – deutlich vorsichtiger. Zunächst sind es nur einzelne KollegInnen, zu denen sie ein besonders gutes Verhältnis haben oder die sie als ausreichend vertrauenswürdig einschätzen, denen sie von ihrer Lebensweise erzählen. Nachdem sie so die Akzeptanz des Umfelds getestet haben, werden die meisten schrittweise offener.

#### Mehr Sicherheit am Arbeitsplatz durch Ärztemangel

Entscheidende Faktoren dabei sind die Sicherheit des Arbeitsplatzes und berufliche Anerkennung. Wenn lesbische Ärztinnen beruflich etabliert sind und/oder eine unbefristete Stelle haben, trauen sie sich meist mehr als in der Probezeit oder im Rahmen eines befristeten Jobs. Daher hat die Veränderung der Stellensituation für ÄrztInnen in den vergangenen 30 Jahren einen großen Einfluss auf die Entscheidungen gehabt, offen zu leben oder situativ out zu sein.

In den 1980er und 1990er Jahren gab es in den Kliniken einen großen Mangel an Stellen für ÄrztInnen, die Konkurrenz war groß und viele ÄrztInnen waren zeitweise erwerbslos. Aus dieser Zeit stammt auch Annes bitterer Bericht vom Verlust des Arbeitsplatzes, nachdem ihre lesbische Lebensweise bekannt geworden war.

In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Stellensituation umgekehrt: Nun haben die Kliniken große Probleme, freie Stellen zu besetzen. Das gibt ÄrztInnen die Sicherheit, dass sie nicht so leicht gekündigt werden und jederzeit ohne Probleme eine neue Stelle finden können. Mit dieser Sicherheit können sie viel mehr Offenheit riskieren.

Sina erzählte, wie selbstbewusst sie in Bewerbungsgespräche ging und wie sie Zeichen ihrer lesbischen Lebensweise – kurze Haare und einseitig getragener Ohrring – nicht versteckte. Sie wusste, dass sie seit Monaten die einzige Bewerberin für die ausgeschriebene Stelle war. Sie begrüßt es, dass ihr diese Situation ermöglicht, sich in Kleidung und Frisur nicht so stark an die Erwartungen der Arbeitgeber anpassen zu müssen.

Zwei der Ärztinnen outeten sich bereits im Bewerbungsverfahren, indem sie auf Fragen zum Grund für den Stellen- und Ortswechsel ihre Partnerin erwähnten. Sie erlebten dabei positive und akzeptierende Reaktionen.

Selbst in Krankenhäusern mit sehr konservativen kirchlichen Trägern, in denen sich auch heute noch ÄrztInnen schriftlich zu einer „katholischen Lebensführung“ verpflichten müssen<sup>4</sup>, ist mittlerweile offenbar eine begrenzte Offenheit möglich: Eine Ärztin berichtete in der Gruppendiskussion, dass auch einzelne ihrer Vorgesetzten von ihrer Lebensweise wissen. Es ist allerdings wichtig, dass sie nicht offen angesprochen und somit offiziell wird. Auch andere Diskussionsteilnehmerinnen erzählten von schwulen und lesbischen KollegInnen, deren begrenzte Offenheit von kirchlichen Arbeitgebern toleriert wird. Lesben oder Schwule, die in eingetragenen Lebenspartnerschaften leben und deren Lebensweise somit offiziell anerkannt und sichtbar ist, würden jedoch nicht eingestellt.

---

<sup>4</sup> Eine der Ärztinnen, die in der ehemaligen DDR als Ärztin arbeitete, wies darauf hin, dass dort die kirchlichen Krankenhäuser liberaler waren und sie nicht erlebt hat, dass eine derartige Verpflichtung eingefordert wurde.

## Ökonomischer Druck in der eigenen Praxis

In der Selbstständigkeit mit einer eigenen Praxis sind es andere Befürchtungen oder Sorgen, die Entscheidungen über Offenheit und Versteckt-Sein beeinflussen. Dort droht zwar nicht die Kündigung, jedoch müssen ÄrztInnen zu Beginn ihrer Niederlassung meist hohe Kredite aufnehmen. Das erzeugt ökonomischen Druck: Sie sind darauf angewiesen, dass PatientInnen zu ihnen kommen bzw. von KollegInnen überwiesen werden. Auch hier zeigt sich, dass Ärztinnen anfänglich vorsichtig sind. Offener agieren sie, wenn die Praxis schon lange gut läuft und Darlehen abbezahlt sind.

## Konservatives Umfeld

Außer der Sorge um den Arbeitsplatz oder die berufliche Existenz wurden weitere Faktoren genannt, die die Entscheidung beeinflussten, sich zu outen. Einige Ärztinnen trafen in den Kliniken auf sehr konservative KollegInnen und Vorgesetzte, denen gegenüber sie sich nicht outen wollten – zumindest nicht explizit. Sie befürchteten, dadurch die Anerkennung der KollegInnen zu verlieren. Andere hörten von MitarbeiterInnen homophobe oder heterosexistische Äußerungen, die sie in ihrer Vorsicht, sich besser nicht zu outen, bestätigten.

## Sich outen? Ja! Aber wie?

Neben der Frage des Ob stellt sich für das Offenlegen und die Sichtbarkeit lesbischer Lebensweisen stets die Frage des Wie. Das heterosexuelle Umfeld geht in der Regel davon aus, dass alle Menschen so leben, und unterstellt auch den meisten Lesben erst einmal heterosexuelle Lebensweisen. Lesben können und müssen dann entscheiden, ob und wie sie widersprechen. Besonders, wenn sie keine Partnerin haben, die sie den KollegInnen präsentieren können, finden es viele Ärztinnen schwierig, einen passenden Anlass bzw. eine Form zu finden, sich zu outen.

## Outing über den „Flurfunk“

Immer wieder ist daher in den Interviews und Diskussionen die Rede davon, wie Ärztinnen ihr Coming-out im Arbeitsumfeld gestalten können. Die eigene Lebensweise direkt anzusprechen, fällt vielen schwer, besonders wenn sie sie zunächst verschwiegen haben. Viele haben mit der Zeit gute Kontakte zu den KollegInnen in der Klinik oder den MitarbeiterInnen in der eigenen Praxis aufgebaut. Dann würden sie sich gerne outen, es fällt ihnen jedoch schwer, eine passende Gelegenheit oder passende Worte dafür zu finden. Eine Art „Geständnis“ – „Was ich dir/Ihnen sagen möchte ...“ – oder eine „offizielle Mitteilung“ – „Übrigens, ich bin lesbisch.“ – sind unpassend. Die lesbische Lebensweise ist ja nichts, was „eingestanden“ werden müsste, sondern etwas für sie Selbstverständliches, das auch gesellschaftlich selbstverständlich sein sollte. Außerdem nehmen viele eine subtil begrenzte Toleranz in der Form von „don't ask, don't tell“<sup>5</sup> wahr. Das heißt, dass die lesbische Lebensweise toleriert wird, solange nicht darüber gesprochen wird. Auch das erschwert Lesben das direkte Ansprechen. Das macht verständlich, dass viele der Ärztinnen sich den KollegInnen gegenüber nicht aktiv und explizit outen. Sie berichteten, dass sie ihre Lebensweise in der jeweiligen Klinik nicht versteckten, sie gegenüber den MitarbeiterInnen aber auch nicht direkt ansprachen. Sie gingen aber davon aus, dass mit der Zeit die meisten KollegInnen und auch Vorgesetzten Bescheid wussten, auch wenn sie nicht sagen konnten, welche im Einzelnen und wie sie die Information bekommen hatten.

---

<sup>5</sup> Dieser Begriff bezeichnet eine Verhaltensrichtlinie, die in den USA 1993 für den Umgang mit Homosexuellen im Militär erlassen wurde. Bis dahin war Homosexualität ein Grund, aus der Armee entlassen zu werden. Die Richtlinie sah vor, dass Vorgesetzte keine Untersuchungen über die sexuelle Orientierung ihrer Untergebenen anstellen sollten, diese aber Stillschweigen darüber bewahren mussten. Erst seit 2010 sind Schwule und Lesben im US-Militär offiziell auch mit offen gelebter Homosexualität akzeptiert.

Viele Erfahrungen bestätigen, dass über MitarbeiterInnen und deren (lesbische) Lebensweise im beruflichen Umfeld gesprochen und dies weitergetragen wird. Das Outen dem „Flurfunk“ zu überlassen, erspart zwar die unangenehme Situation, passende Gelegenheiten abwarten zu müssen, um mit MitarbeiterInnen über die eigene Lebensweise zu sprechen. Allerdings kann Unsicherheit entstehen, wenn im Kontakt mit KollegInnen unklar ist, ob und was diese wissen.

Auch Ärztinnen, die sich aus Sorge vor negativen Reaktionen im beruflichen Umfeld nicht outen wollten, gehen davon aus, dass viele KollegInnen im Laufe der Zeit von ihrer Lebensweise wussten oder sie zumindest vermuteten, ohne sagen zu können, wer auf welchem Weg davon erfahren hatte.

#### Präsentation der Partnerin bei einer Betriebsfeier

Eine häufig genutzte Form, sich ohne direktes Ansprechen der Lebensweise im beruflichen Umfeld zu outen, ist, die Partnerin bei einem Fest vorzustellen, zum Beispiel bei einer Betriebsfeier oder einem privaten Fest im KollegInnenkreis. Diese Möglichkeit haben allerdings Lesben ohne Partnerin nicht. Zudem muss die Lebensgefährtin ebenfalls offen und bereit sein, sich einer solchen Situation auszusetzen.

Wenn die Liebste im Rahmen einer Feier mit beruflichem Bezug eingeführt wird, können die KollegInnen selbst entscheiden, wie viel sie von der lesbischen Lebensweise zur Kenntnis nehmen möchten und ob sie etwas dazu sagen wollen. Ein weiterer Vorteil: Frau kann beobachten und einschätzen, welche Reaktionen die Partnerin bzw. die damit offenkundige lesbische Lebensweise hervorrufen. Wenn keinerlei Reaktionen aus dem beruflichen Umfeld kommen, wird dies oft zunächst mit Erleichterung aufgenommen, gleichwohl bleibt die Unsicherheit bestehen, was die KollegInnen tatsächlich denken.

Auf eine gute Gelegenheit wie eine Feier zu warten, ist eine Option, eine andere ist, diese selbst zu schaffen. Ursula beispielsweise nahm ihre neue Position als Leitende Ärztin eines Brustzentrums zum Anlass, ihre KollegInnen zu einem privaten Fest zu sich nach Hause einzuladen. Sie präsentierte sich dabei mit ihrer Partnerin und machte die Erfahrung, dass sie die KollegInnen mit dieser offensiven Geste und der herzlichen Einladung, einen Blick in ihren Privatbereich zu werfen, für sich und ihre Partnerin einnehmen konnte.

Trotz dieser großen Offenheit scheint sie aber die Haltung „don't ask, don't tell“ verinnerlicht zu haben. Sie erzählte, wie sie oft ein bisschen erschrickt, wenn Menschen aus ihrem beruflichen Umfeld sich explizit auf ihre Lebensweise beziehen. Zum Beispiel wenn die Sekretärin ihr mitteilt, ihre Partnerin habe angerufen. Solche Wahrnehmungen zeigen, wie wenig selbstverständlich Selbstverständliches ist.

#### Unterstützung durch KollegInnen beim Outen

Barbara, die ebenfalls lange über die geeignete Form nachdachte, sich ihren Praxismitarbeiterinnen gegenüber zu outen, wünscht sich, von ihren Mitmenschen aktiv auf ihre Lebensweise angesprochen zu werden. Sie bedauert, dass ihre Mitarbeiterinnen in der Praxis sie nicht von sich aus nach ihrer Lebensweise fragten, obwohl sie lange, bevor sie sich selbst outete, davon wussten. Sie hätten Barbara dadurch die Offenheit erleichtert.

Wie positiv sie solches Verhalten von KollegInnen erlebte, erzählte uns eine Ärztin im Rahmen einer Gruppendiskussion. Karen ist Anästhesistin, zu ihrer Arbeit gehören regelmäßige Notfalleinsätze zusammen mit Rettungssanitätern. In diesen nächtlichen Einsätzen und gemeinsam durchgestandenen Grenzsituationen entsteht eine besondere Verbundenheit. Auf der Rückfahrt nach einem solchen Einsatz fragte unvermittelt einer der Kollegen, wie es denn ihrer Partnerin so gehe. Sie selbst hatte mit den Sanitätern nie über ihre Lebensweise gesprochen, aber „der Klinikratsch hatte es rumgebracht“. Zuerst war sie erschrocken und überrascht, bemühte sich aber, sich das nicht anmerken zu lassen. Die Frage empfand sie aber als freundliches Signal, dass die Kollegen von ihrer Lebensweise wussten, sie damit akzeptierten und zur Offenheit ermutigen wollten.

Auch später erlebte sie noch einmal, wie ein Praxispartner ihr die unangenehme Situation des Outens abnahm: Bei Vertragsverhandlungen mit der Leitung eines medizinischen Versorgungszentrums

übernahm er es, den Anwesenden mitzuteilen, dass Karen eine Partnerin hat, die in der Praxis angestellt ist. Sie machte dabei die Erfahrung, dass der Kollege durch seine lockere Art des Mitteilens den selbstverständlichen Umgang mit ihrer Lebensweise förderte.

#### Unangenehme Fragen – ausweichen und taktieren

In einem unsicheren Umfeld können Fragen nach dem Privatleben wie dem Partner und der Familie auch schwierig sein.

Von einer solchen Situation erzählte Carola im Interview: Als sie eine neue Stelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einer Klinik antrat, sollte sie in den ersten Tagen in einer Runde von KollegInnen viele Fragen auch zu ihrer privaten Situation beantworten. Das Gespräch sollte das gegenseitige Kennenlernen fördern, Carola wollte sich jedoch nicht outen, noch bevor sie die KollegInnen und die Atmosphäre in der Klinik überhaupt einschätzen konnte. Daher versuchte sie, ausweichend zu antworten. Die KollegInnen bemerkten das schließlich und fragten nicht weiter nach.

Auch Sabine, die in der Pharmaindustrie ärztlich tätig ist, muss im beruflichen Alltag häufig auf Fragen zu ihrem Privatleben reagieren. Zu ihrer Arbeit gehören informelle Kontakte zu KundInnen und KollegInnen und somit auch viel Small Talk. Gespräche über Familie und anderes Privates sind dabei zentrale Themen, und Sabine muss ständig überlegen, wie sie auf die Fragen dazu reagieren soll. Wenn möglich, versucht sie ausweichend zu antworten. Oft fühlt sie sich unwohl, sich in diesen Gesprächen zu outen. Selbst in einem vergleichsweise toleranten oder gar akzeptierenden Umfeld ist es immer noch nicht selbstverständlich, lesbisch zu leben, und sie hat das Gefühl, sich dadurch zu exponieren. Gleichzeitig möchte sie auf keinen Fall von ihrer Partnerin als einem „Er“ sprechen. Unangenehm erlebt Sabine auch die klassische und enge Wahrnehmung der lesbischen Lebensweise als vorwiegend sexuell. Anders als bei heterosexuellen Menschen, bei denen das Erwähnen des Partners als Aussage über deren soziale Bezüge verstanden wird, wird die gleiche Information bei Lesben (und Schwulen) oft als Aussage zu deren Sexualität gehört. Das hat manchmal peinliches Schweigen oder das Abwenden der GesprächspartnerIn zur Folge. Das Gegenüber kann sich aber auch eingeladen fühlen, intime oder voyeuristische Fragen zum Sexualleben zu stellen, wie Sabine in ihrem biografischen Bericht erzählt.

#### **Erfahrungen mit Offenheit als lesbische Ärztin**

Die Teilnehmerinnen der Diskussionen und Interviews berichteten über sehr unterschiedliche positive und negative Reaktionen auf ihre Lebensweise. Über positive Erlebnisse zeigten sie sich oft überrascht und erleichtert, da sie andere Erwartungen hatten. Erfahrungen von Diskriminierung waren manchmal verunsichernd, oft kränkend oder demütigend, in einzelnen Fällen auch existenzbedrohend.

#### Unterschiedliche Wahrnehmung von Diskriminierung

Es ist auffallend, wie unterschiedlich die Berichte der einzelnen Ärztinnen im Hinblick auf Diskriminierungserfahrungen ausfielen, was sich nicht allein dadurch erklären lässt, dass sie in unterschiedlichen Bereichen arbeiten oder dass im Laufe der Zeit die Akzeptanz der lesbischen Lebensweise zugenommen hätte. Es ist eher naheliegend, dass Diskriminierungen – als solche und in ihren Abstufungen – auch unterschiedlich wahrgenommen werden.

Möglicherweise spielt hierbei verinnerlichte Homophobie bzw. Homonegativität eine Rolle, also negative Vorannahmen und Stereotype, die Lesben (und Schwulen) als Folge der eigenen homophoben und heteronormativen Sozialisierung mehr oder weniger bewusst in sich tragen. Sie kann abwertende Äußerungen über Lesben oder diskriminierendes Verhalten als „normal“ erscheinen lassen.

Zum Beispiel berichtete nur eine einzige Ärztin von zahlreichen homophoben Lehrinhalten während des Studiums, mit denen sie sich auseinandersetzen musste. Dazu gehörten pathologisierende Äußerungen über Homosexualität oder heteronormative Grundannahmen, die andere als

heterosexuelle Lebensweisen ausschlossen. Es ist davon auszugehen, dass alle Ärztinnen im Studium und Berufsleben mit solchen Äußerungen konfrontiert wurden, die ihnen aber nicht in Erinnerung geblieben sind.

Außerdem erfolgt Diskriminierung häufig subtil, und in vielen Situationen ist nicht klar, ob zum Beispiel distanziertes Verhalten von KollegInnen oder Benachteiligungen durch Vorgesetzte tatsächlich Reaktionen auf die lesbische Lebensweise sind. Auch hier liegt es nahe, zum Selbstschutz keinen Zusammenhang herzustellen statt sich die Diskriminierung bewusst zu machen – zumal in solchen nicht eindeutigen Situationen die Tendenz besteht, selbst an der eigenen Wahrnehmung zu zweifeln oder sie von außen infrage gestellt zu erleben.

Die hierarchisch hohe Position und das Rollenverständnis von Ärztinnen können ebenfalls zu unterschiedlichen Wahrnehmungen von diskriminierendem Verhalten beitragen. Zum Selbstbild von Ärztinnen gehören Stärke und Souveränität. Sich als Opfer von Diskriminierung zu erleben, verträgt sich nur schlecht mit diesem Bild, und es ist möglich, dass diskriminierende Erfahrungen deshalb ausgeblendet werden.

Tatsächlich erklärten in den Interviews und Diskussionen einige Ärztinnen, noch nie negative Reaktionen oder Diskriminierungen erlebt zu haben. Im Laufe der Gespräche erzählten sie aber doch über diskriminierende Erlebnisse, zum Teil ohne diese so zu benennen.

Möglicherweise kann die hohe Position in der Klinikhierarchie auch davor schützen, direkt mit diskriminierenden Äußerungen konfrontiert zu werden. Ärztinnen mit guten Kontakten zum Pflegepersonal wissen, dass Pflegende häufiger Abwertung und Benachteiligung erleben. Carola, die im Studium in der Krankenpflege jobbte, hat selbst die Erfahrung gemacht, als Pflegende deutlich mehr mit Diskriminierung konfrontiert worden zu sein als später in ihrer Position als Ärztin.

#### Vorsichtig agieren, um Diskriminierung zu vermeiden

Einige Beispiele zeigen auch, dass Ärztinnen sich in bestimmten, als unsicher eingeschätzten Situationen vorsichtig verhalten, um sich einer erwarteten oder befürchteten Diskriminierung nicht auszusetzen. Durch solche Selbstdisziplinierungen werden potenzielle Ablehnung und Diskriminierung sowie die Homophobie des Umfelds verschleiert.

Ursula, die als Leitende Ärztin eines Brustzentrums und im Vorstand einer konservativen Fachgesellschaft mit ihrer Lebensweise sehr offen umgeht, sagte im Interview, dass sie sich scheut, Themen der Lesbengesundheit in der Fachgesellschaft öffentlich anzusprechen. Ohne konkrete Erfahrungen damit gemacht zu haben, erwartet sie, die Toleranz der KollegInnen zu überfordern und auf Abwehr zu treffen. Dass diese Erwartung nicht abwegig ist, werden die Erfahrungen anderer Ärztinnen zeigen, die im letzten Kapitel dargestellt sind.

Auch Julia vermied es, sich zu outen, nachdem sich ihr Chef im Bewerbungsgespräch negativ über Frauen geäußert hatte, die nicht seinem traditionellen Frauenbild entsprachen.

#### Allgemeine homophobe Äußerungen

Viele homophobe und heterosexistische Erlebnisse beziehen sich nicht direkt auf die eigene Person. Oft äußern KollegInnen oder Mitstudierende allgemeine negative Meinungen über Lesben (und Schwule sowie Trans-Personen) oder Ärztinnen werden Zeuginnen von diskriminierenden Bemerkungen über lesbische Patientinnen. Solche Situationen sind insofern belastend, als sie deutlich machen, dass das Umfeld keineswegs sicher ist und jederzeit mit negativen Reaktionen auf die eigene Person gerechnet werden muss. Zum Beispiel erzählte Carola von ihrem Schock, als sie gleich in den ersten Tagen des Studiums in der Toilette den Spruch „Lesben und Schwule sollen verrecken“ an der Wand las. Ihr wurde dabei klar, dass es auch an der ihr so offen und tolerant erscheinenden Universität Intoleranz bis hin zu Hass gab.

Eine andere Ärztin, Jo, erlebte in der ersten Vorlesung, wie ein Kommilitone darauf bestand, Homosexualität sei eine psychische Krankheit. Die Botschaft für sie war klar: Mit Ausgrenzung und Diskriminierung ist zu rechnen. Tatsächlich musste sie sich in den nächsten Semestern in den



Vorlesungen und Seminaren viele heterozentristische bis offen heterosexistische und homophobe Lehrinhalte anhören. Diese Äußerungen ließ sie nicht unwidersprochen, es war jedoch für sie eine große Belastung, sich als einzige immer wieder zu Wort zu melden und etwas dagegen zu sagen. Sie und auch Carola berichteten, dass die Auseinandersetzung mit den Strukturen im Medizinbetrieb, die sie als patriarchal, hierarchisch, homophob und heterozentristisch analysieren, sehr kräftezehrend war. Dies führte dazu, dass sie ihr Studium und die Berufstätigkeit immer wieder unterbrechen mussten und sich sogar gezwungen sahen, über berufliche Alternativen nachzudenken.

Auch Julia wurde bei ihrer Arbeit in verschiedenen Kliniken mehrfach Zeugin von abwertenden Äußerungen über Lesben. Zum Beispiel erlebte sie, dass in einem Gespräch mit KollegInnen eine Stationsleitung als „blöde Lesbe“ bezeichnet wurde, was Julia darin bestärkte, sich selbst nicht zu outen, obwohl sie sich sehr wünscht, im beruflichen Umfeld offener sein zu können.

### Subtile Ausgrenzung

Viele Erfahrungen mit Diskriminierung sind subtil, und es kann schwierig sein, das Erlebte einzuschätzen und zu bewerten. So erlebte Sabine an ihrer ersten Stelle in einer Pharmafirma, wie sie nach ihrem Coming-out von ihrem Chef und den KollegInnen isoliert wurde. Plötzlich fanden Teambesprechungen ohne sie statt, bestimmte Informationen erreichten sie nicht mehr. Sie war sich aber nicht sicher, ob diese Erlebnisse tatsächlich Reaktionen der KollegInnen auf ihre Lebensweise waren. Das verunsicherte sie zusätzlich.

Auch Julia war als Assistenzärztin in der Inneren Medizin unsicher, ob das Verhalten einer Oberärztin, die sie ständig und in Gegenwart anderer MitarbeiterInnen unsachlich und scharf kritisierte, mit ihrer lesbischen Lebensweise zu tun hatte. Ihr war damals nicht klar, ob die Oberärztin davon wusste, außerdem zeigte sie ähnliches Verhalten auch gegenüber anderen AssistenzärztInnen. Trotzdem vermutet Julia einen Zusammenhang.

Eine niedergelassene Ärztin, Astrid, berichtete uns in der Gruppendiskussion von einer ähnlich verunsichernden Situation. Sie traf zufällig im Urlaub einen Kollegen aus einer anderen Praxis. Beide waren sie in Begleitung ihrer Ehefrau unterwegs. Der Kollege begrüßte sie freundlich und offen und stellte dabei seine Frau vor. Daraufhin entschloss sich Astrid, ihm ebenfalls ihre Frau vorzustellen. Der Kollege murmelte daraufhin ein paar unverständliche Laute, wandte sich ab und ließ sie mit ihrer Partnerin stehen. Astrid war sehr verunsichert, ärgerte sich aber auch darüber, dass die Situation ihr keine Möglichkeit gelassen hatte, auf eine konkret abwertende Äußerung zu reagieren, sondern dass sie mit diesem nonverbalen Ausdruck von Ablehnung zurechtkommen musste.

### Unterstellung von sexuellen Interessen

Besonders verunsichernd und demütigend sind Situationen, in denen Lesben unterstellt wird, den Kontakt mit Patientinnen zu sexualisieren. Diese Erfahrung machten die Lesben, mit denen wir gesprochen haben, ausschließlich mit männlichen Kollegen.

Carola berichtete, dass ihr während eines Pflegepraktikums von Kollegen sexuelles Interesse bei der Pflege von Frauen im Intimbereich unterstellt wurde und ihr diese Tätigkeiten untersagt wurden. Sie nahm die Vorwürfe als gezielte und aggressive Diskriminierung wahr, um sie zu demütigen.

Einer offen lebenden Medizinstudentin, Silke, unterstellte der Oberarzt, sie mache das Praktikum in der Gynäkologie nur, um zu sehen, wie Frauen „untenrum“ aussehen. So absurd diese Unterstellung war, führte sie doch zu einer großen Verunsicherung. Es entstand jedes Mal eine angespannte Atmosphäre, wenn Silke eine gynäkologische Untersuchung unter Anleitung des Oberarztes durchführen sollte, und sie vermied daraufhin solche Situationen. Diese Erfahrung trug auch dazu bei, dass sie sich gegen eine Weiterbildung in der Gynäkologie entschied.

Auch auf andere Weise werden Sexualisierungen in Behandlungssituationen sexistisch gegen lesbische wie heterosexuelle Studentinnen oder Ärztinnen eingesetzt: Sie werden dazu aufgefordert, die Situation sexualisiert zu besetzen oder es werden ihnen diesbezügliche Motive zugeschrieben. Eine Ärztin assistierte beispielsweise während eines Praktikums bei einer Brustoperation. Der

Oberarzt, der von ihrer Lebensweise nichts wusste, forderte sie auf, die große Brust der Patientin festzuhalten mit den Worten: „Greifen Sie zu, die Gelegenheit haben Sie ja sonst nicht.“

### Verlust des Arbeitsplatzes

Einzelne Ärztinnen berichteten über diskriminierende Erlebnisse, die sie in ihrer Existenz bedrohten, wie Anne, die im ÄIP Ende der 1980er Jahre in der gynäkologischen Abteilung einer Kleinstadtklinik zunächst sehr offen war. Trotzdem nahm der Chef anscheinend ihre lesbische Lebensweise nicht wahr oder realisierte sie nicht. Erst als er von seinem Oberarzt darauf gestoßen wurde, nahm er die Zusage für eine Weiterbeschäftigung nach dem ÄIP zurück. Auch ein weiteres Stellenangebot in einer anderen Abteilung der Klinik wurde zurückgezogen. Diese Diskriminierung hatte für Anne schwerwiegende finanzielle Folgen, da sie danach zehn Monate arbeitslos war.

### Gegensätzliche Erfahrungen in ländlichen Regionen

Meike, eine Landärztin, erzählte uns in der Gruppendiskussion ebenfalls von einer existenziell bedrohlichen Erfahrung. Sie ließ sich in einem Dorf als Hausärztin nieder, lebte aber zunächst weiter in der nahe gelegenen Großstadt, in der sie auch studiert hatte. Nach einiger Zeit plante sie, in die Nähe der Praxis zu ziehen und mit ihrer Partnerin im Nachbardorf ein Haus zu kaufen. Durch ihr Interesse am Hauserwerb wurde ihre Lebensweise in diesem Ort bekannt. Die Folge: Sie wurde von den DorfbewohnerInnen gemieden, niemand sprach mehr mit ihr. Aber nicht nur das, kein Dorfbewohner begab sich mehr zu ihr in Behandlung, was sie psychisch sehr belastete und zudem zu einer Gefahr für ihre Praxis werden konnte. Meike befürchtete, auch PatientInnen aus anderen Dörfern könnten fernbleiben, wenn sie von ihrer Lebensweise erführen. Daher entschied sie sich, das Haus nicht zu kaufen. Sie lebt mit ihrer Partnerin weiter in der Großstadt und hat eine kleine Wohnung in Praxisnähe, wo sie unter der Woche wohnt. Die MitarbeiterInnen der Praxis wissen von ihrer Lebensweise, gegenüber PatientInnen verschweigt sie sie nach dieser Erfahrung aber konsequent.

Katrin, ebenfalls Ärztin auf dem Land, machte ganz andere Erfahrungen. Sie wohnt zusammen mit ihrer Partnerin in einer Lesben-Wohngemeinschaft im Nachbardorf, fühlt sich dort von den DorfbewohnerInnen akzeptiert und hat keinerlei negative Reaktionen erlebt. Vorbehalte sind wohl, so Katrin, durch persönliche Kontakte abgebaut worden: Bei Gesprächen über den Gartenzaun konnten die NachbarInnen feststellen, dass auch Lesben nett sind und man mit ihnen über Alltägliches reden kann. Trotzdem geht sie davon aus, dass im Dorf über sie geredet wird. Sie hat einmal erlebt und ist darüber sehr erschrocken, wie übel man über einen anderen Dorfbewohner lästerte, der eine Affäre mit einer sehr viel jüngeren Frau hatte. Es ist ihr aber nie zu Ohren gekommen, dass über sie auf solche Art gesprochen wurde.

In der Praxis hat sie ebenfalls keine negativen Reaktionen erlebt. Den MitarbeiterInnen gegenüber ist Katrin völlig offen. Im Kontakt mit PatientInnen verschweigt sie zwar ihre Lebensweise, auch wenn diese Fragen zu ihrem Privatleben stellen, denkt aber, dass viele PatientInnen davon wissen. Sie geht nicht davon aus, dass PatientInnen deswegen der Praxis fernbleiben. Da die Praxis sehr gut läuft, macht sie sich darüber aber auch keine Gedanken.

### Persönliche Informationen bei Internetauftritten von Kliniken und Praxen

Ein relativ neues Konfliktfeld sind die Internetauftritte von Praxen und Kliniken. Einige Einrichtungen stellen ihre MitarbeiterInnen dort nicht nur mit beruflichen Qualifikationen, sondern auch mit Informationen über den Familienstand und etwaige Kinder vor. Lesbisch lebende MitarbeiterInnen solcher Einrichtungen müssen überlegen, welche persönlichen Informationen über sie veröffentlicht werden sollen bzw. sie müssen sich darüber mit den KollegInnen oder ChefInnen auseinandersetzen. Eine Ärztin machte die Erfahrung, dass ihr neuer Chef auf der Homepage der Praxis bei allen MitarbeiterInnen Angaben zur Familiensituation und Kindern einstellte. Bei ihr wollte er die Angaben zu ihrer Partnerin jedoch weglassen. Sie wehrte sich und forderte die gleiche Darstellungsweise für

alle. Ihr Vorgesetzter schreckte offenbar davor zurück, eine Mitarbeiterin öffentlich als lesbisch vorzustellen. Den Vorwurf der Ungleichbehandlung wollte er jedoch auch nicht auf sich sitzen lassen und zog es vor, die persönlichen Informationen bei allen KollegInnen zu entfernen.

### Lesbische Partnerinnenschaft im beruflichen Umfeld

Eine besondere Situation entsteht, wenn Lesben sich am Arbeitsplatz in eine Mitarbeiterin verlieben und eine Beziehung eingehen. Offen gelebt wird ihre Lebensweise in besonderem Maße für alle sichtbar, da die MitarbeiterInnen regelmäßigen Kontakt mit dem Paar haben und deren Interaktion direkt miterleben.

Carola und Christa haben damit gute Erfahrungen gemacht. Beide haben eine Partnerin, mit der sie zusammenarbeiten. Ihre Beziehung wird bzw. wurde von den KollegInnen positiv aufgenommen oder akzeptiert. Carola, Oberärztin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, schätzt das aktive und persönliche Interesse der MitarbeiterInnen, die nachfragen, wohin es in den Urlaub geht oder was sie mit ihrer Partnerin am Wochenende unternommen hat. Christa berichtet sogar davon, dass sie Ähnliches in dem sehr konservativen Umfeld einer kirchlichen Klinik in der ehemaligen DDR erlebte. Sie war damals eine Beziehung mit Barbara, einer Krankenschwester, eingegangen. Zwar sprachen die KollegInnen nicht offen darüber, aber der Verwaltungschef ließ schon mal Grüße an „die bessere Hälfte“ ausrichten. Und es wurde stillschweigend toleriert, dass Christa im Bereitschaftsdienst angab, sie sei in Barbaras Zimmer erreichbar, wo sie die Nacht verbrachte.

Möglicherweise ist es für die Akzeptanz der KollegInnen förderlich, wenn sie beide Partnerinnen bereits kennen und schätzen. Allerdings hatten sich Christa und Barbara entschieden, alles zu vermeiden, was als Provokation verstanden werden könnte; so nahmen sie sich zum Beispiel nicht im Beisein anderer in den Arm.

### Positive Reaktionen auf die Verpartnerung

Mehrere Frauen berichteten, dass die Verpartnerung für sie ein Ereignis war, bei dem sie unerwartet viel Akzeptanz und sogar Herzlichkeit in ihren beruflichen Kontexten erfahren haben. Dies hat sie in ihrer Lebensweise und dem offenen Umgang mit ihr bestärkt.

Eine Ärztin lud zum Beispiel ihre MitarbeiterInnen zur Hochzeit ein, was sehr zum guten Klima am Arbeitsplatz beitrug. Gabriele, die Gynäkologin aus Bremen, hatte zwar ihre KollegInnen nicht zur Hochzeitsfeier eingeladen, bekam aber ein „riesiges“ Geschenk von der ganzen Abteilung, für sie ein Zeichen großer Wertschätzung für ihre Lebensweise.

Auch Christa erlebte positive Reaktionen auf ihre Verpartnerung. Aus Angst vor negativen Konsequenzen für die Praxis, wenn durch die Verpartnerung ihre Lebensweise im Ort bekannt würde, wagte sie diesen Schritt erst, nachdem sie die Praxis abgegeben hatte. Daher war sie besonders überrascht über die vielen Glückwünsche und herzlichen Reaktionen – gerade auch von ehemaligen Patientinnen.

## Formen des Umgangs mit Diskriminierung

Über direkte und aktive Gegenwehr gegen diskriminierendes Verhalten in beruflichen Kontexten wurde in den Interviews und Diskussionen nur wenig berichtet.

In den 1980er Jahren, als Anne wegen ihrer Lebensweise ihren Job verlor, gab es noch kein Gleichbehandlungsgesetz und keine Antidiskriminierungsstelle. Aber selbst wenn es keine Möglichkeit gab, sich juristisch zu wehren, erlebte Anne, dass die Absage ihres Chefs, sie nach dem ÄIP weiter zu beschäftigen, ihren Willen stärkte, sich davon nicht behindern zu lassen. Nachdem sie sich in ihrem ersten Beruf als Lehrerin mit ihrer Lebensweise stets akzeptiert gefühlt hatte, empfand sie die Absage und die Rücknahme einer weiteren Stellenzusage zwar als Botschaft, dass sie als Lesbe in der Medizin unerwünscht war. Diese Erfahrung stärkte jedoch ihren Entschluss, als Ärztin arbeiten zu wollen.

Auch Sabine berichtete von einer diskriminierenden Erfahrung, aus der sie Kraft schöpfen konnte: Der Psychotherapeut, mit dem sie zum ersten Mal über ihren Wunsch nach einer Frauenbeziehung sprach, wollte ihr einreden, sie sei nicht lesbisch und dieser Wunsch sei Ausdruck ihrer psychischen Probleme. Ihr wurde dadurch aber klar, wie groß ihre Sehnsucht nach einer Frauenbeziehung war, und sie wurde in ihrem Entschluss bestärkt, das Coming-out zu wagen.

#### (Mangelnde) Gegenseitige Unterstützung

Sehr wichtig ist für viele Frauen der Austausch mit anderen Lesben über diskriminierende Erfahrungen. In diesen Gesprächen bekommen sie Rückmeldungen, die besonders in nicht eindeutigen Situationen ihre Wahrnehmung bestätigen, und sie können gemeinsam über mögliche Strategien der Gegenwehr nachdenken. Ein Forum für solche kollegialen Gespräche mit anderen lesbischen Ärztinnen sind die Treffen des Netzwerks Charlotte e.V. Viele Ärztinnen fühlen sich durch sie gestärkt und berichten, dass sie danach in ihrem beruflichen Umfeld mit mehr Mut offen und selbstbewusst auftreten.

Die unterschiedliche Wahrnehmung von Diskriminierung führt allerdings manchmal auch dazu, dass lesbische Frauen eine Situation unterschiedlich einschätzen. Das kann genauso wie der unterschiedliche Umgang mit Heterosexismus und Homophobie zu Konflikten führen.

Zum Beispiel bekam eine Ärztin, Marina, von lesbischen Kolleginnen vorgeworfen, sie brauche sich über negative Reaktionen nicht zu wundern, da sie durch ihr offenes Auftreten und das Ansprechen von Heterosexismus und Homophobie ihr berufliches Umfeld provoziere. Dem Opfer der Diskriminierung wird so die Schuld für das diskriminierende Verhalten des Umfelds zugeschrieben. Diejenige, die die Diskriminierung anspricht, wird zum Problem erklärt, die TäterInnen werden entschuldigt. Oft fühlt sich Marina von lesbischen Kolleginnen deshalb alleingelassen, wenn sie diskriminierende Situationen erlebt und anspricht, und würde sich mehr Unterstützung und Solidarität wünschen.

Gründe für Ignoranz und mangelnde Solidarität sind vielfältig und wären noch eingehend zu untersuchen. Möglicherweise kann – je nach Persönlichkeit und politischen Ansprüchen oder Selbstverständnis – das Ignorieren oder Verleugnen von heterosexistischem und homophobem Verhalten im Berufskontext Konflikte vermeiden helfen und vielleicht so auch Stress reduzieren. Es erfordert jedenfalls besonderen Mut, KollegInnen, zu denen ansonsten ein gutes Verhältnis besteht, auf ihr diskriminierendes Verhalten hinzuweisen, da sehr häufig mit abwehrenden Reaktionen zu rechnen ist.

Für die Lesben, die das wagen, ist es dann besonders belastend, wenn sie von lesbischen Kolleginnen dabei nicht unterstützt oder gar deswegen angegriffen werden.

### **Lesbische Ärztinnen und ihre PatientInnen**

Neben dem Umgang mit der Lebensweise im kollegialen Umfeld ist der Kontakt mit PatientInnen für lesbische Ärztinnen ein zentrales Thema, das sie durch den Berufsalltag begleitet. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist von einem Machtgefälle geprägt, PatientInnen müssen sich zudem in gewissem Maße ihren ÄrztInnen anvertrauen. Ihre Bedürfnisse stehen deshalb im Mittelpunkt, und es gilt als professionelles ärztliches Verhalten, gegenüber PatientInnen nicht über das eigene Privatleben zu sprechen. Der Kontakt ist geprägt von ärztlicher Fürsorge und dem Bestreben, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

#### Offenheit versus professionelle Distanz

In den Interviews und den Gruppendiskussionen zeigte sich: Gegenüber PatientInnen sind Ärztinnen deutlich weniger offen als gegenüber ihren MitarbeiterInnen. Dies wird zunächst mit professionellem Verhalten begründet.

Viele PatientInnen wünschen sich jedoch persönliche Informationen über ihre Ärztin oder ihren Arzt und stellen nicht selten Fragen, etwa nach dem Ehemann, der Familie oder den Kindern. Meist weichen lesbische Ärztinnen solchen Fragen aus oder beantworten sie nur teilweise. Auf die Frage nach eigenen Kindern reagieren sie nur mit „nein“; wenn sie verpartnert sind, beantworten sie die Frage, ob sie verheiratet sind, mit einem knappen „ja“. Oft widersprechen sie nicht, wenn ihnen Heterosexualität unterstellt wird.

In den Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass die benannte professionelle Distanz nicht der einzige Grund dafür ist, Informationen über die eigene Lebensweise zurückzuhalten. Beispielsweise sind lesbische Ärztinnen durchaus gesprächiger, wenn es um „neutrale“ Themen wie Hobbys oder Haustiere geht. Viele erleben außerdem, dass ihre heterosexuellen KollegInnen bei Fragen zur Familie Informationen preisgeben. Gerade bei PatientInnen, die sie schon lange kennen, haben lesbische Ärztinnen ebenso den Wunsch, sich auch mit ihrer Lebensweise offen zu zeigen. Sie fühlen sich auch nicht gut damit, unterstellte Heterosexualität unkommentiert zu lassen, zum Beispiel wenn PatientInnen vom imaginierten Ehemann der Ärztin sprechen.

Wenn lesbische Medizinerinnen erwägen, gegenüber PatientInnen offen zu sein, bedenken sie nicht nur negative Konsequenzen für sich selbst, sondern auch für ihr Gegenüber. Sie befürchten, dass PatientInnen durch das Outen verunsichert und ihr Vertrauen beeinträchtigt werden könnte, wenn sie lesbische Lebensweisen nicht akzeptieren oder zumindest tolerieren. Die Bedenken sind besonders begründet, wenn im sozialen oder religiösen Umfeld einer Patientin oder eines Patienten homophobe Einstellungen verbreitet sind. Die meisten lesbischen Ärztinnen entscheiden sich dann, ihre Lebensweise zu verstecken, um das Vertrauensverhältnis zu schützen und den PatientInnen zu ermöglichen, sich mit ihren gesundheitlichen Problemen und Sorgen bei ihnen gut aufgehoben zu fühlen.

Viele Ärztinnen berichteten auch, dass sie ihrer spontanen Intuition folgen, wenn sie in einer Situation entscheiden, sich zu outen. Einfluss darauf haben verschiedene Faktoren, zum Beispiel wie lange sie die Patientin oder den Patienten kennen. Oder ob sie sich ihnen besonders nahe fühlen, weil die Krankheit eine besonders intensive Betreuung erfordert oder weil sie Ähnlichkeiten zwischen sich und der Patientin wahrnehmen. Auch bei Fragen von PatientInnen zum Privatleben können sie unterschiedliche Signale wahrnehmen. Sie können heraushören, ob eine Patientin oder ein Patient tatsächlich erfahren möchte, wie die Ärztin lebt, oder ob sie bzw. er vielmehr etwas Verbindendes zwischen sich und der Ärztin sucht und gerade nicht mit dem Offenlegen der lesbischen Lebensweise rechnet.

Das sensible Erspüren der Situation führt möglicherweise dazu, dass lesbische Ärztinnen oft gute Erfahrungen damit machen, wenn sie sich outen. Der Kontakt zu den PatientInnen verbessert sich und auch sie selbst fühlen sich wohler, wenn sie mit diesem Teil ihrer Persönlichkeit sichtbar sind. Manchmal sind die Erfahrungen aber auch heikel, zum Beispiel wenn von der anderen Seite keinerlei Reaktion kommt und Unsicherheit zurückbleibt.

In einigen Situationen beschreiben Ärztinnen ein klares Gefühl, sich besser nicht zu outen, da sie negative Reaktionen erwarten. Das ist besonders bei älteren (heterosexuellen) Männern der Fall. Aber auch, wenn der kulturelle bzw. religiöse Hintergrund Intoleranz befürchten lässt, verstecken lesbische Ärztinnen in der Regel ihre Lebensweise<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Religiös begründete Intoleranz gegenüber Lesben und Schwulen wird in Deutschland in erster Linie dem Islam zugeordnet. Die Ablehnung von Homosexualität bei einigen christlichen Gruppierungen wie Evangelikalen und konservativen Katholiken wird hingegen sehr viel weniger wahrgenommen. Durch Medienberichte wurden Hass und Gewalt gegenüber Lesben und Schwulen, die von solchen Gruppierungen ausgehen, in osteuropäischen Ländern bekannt, sie existieren aber auch in Deutschland. Es ist nicht ausgeschlossen, dass bei der Entscheidung von Ärztinnen, sich mit ihrer Lebensweise offen zu zeigen oder eben nicht, stereotype Erwartungen gegenüber Muslimen oder MigrantInnen aus bestimmten Herkunftsländern in Bezug auf Intoleranz eine Rolle spielen.

## Nähe und Intimität bei körperlichen Untersuchungen

Zur ärztlichen Tätigkeit gehören körperliche Untersuchungen, bei denen sich die Patientin oder der Patient zumindest teilweise entkleidet, regelmäßig werden auch intime Körperregionen wie Brüste und der Genitalbereich untersucht. ÄrztInnen müssen einen angemessenen Umgang mit der dabei entstehenden Nähe und Intimität finden, und einige führen solche Untersuchungen im Beisein einer weiteren Person durch, um die Situation zu neutralisieren.

Die Sorge vor zu großer Nähe und Intimität bei solchen Untersuchungen wurde des Öfteren in den Gruppendiskussionen und Interviews angesprochen. Die Möglichkeit, Begleitpersonen hinzuzuziehen, wird unterschiedlich gehandhabt. Nicht wenige empfinden sie grundsätzlich als unnötig. Andere untersuchen immer in Gegenwart einer Begleitperson, wiederum andere machen die Entscheidung abhängig vom Alter oder Geschlecht der Patientin bzw. des Patienten oder davon, wie intim die zu untersuchenden Körperregionen sind. Bei manchen Ärztinnen spielt dabei eine Rolle, ob sie die Situation für sich selbst oder die Patientin als zu nah und intim empfinden und durch eine zweite anwesende Person mehr Distanz schaffen wollen. Andere möchten sich davor schützen, dass PatientInnen diese Situation umdeuten und ihnen sexuelles Interesse unterstellen könnten. Nicht immer ermöglichen es außerdem die Arbeitsabläufe in Kliniken oder Praxen, eine Begleitperson zu einer Untersuchung zu bitten.

Bei diesen Überlegungen spielt auch die lesbische Lebensweise eine Rolle. Zum Beispiel denken einige Ärztinnen darüber nach, ob sich PatientInnen bei einer Untersuchung anders fühlen, wenn sie von der Lebensweise der Ärztin wissen. Besonders in der Gynäkologie befürchten sie, dass die Untersuchung für die Patientin unangenehmer sein könnte, wenn sie wüsste, dass sie es mit einer lesbischen Ärztin zu tun hat. Deswegen vermeiden sie es, sich gegenüber Patientinnen zu outen. Nur Sina stellte in diesem Zusammenhang fest, dass das Problem von Intimität und Nähe doch auch für die Mehrzahl der (heterosexuell-männlichen) Gynäkologen besteht, aber von diesen und ihren Patientinnen selten thematisiert wird.

## Lesbische Patientinnen

Viele der lesbischen Ärztinnen beschäftigen sich mit der Frage, ob und wie sie lesbische Patientinnen erkennen können. Oft achten sie auf bestimmte Signale, an denen sie diese erkennen können und ziehen ihre Schlüsse aus den Reaktionen auf Fragen etwa zur Verhütung. Fragen zur PartnerInnenschaft gehören bei den meisten nicht zur Routine, und noch seltener werden diese Fragen offen gestellt. So bleibt es den Patientinnen selbst überlassen, ihre Lebensweise anzusprechen.

Eine unserer Gesprächspartnerinnen, Jo, achtet dagegen grundsätzlich darauf, Fragen zur Partnerschaft offen zu stellen, zum Beispiel: „Leben Sie in einer Beziehung mit einem Partner oder einer Partnerin?“ Sie erlebt, dass sich Lesben dadurch häufig ermutigt fühlen, sich zu outen. Oft sind es Frauen, so erzählt Jo, von denen sie das nicht vermutet hätte. Sie spricht sich dafür aus, ein solches Vorgehen zur allgemeinen Routine zu machen.

## Größere Offenheit

Wenn eine Patientin als lesbisch erkannt wird, hat auch die Ärztin die Möglichkeit, Signale auszusenden, aus denen die Patientin auf ihre Lebensweise schließen kann. Zum Beispiel wenn sie im Gespräch InsiderInnen-Informationen über lebensspezifische Angebote weitergibt oder sich anderweitig mit lesbischen Lebensweisen vertraut zeigt. Die meisten Ärztinnen gehen davon aus, von ihren lesbischen Patientinnen erkannt zu werden, wenn diese nicht schon vorher über ihre Lebensweise wussten und deshalb gezielt zu ihnen kommen. Gegenüber lesbischen Patientinnen sind sie offener mit ihrer Lebensweise und outen sich auch häufiger explizit als bei heterosexuellen PatientInnen.

Besonders in Großstädten sind einige lesbische Ärztinnen in der Lesbenszene bekannt und werden häufig von lesbischen Patientinnen aufgesucht, oder ihre Adressen werden von Lesbenberatungsstellen weitergegeben. Das Netzwerk Charlotte e.V. hingegen gibt grundsätzlich keine Praxisadressen ihrer Mitfrauen an Patientinnen weiter, obwohl dazu sehr häufig Anfragen kommen. Der Umgang der einzelnen Mitfrauen mit Offenheit ist sehr unterschiedlich und einige haben große Sorge, dass ihre Lebensweise bekannt werden könnte.

Nur eine der von uns befragten Ärztinnen, Gabriele, plant auch im Internetauftritt ihrer Praxis Hinweise auf ihre Lebensweise zu geben.

### Fürsorge und Aufmerksamkeit

Alle Ärztinnen freuen sich, wenn sie unter ihren Patientinnen Lesben erkennen. Mit ihnen fühlen sie sich besonders verbunden. Sie sind bestrebt, sich mit besonderer Aufmerksamkeit um sie zu kümmern. Speziell in der Klinik befürchten sie, dass die heterosexuellen KollegInnen nicht ausreichend auf die Bedürfnisse lesbischer Patientinnen eingehen. Daher ist es ihnen wichtig, diesen Patientinnen das Gefühl zu geben, dass sie mit ihrer Lebensweise akzeptiert werden. Oft ist auch die Sorge lesbischer Patientinnen vor einer schlechten Behandlung spürbar. Einige Ärztinnen berichteten, wie sie sich gelegentlich von der Partnerin einer Patientin bei Gesprächen und Untersuchungen sehr aufmerksam und genau beobachtet fühlten.

Im Engagement für eine gute Versorgung von lesbischen Patientinnen hat eine Ärztin in ihrer Klinik sogar eine Fortbildung für die KollegInnen organisiert, da sie einen Mangel an Fachwissen in diesem Bereich feststellte. Die Fortbildung wurde mit großem Interesse angenommen.

Manchmal besteht allerdings die Angst, dass die besondere Fürsorge für lesbische Patientinnen von den KollegInnen fehlgedeutet werden könnte. Astrid, die in einem konservativen kirchlichen Umfeld in der Gynäkologie arbeitet, berichtete von ihrer Sorge, ihr könnte dabei mangelnde Distanz zu lesbischen Patientinnen unterstellt werden. Auch deshalb fühlt sie sich sicherer damit, sich den meisten KollegInnen gegenüber nicht geoutet zu haben.

Dem großen Engagement für die Betreuung lesbischer Patientinnen stehen manchmal hohe Erwartungen auf der anderen Seite gegenüber. Anne berichtete, sich über Ansprüche von lesbischen Patientinnen auch schon mal geärgert zu haben. Diese hatten sich gezielt eine lesbische Ärztin gesucht und erwarteten von Anne deshalb eine besonders aufmerksame und intensive Betreuung. Dazu gehörten etwa Untersuchungen und Behandlungen zur Verwirklichung des Kinderwunsches, die nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden können, die sie aber nicht selbst bezahlen wollten. Das brachte Anne in den Konflikt, lesbische Patientinnen besonders gut betreuen zu wollen, sich dabei aber nicht ausnutzen zu lassen.

### Umgang mit erotischen Gefühlen

Manchmal kann die besondere Verbundenheit mit lesbischen Patientinnen auch Probleme bereiten. Es kann zu Momenten der Unsicherheit führen, wenn lesbische Ärztinnen eine Patientin attraktiv finden und ein Hauch von erotischer Spannung entsteht. Sie fühlen sich dann befangen und sind irritiert, plötzlich darum kämpfen zu müssen, die gewohnte Souveränität und professionelle Distanz zu wahren. Insbesondere Gynäkologinnen erzählen von solchen Erfahrungen, möglicherweise weil intime und sexuelle Themen in ihrem Fachbereich eine besonders große Rolle spielen. Die Ärztinnen, die solche Situationen erlebten, hatten das professionelle Gebot der Abstinenz gegenüber Patientinnen im Blick. Ihnen war bewusst, dass es ihre Rolle als Ärztin erfordert, die Anliegen und Bedürfnisse der Patientinnen in den Mittelpunkt zu stellen und ihre eigenen Gefühle aus dem Kontakt herauszuhalten.

### Stalking durch lesbische Patientinnen

Zwei Ärztinnen mussten belastende Erfahrungen mit Stalking durch lesbische Patientinnen machen. In einem Fall wurde eine Kinderärztin, Susanne, von der Mutter einer kleinen chronisch kranken

Patientin immer wieder massiv bedrängt. Das Kind musste einige Jahre lang in kurzen Abständen in einer Klinik behandelt werden. Die Frau, die von Susannes lesbischer Lebensweise nichts wusste, lauerte ihr wiederholt am Klinikeingang auf und überreichte ihr eines Tages einen Liebesbrief. Nachdem sich Susanne Rat und Unterstützung bei der Klinikpsychologin geholt hatte, sprach sie mit der Mutter und versuchte ihr deutlich zu machen, dass sie die Tochter gerne weiter betreuen wollte, aber keinen persönlichen Kontakt zur ihr wünschte. Dieses Gespräch zeigte nur kurzzeitig Erfolg. Danach suchte die Frau erneut so viel und so oft wie möglich die Nähe zu Susanne. Sie versuchte immer wieder, sie zu berühren, während Susanne das Kind untersuchte, wartete vor der Klinik auf sie und bedrängte sie dort auch körperlich. Susanne befand sich in einer schwierigen Situation, da sie mit ihrem Spezialwissen für die Betreuung des Kindes zuständig war und diese nicht an andere KollegInnen abgeben konnte. Sie behandelte das Kind schließlich nur noch in Begleitung von anderen KollegInnen. Dennoch blieb die Situation über einige Jahre bestehen und war sehr belastend. Im zweiten Fall betreute Christine, eine Internistin, eine Patientin mit einer schweren chronischen Erkrankung. Da die Patientin immer in Begleitung ihrer Partnerin zur Behandlung kam, sprach Christine sie auf ihre lesbische Lebensweise an und outete sich dabei selbst. Die Patientin suchte danach über die Behandlung hinaus über E-Mail oder Telefon Kontakt zu Christine und überhäufte sie mit Geschenken. Christine beendete zwar die Versorgung, die Patientin schickte aber weiterhin E-Mails und rief sie an. Es dauerte lange, bis Christine den Kontakt vollständig unterbinden konnte. Ein weiterer Fall verlief weniger dramatisch. Eine Anästhesistin, die ein Kind bei der Narkose betreut hatte, bekam danach von der Mutter einen großen Strauß roter Rosen in die Klinik geschickt mit einer Einladung zum Kaffeetrinken. Die Ärztin war sehr erschrocken und die Situation war ihr vor den anwesenden KollegInnen denkbar peinlich. Sie war sich sicher, dass die Frau von ihrer Lebensweise nichts wissen konnte, und entschied, in keiner Weise zu reagieren. Zu ihrer Erleichterung suchte die Mutter keinen weiteren Kontakt zu ihr.

## **Öffentliches Engagement für Lesbengesundheit**

Nur wenige der befragten Ärztinnen engagieren sich – über die direkte Betreuung hinaus – in Fortbildungen sowie Wissenschaft und Forschung für eine bessere gesundheitliche Versorgung von lesbischen Patientinnen – zum Beispiel indem sie Fortbildungen für KollegInnen und im Gesundheitsbereich Tätige organisieren oder zu dem Thema forschen. Es war uns nicht möglich, Erfahrungen dieser Ärztinnen – die positiven wie die negativen – zu anonymisieren, deswegen muss auf die Schilderung konkreter Erlebnisse verzichtet werden.

Wenn die lesbische Lebensweise so zum Inhalt der eigenen beruflichen Tätigkeit gemacht wird, wird sie in besonderem Maße öffentlich sichtbar. Bei einer Fortbildung im KollegInnenkreis müssen sich alle explizit mit dem Thema befassen und werden direkt mit Aspekten lesbischer Lebensweisen konfrontiert. Bei öffentlichen Auftritten wird auch das berufliche Umfeld damit in Verbindung gebracht. VeranstalterInnen von Tagungen und Kongressen zeigen sich offen mit Lesbenthemen, wenn sie dazu Referentinnen einladen, desgleichen Kliniken und Forschungsinstitute, wenn Mitarbeiterinnen wissenschaftlich zu diesen Themen arbeiten und publizieren.

Nur sehr wenige Ärztinnen riskieren es, sich so öffentlich mit Lesbenthemen zu befassen. Und während sie im persönlichen Kontakt mit KollegInnen relativ viel Akzeptanz erfahren, bekommen sie bei solchen öffentlichen Auftritten häufig die doch noch engen Grenzen der Toleranz zu spüren. Manchmal entsteht in kleinen Gruppen bei Seminaren oder Workshops aber eine Atmosphäre von offenem Interesse. Dann wird es möglich, die TeilnehmerInnen für die Probleme und Bedürfnisse von lesbischen Patientinnen zu sensibilisieren. Dies ist ein erster und grundlegender Schritt für etwaige Veränderungen im Berufsalltag.

Je öffentlicher sich aber eine Institution mit dem Thema Lesbengesundheit präsentieren soll, desto größer wird die Abwehr. Diese Abwehr und Ausgrenzung scheinen auch in Einrichtungen und Organisationen zu bestehen, die eine feministische Grundhaltung haben und in denen viele lesbische Mitarbeiterinnen beschäftigt sind. Meist hängt es vom Engagement und der Initiative einzelner Ärztinnen ab, dass solche Vorträge und Veranstaltungen dennoch angeboten werden, und es



erscheint kaum möglich, das Thema Lesbengesundheit in diesen Institutionen fest zu verankern und voranzutreiben. Möglicherweise haben Fachfrauen in diesem Umfeld Sorge, dass die Akzeptanz und Anerkennung ihrer frauenpolitischen oder feministischen Arbeit im Bereich der Frauengesundheit, die sie sich im Laufe der Jahre in der Wissenschaft und Politik erkämpft haben, durch das Aufgreifen von Lesbenthemen beeinträchtigt werden könnte.

Wenn Aspekte der Lesbengesundheit zum Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten gemacht werden, erfahren Studierende oder Ärztinnen Abwertung, sie werden nicht ernst genommen und ihre Fragestellungen werden nicht selten als Betroffenenforschung abqualifiziert. Bei Promotions- oder Habilitationsarbeiten gestaltet sich die Suche nach einer qualifizierten Betreuung für die Arbeit bzw. nach einer GutachterIn zeit- und energieraubend. Das liegt zum Teil an fehlenden Professuren in diesen Forschungsbereichen, aber auch daran, dass InstitutsleiterInnen von infrage kommenden Fachbereichen die Betreuung von Arbeiten in diesem Themenbereich ablehnen. Nicht selten zieht sich die BetreuerIn noch kurz vor Ende der Arbeit zurück, was den erfolgreichen Abschluss gefährdet oder sogar verhindert. Eine Schwerpunktsetzung im Bereich der lesbisch-feministischen bzw. queeren Forschung kann die Karriere von Wissenschaftlerinnen behindern und zu Schwierigkeiten bei der Stellensuche führen.

## **Lesbisch leben und Ärztin sein: Einfluss der Lebensweise auf die Berufswege**

### **Engagement im Beruf – Partnerinnenschaft und Familie**

In den Interviews und Gruppendiskussionen interessierte uns auch die Frage, welchen Einfluss die Lebensweise auf den Berufsweg lesbischer Ärztinnen hat. Diese Frage löste Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Berufsplanung und der Aussicht auf eigene Kinder und Familie aus. Außerdem fiel einigen Ärztinnen auf, dass sie sich auf ihrem Berufsweg mit unterschiedlichen und teilweise gegensätzlichen Rollenbildern als Frau, Lesbe und Ärztin auseinandersetzen mussten. Und nicht zuletzt spielte auch die Partnerinnenschaft für viele Ärztinnen eine wichtige Rolle für den Berufsweg.

#### **Berufliches Engagement statt Kinder und Familie?**

Die meisten Ärztinnen äußerten die Vorstellung, Ärztin zu sein bedeute, sich dem Beruf mit ganzer Energie zu widmen und wenig Zeit für Familie und Privatleben zu haben. Sie gehen davon aus, dass sie in diesem Beruf sehr hohen Arbeits- und Leistungsanforderungen gerecht werden müssen. Ihre lesbische Lebensweise sehen sie als sehr passend dafür an, da sie nicht durch Kinder und Familienpflichten in der Ausübung des Berufs eingeschränkt werden. Und umgekehrt sehen sie eine erfüllende Tätigkeit als gute Alternative zu einem Leben mit Kindern und Familie.

Für Christa war immer klar, dass sie sich zwischen vollem Engagement im Beruf und einer Familie entscheiden musste. Die Arbeit als Gynäkologin schien ihr nicht mit der Versorgung von Kindern vereinbar. Im Studium brach sie eine Beziehung zu einem Mann ab, da sie sich nicht vorstellen konnte, mit ihm zusammenzubleiben, ohne Kinder zu bekommen. Als sie später ihre Partnerin Barbara kennenlernte, war sie sehr froh, eine Beziehung leben zu können, die für sie mit ihrem beruflichen Engagement vereinbar war.

Eine andere Ärztin, Ina, konnte sich ebenfalls schwer vorstellen, ihre Berufspläne mit einer Familie unter einen Hut zu bringen. Sie fühlte sich vor dem Coming-out unter Druck, Kinder zu bekommen, und dachte, sie würde keinen Mann finden, der mit ihr auch ohne eigene Kinder leben wollte. Diese Vorstellung bereitete ihr Stress, sie hörte die biologische Uhr ticken und wusste nicht, wie sie ihre Karriereplanung mit Schwangerschaften und der Versorgung von Kindern zusammenbringen könnte. Es erleichterte sie sehr, dass dieser Druck mit dem Coming-out wegfiel.

In den Diskussionen und Interviews wurde deutlich, dass für die meisten Ärztinnen eigene Kinder nicht zum Lebensentwurf als Lesben gehören. Nur zwei Ärztinnen gingen auch nach ihrem Coming-out weiterhin selbstverständlich davon aus, dass sie eigene Kinder haben würden. Wahrscheinlich

wird bei jüngeren Lesben die Perspektive, eigene Kinder zu haben, selbstverständlicher. Aber auch dann ist und wird der gesellschaftliche Druck, Kinder zu bekommen, für sie weiterhin geringer sein. Daher werden sie wohl in ihrer Berufs- und Lebensplanung in diesem Punkt auch in Zukunft freier bleiben.

Auch wenn die Mehrzahl der befragten Ärztinnen keine eigenen Kinder hat, scheint die Entscheidung für den Beruf und gegen Kinder doch nicht völlig konfliktfrei gewesen zu sein. Zwar sind sie froh, sich als Lesben nicht genötigt zu fühlen, Kinder zu bekommen, trotzdem wünschen sich viele durchaus Kontakt mit Kindern.

Einige haben das bei der Wahl ihrer Fachrichtung berücksichtigt. Andere, die nicht nur mit Kindern arbeiten, sondern auch mit ihnen leben wollen, verwirklichen dies auf unterschiedlichen Wegen. Sie wurden, wie Sabine und Barbara, Co-Mutter eines Kindes, das die jeweilige Partnerin in der Beziehung bekam, oder die Partnerin brachte Kinder mit in die Beziehung. Einige Ärztinnen haben darüber nachgedacht, selbst durch Samenspende schwanger zu werden, oder sie haben es, wenn auch erfolglos, versucht. Nur eine der interviewten Ärztinnen bekam selbst in ihrer Partnerinnenschaft zwei Kinder. Schließlich haben einige Ärztinnen aus vorherigen heterosexuellen Lebensphasen Kinder.

Viele Ärztinnen widmen sich ihrem Beruf mit ganzer Energie. Sie finden ihre Erfüllung darin, völlig im Beruf aufzugehen, und nehmen Arbeitszeiten von 60 Wochenstunden sowie Nacht- und Wochenenddienste in Kauf, um eine Klinikkarriere zu machen oder eine eigene Praxis zu führen. Zwar fühlen sie sich dadurch auch belastet, aber die Arbeit macht ihnen großen Spaß. Sie genießen den Einfluss, den sie durch eine leitende Position in der Klinik haben oder sehen die Praxis als ihren wesentlichen Lebensinhalt.

Manche Ärztinnen kommen jedoch in Konflikt zwischen den hohen Arbeitsanforderungen einerseits und ihren Bedürfnissen nach einem erfüllten Privatleben andererseits.

Carola zum Beispiel ist leidenschaftliche Tänzerin, sie trainiert abends mehrmals in der Woche oder gibt selbst Tanzunterricht und reist an mehreren Wochenenden im Jahr zu Tanzturnieren. Trotz der zeitweise großen beruflichen Anforderungen hat sie dieses Hobby nie vernachlässigt. Dies führte dazu, dass sie immer wieder unter den Belastungen zusammenbrach, krank wurde und zunächst das Studium sowie später ihre berufliche Tätigkeit mehrfach unterbrechen musste.

Auch für Sina hat ein erfülltes Privatleben mit vielen Freundinnen und gemeinsamen Unternehmungen einen hohen Stellenwert. Außerdem ist ihr wichtig, als Langstreckenläuferin im Leistungssport aktiv zu bleiben und etwa an Marathonläufen teilzunehmen. Sie folgte daher dem Vorbild ihrer Partnerin, einer Anästhesistin, sich eine Stelle mit geringeren beruflichen Belastungen zu suchen. Auf Dauer war sie allerdings damit nicht zufrieden, da das Engagement im Beruf zu sehr in den Hintergrund geriet. Sie sucht weiter nach einer Balance zwischen den beiden Lebensbereichen. Auch die Mütter und Co-Mütter haben den Anspruch, trotz hoher Arbeitsanforderungen genügend Zeit für die Betreuung der Kinder zu haben.

## Ärztinnen und ihre Partnerinnen

Als besonders wichtig für ihren Berufsweg und ihr berufliches Engagement nannten viele der Ärztinnen ihre Partnerinnen. Sie bekommen von ihnen sehr viel Unterstützung für ihr Berufsleben, die sie als außerordentlich tragend, ja unverzichtbar bezeichnen. Sie könnten sich ohne diesen Rückhalt nicht im gleichen Maße in ihrem Beruf engagieren oder ihren Karriereweg gehen. Wesentliche berufliche Entscheidungen werden auch nicht ohne die Partnerin getroffen, die Ärztinnen fühlen sich darauf angewiesen, dass die Liebste diese mitträgt.

Viele Ärztinnen berichteten, von der Freundin ermutigt worden zu sein, ihren Karrierewünschen zu folgen. Besonders bei Carola und Jo, die mehrfach die Ausbildung unterbrachen und über berufliche Alternativen nachdachten, spielten die jeweiligen Partnerinnen eine wichtige Rolle, indem sie sie darin bestärkten, diesen Berufsweg weiterzugehen.

In den einzelnen Beziehungen gibt es unterschiedliche Formen von Unterstützung, die als hilfreich angesehen werden. Wenn beide Partnerinnen beruflich stark engagiert sind, schätzen sie das

Verständnis der Freundin für den arbeitsreichen Berufsalltag und die langen Arbeitstage. Die knapp bemessene Freizeit ist beiden kostbar, sie wird gemeinsam sorgfältig geplant und organisiert. Die Ärztinnen, deren Lebensgefährtinnen weniger stark ins Berufsleben eingespannt sind, genießen es, liebevoll umsorgt zu werden, wenn sie erschöpft nach Hause kommen. Einige haben Partnerinnen, die ihnen Alltagsaufgaben abnehmen und ihnen so den Rücken freihalten, sich im Beruf voll engagieren zu können. Außerdem kümmern sie sich um die sozialen Kontakte und organisieren Verabredungen oder andere Freizeitunternehmungen. Für einige ist die Liebste ein wichtiges Korrektiv, weil sie darauf hinweist, wenn Belastungsgrenzen überschritten werden. Es wird als hilfreich und fürsorglich empfunden, wenn sie gegen zu viele Überstunden und Nachtdienste protestiert und auf mangelnde Erholung aufmerksam macht, gerade wenn die Ärztinnen selbst nicht mehr spüren, wie überarbeitet und erschöpft sie sind. Gleichzeitig ist ihnen wichtig, dass die Freundin auch auf ihr eigenes Bedürfnis nach gemeinsamer Freizeit achtet und dies anspricht. Zum Beispiel berichtet Carola, dass es ihr schwer fällt, ihre Arbeitszeiten zu strukturieren. Sie ist daher dankbar, wenn ihre Partnerin sie in der Klinik anruft und ans Abendessen oder den Kinotermin erinnert.

Trotz der überwiegend positiven Erfahrungen werden nicht in allen Beziehungen das berufliche Engagement und die Arbeitsbelastung der Ärztinnen ohne Konflikte akzeptiert. Es gibt auch Partnerinnen, die mehr Zeit und Energie für die Gestaltung der gemeinsamen Zeit einfordern. Außerdem möchten sie nicht ständig die geduldige Zuhörerin sein, wenn die Liebste zu viel aus ihrem ärztlichen Alltag mit nach Hause bringt.

Gleichwertigkeit der Partnerinnen ist in allen Beziehungen ein wichtiges Anliegen. Einige der Ärztinnen haben Lebensgefährtinnen mit einem deutlich geringeren Einkommen und mitunter auch einer deutlich geringeren Arbeitsbelastung. Diese Unterschiede werden thematisiert, und das Paar setzt sich damit auseinander, wie sie die Gleichwertigkeit aufrechterhalten können.

Ein zentraler Faktor dabei ist, dass die Arbeit der anderen, auch wenn sie schlechter bezahlt ist, als wichtig und wertvoll anerkannt wird. Viele Partnerinnen arbeiten in sozial oder politisch engagierten Projekten, deren Inhalte und Ziele auch die Ärztinnen als gesellschaftlich notwendig und bedeutsam erachten. Auch für sich persönlich empfinden diese Ärztinnen die Partnerin und deren berufliches und soziales Umfeld als Bereicherung und eine Art Gegenkultur zum Medizinbetrieb. Sie stehen selbst den Strukturen im Gesundheitsbereich und dem traditionellen Umgang mit PatientInnen kritisch gegenüber und schätzen es, bei der Partnerin und in ihrem Freundinnenkreis Unterstützung für ihre kritisch-reflexiven Auseinandersetzung zu finden.

Allerdings sehen die Medizinerinnen durchaus auch Probleme, wenn das Einkommen sehr ungleich ist. Beispielsweise unterstützen manche die Partnerin finanziell und übernehmen einen größeren Teil der gemeinsamen Lebenshaltungskosten oder sie verzichten auf teure Freizeitunternehmungen und Urlaube mit der Partnerin.

Ina hat mit ihrer Freundin den Versuch gestartet, sie für die Hausarbeit zu bezahlen. Beide sehen die (für heterosexuelle Paare traditionelle) Rollen- und Aufgabenverteilung kritisch und beobachten die Auswirkungen auf ihre Beziehung aufmerksam. Inas Lebensgefährtin hat keine Probleme mit der Hausarbeit, sie ist selbstbewusst genug, sich weiter als gleichwertige Partnerin zu fühlen. Ina wünscht sich allerdings, die Freundin könnte mehr für ihren finanziellen Unterhalt und die Absicherung im Alter sorgen.

In der gemeinsamen Diskussion stellten einige der Ärztinnen fest, dass sie nicht völlig frei davon sind, ihr Einkommen und ihren Status höher zu bewerten, gleichwohl sie einen anderen Anspruch an sich haben. Ihren Konflikt, das politische oder soziale Engagement ihrer Partnerin zu schätzen, sich zugleich aber eine Partnerin mit ähnlichem Einkommen zu wünschen, können sie nicht völlig auflösen.

## **Rollenbilder als Frau, Lesbe und Ärztin**

Einige der Ärztinnen wie Sina und Carola erinnerten sich auf die Frage nach dem Einfluss der lesbischen Lebensweise auf ihren Berufsweg an ihre Schwierigkeiten, sich in der Rolle als Ärztin zu sehen. Zwischen den Rollenbildern von Frauen und Lesben auf der einen Seite und Ärztinnen und

Ärztinnen auf der anderen Seite war es für sie als Lesben in zweifacher Hinsicht schwierig, ein eigenes Rollenmodell zu entwickeln: Als Frauen entsprechen sie nicht dem klassischen Bild von Ärzten als starken, tatkräftig und entschlossen handelnden Menschen, ohne Selbstzweifel und mit nie ermüdenden Kräften. Andererseits erfüllen sie auch nicht das typisch weibliche Bild von Ärztinnen, das ihnen durch den zunehmenden Anteil von Frauen im Arztberuf bereits etabliert erscheint. Zum Beispiel beschrieb Sina ihre Vorstellung von einer (weiblichen) Ärztin als „dünn, unsportlich, blond mit Pferdeschwanz“, ein Bild, dem sie so gar nicht entspricht, und sie fragte sich, ob eine wie sie, sportlich und „butchig“, überhaupt Ärztin werden kann. Carola wiederum fühlte sich, da sie dem femininen Bild einer Ärztin nicht entspricht, unter Druck, dem „heroisch männlichen“ Bild gerecht zu werden.

Cordula, die in der Chirurgie mit einem besonders starken und männlichen Bild des Arztes konfrontiert wird, ist dagegen froh, dass sie trotz ihrer geringen Körpergröße sportlich und kumpelhaft wirkt. Sie tritt den Kollegen gegenüber bewusst energisch und forsch auf und wird dadurch eher anerkannt und gefördert als ihre Kolleginnen mit einem „weiblicheren“ Auftreten. Trotzdem musste sie oft dem Vorurteil begegnen, dass sie als Frau körperlich nicht stark und ausdauernd genug für die Chirurgie sei, und immer wieder das Gegenteil beweisen. Erst als sie es geschafft hatte, Oberärztin zu werden, erlaubte sie sich, bei den Operationen Handgriffe, für die viel Kraft gebraucht wird, den anwesenden (männlichen) Kollegen zu überlassen.

Andere Ärztinnen wie Karin und Carola erlebten dagegen, dass sie mit ihrem als „unweiblich“ assoziierten selbstbewussten Auftreten und eher unfemininer Kleidung aneckten. Besonders die männlichen Kollegen und Vorgesetzten hatten damit mehr Probleme als mit Kolleginnen, die eher weiblichen Rollenbildern entsprachen.

Der Mangel an passenden Vorbildern ließ während des Studiums und der ersten Berufsjahre einige Ärztinnen zweifeln, ob sie für diesen Beruf geeignet wären. Hier war der Kontakt zu anderen lesbischen Ärztinnen im Netzwerk Charlotte e.V. sehr wichtig, die ihren Weg zwischen unterschiedlichen Rollenerwartungen bereits gefunden und eine eigene Persönlichkeit als Ärztin entwickelt hatten.

## **Wahl des Fachgebiets**

Uns interessierte auch, ob die lesbische Lebensweise einen Einfluss auf die Wahl der Fachrichtung hat. Für die Interviews haben wir bewusst Ärztinnen mit unterschiedlichen Fachrichtungen ausgewählt, und auch die Teilnehmerinnen an den Diskussionen waren in dieser Hinsicht eine heterogene Gruppe. Gleichwohl kristallisierten sich zwei Gebiete, die Gynäkologie und die Kinderheilkunde, als besonders beliebt heraus. In beiden ist der Frauenanteil aber insgesamt überdurchschnittlich hoch<sup>7</sup>.

Die meisten Ärztinnen interessierten sich während ihrer Ausbildung zunächst für mehrere Bereiche. Im Rahmen von Praktika, während des Praktischen Jahres oder als Ärztin im Praktikum konnten sie verschiedene Erfahrungen sammeln, die sie entweder in der Wahl der Fachrichtung bestärkten oder in eine andere Richtung lenkten. Für einige kam von Anfang an nur ein Fach infrage, meistens die Gynäkologie.

Zumindest zeitweise erwogen – und das ist auffällig – nahezu alle interviewten Ärztinnen, Gynäkologin zu werden. Viele denken, dass sie für dieses Fach besonders gut geeignet sind, da sie sich in Frauen einfühlen und sie verstehen können. Die Erfahrungen, die sie in diesem Fach sammeln konnten, schilderten alle als sehr eindrücklich und bewegend. Einige empfanden die Erlebnisse allerdings eher als negativ. Sie fühlten sich von der emotionalen Belastung und dem Stress in der Geburtshilfe überfordert und entschieden sich deswegen gegen das Fach. Andere konnten die als besonders patriarchal und frauenfeindlich erlebten Strukturen in der Gynäkologie nicht ertragen.

---

<sup>7</sup> Laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer von 2010 betrug der Frauenanteil in der Gynäkologie 58 % und in der Kinderheilkunde 53 %. Dagegen waren nur 30 % der InternistInnen Frauen, in der Chirurgie waren es lediglich 18 %.

Viele der Ärztinnen begeisterten sich aber von Beginn an für die Gynäkologie, entschieden sich früh dafür und sind bis heute mit ihrer Wahl sehr zufrieden.

Die Ärztinnen, die Kinderheilkunde als Fach wählten, wünschten sich, beruflich mit Kindern zu arbeiten, und haben besondere Freude daran. Da sie davon ausgehen, keine eigenen Kinder zu haben, sehen sie im Beruf eine Gelegenheit, sich den Wunsch nach Kontakt mit Kindern zu erfüllen. Allerdings machten auch in diesem Fach einige Ärztinnen negative Erfahrungen. Sie empfanden die Versorgung schwer kranker Kindern in der Klinik als sehr belastend oder konnten es schlecht ertragen, dass Kinder von ihren Eltern nicht gut versorgt wurden. Sie suchten sich daraufhin Fachrichtungen, in denen sie ebenfalls viele Kinder behandeln können, aber nicht mit so schweren Krankheitsbildern konfrontiert sind, zum Beispiel die HNO und die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## **Was ist zu tun? Vorschläge zur Förderung der Akzeptanz unterschiedlicher Lebensweisen im Gesundheitsbereich**

Während in der Politik und in einigen nicht medizinischen Berufen die Förderung der Akzeptanz gegenüber nicht heteronormativen Lebensformen als Aufgabe erkannt wurde, gibt es im Gesundheitsbereich bisher keine solchen Ansätze. In berufspolitischen Gremien wie der Ärztekammer, Berufsverbänden oder Fachgesellschaften wird die Diskriminierung aufgrund von sexueller Orientierung oder die Situation von Lesben – sei es als Patientinnen oder als Professionelle – nicht thematisiert. Es erscheint dringend erforderlich, hier das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderungen zu wecken.

Eine wesentliche Grundlage für wachsende Akzeptanz ist die Auseinandersetzung mit eigenen Stereotypen und Vorurteilen. Diese Reflexion sollte im Studium sowie in Aus- und Fortbildungen angeleitet und unterstützt werden. Darüber hinaus sollten die Lerninhalte des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitsbereich auf homophobe, pathologisierende und stereotypisierende Inhalte überprüft werden.

Auch die Vermittlung von Wissen zu spezifischen Aspekten der gesundheitlichen Versorgung lesbischer Patientinnen sollte Bestandteil von Studium sowie Aus- und Fortbildungen sein<sup>8</sup>.

Leitende MitarbeiterInnen von Kliniken und Praxen sollten für eine aktive Antidiskriminierungsarbeit im Sinne von Diversity Management in den Einrichtungen sorgen und damit eine Kultur der Offenheit gegenüber unterschiedlichen Lebensweisen schaffen. Das fördert die Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen Lebensweisen und die gegenseitige Akzeptanz. Auch die Initiierung und Unterstützung von (überbetrieblichen) Netzwerken für Menschen mit unterschiedlichen Lebensweisen ist hilfreich. Hier können sich die Mitarbeiterinnen gegenseitig für ein selbstbewusstes und offenes Auftreten im beruflichen Umfeld stärken.

Im Falle von Diskriminierungen sollten MitarbeiterInnen in den Einrichtungen Unterstützung zur Gegenwehr bekommen – zum Beispiel im Rahmen einer Mediation oder gegebenenfalls auch durch Abmahnung diskriminierender KollegInnen.

Nicht zuletzt sollte Forschung zur sexuellen Identität und Orientierung sowie zu Lebensweisen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Trans-Personen in den Hochschulen und wissenschaftlichen Instituten etabliert und gefördert werden, sowohl in medizinischen als auch sozialwissenschaftlichen Fachbereichen. Bisher ist die wissenschaftliche Arbeit zu solchen Themen abhängig vom persönlichen Interesse und der Initiative einzelner Forschender, die mit vielen Problemen und Behinderungen zu kämpfen haben. Es fehlt eine kontinuierliche und systematische Forschungsarbeit und die Anerkennung dieser Wissenschaftsbereiche.

---

<sup>8</sup> Die Situation von Lesben als Nutzerinnen gesundheitlicher Angebote wird in diesem Buch nur am Rande angesprochen. Für weitergehende Informationen sei auf das Buch von Gabriele Dennert verwiesen, das im Anschluss an dieses Kapitel vorgestellt wird.