

Lesben: benachteiligte Randgruppe oder selbstbewusste Vorreiterinnen in Sachen Frauengesundheit? **Helga Seyler**

Vortrag der 12. AKF Jahrestagung am 30.11.2005: Linientreu? Frauenleben und Gesundheit im Wandel

Dieser Kongress hat vielfältige Lebensweisen und Lebenswege von Frauen und ihre gesundheitlichen Auswirkungen zum Thema. Zu diesen Lebensweisen gehören auch Partnerschaft und Sexualität zwischen Frauen.

Dabei gibt es „die“ lesbische Lebensweise nicht. Lesben können als allein stehende Frauen leben, als Paare mit und ohne Kinder. Sie leben in Wohngemeinschaften und Wohnprojekten mit unterschiedlicher Zusammensetzung, als Jugendliche in der Herkunftsfamilie oder als Alte in Alteinrichtungen. Sie unterscheiden sich in vielen sozialen Aspekten, haben Hochschulbildung oder keinen Schulabschluss, machen Karriere oder sind arbeitslos, leben in Großstädten oder auf dem Land, in Ost oder West.

In anderen als dem westeuropäisch-weißen Kulturkreis gibt es in Bezug auf die sexuelle Orientierung wiederum ganz andere Formen von Identitäten.

In der Forschung wird in Bezug auf die sexuellen Orientierung zwischen der selbst gegebenen sexuellen Identität (lesbisch, bisexuell, heterosexuell) und dem sexuellen Verhalten (sexuelle Aktivität mit Männern, Frauen oder beiden) unterschieden.

Im Folgenden beziehe ich mich im Wesentlichen auf Frauen mit lesbischer Identität aus dem westlichen Kulturkreis. Ich möchte in diesem Vortrag auf unterschiedliche Faktoren eingehen, die mit der Lebensweise dieser Frauen zusammenhängen und Einfluss auf ihre Gesundheit haben können:

- Der Einfluss der Marginalisierung und spezifischen gesellschaftlichen Diskriminierung von Lesben auf deren Gesundheit
- Defizite in der gesundheitlichen Versorgung aufgrund von Marginalisierung und Diskriminierung im Gesundheitsbereich
- Der Einfluss besonderer mit der Lebensweise verbundener Faktoren auf die Gesundheit

Diese Faktoren können zu gesundheitlichen Belastungen und zu einer Bedrohung der Gesundheit führen. Einige Faktoren können aber auch, wie ich später noch aufzeigen werde, besondere Ressourcen und Stärken sein.

Defizite

Die gesundheitlichen Belastungen und die Defizite in der Versorgung von Lesben sind - zumindest im englischsprachigen Raum – inzwischen in zahllosen Studien gut untersucht und beschrieben. Über Lesben in Deutschland wissen wir bisher vergleichsweise wenig. Die größte Studie wurde hierzu von Gabriele Dennert durchgeführt¹, die auf dieser Tagung auch eine Arbeitsgruppe anbietet.

Einiges ist wahrscheinlich gleich oder sehr ähnlich, anderes lässt sich möglicherweise nur mit Vorsicht auf die Situation in Deutschland lebender Lesben übertragen.

¹ Dennert 2005

Gesundheitliche Auswirkungen der Diskriminierung

Das Ausmaß an offener Diskriminierung verbaler Art oder auch körperlicher Angriffe ist in der Studie „Gewalt gegen lesbische Frauen“ untersucht und beschrieben². Etwa 95% der Frauen wurden schon ein- oder mehrmals mit homophoben Äußerungen konfrontiert, in Form von Abwertung, Lächerlichmachen, Ausgrenzung und Distanzierung. Körperliche Gewalt oder Gewaltandrohung wurde von über 20 % der Frauen berichtet.

Des Weiteren zeigt sich Diskriminierung auch immer noch in rechtlicher Benachteiligung in unterschiedlichen Lebensbereichen (am gravierendsten bei der Adoption, im Steuerrecht, außerdem z.B. bei kirchlichen Arbeitgebern). Die derzeitige politische und gesellschaftliche Entwicklung, besonders hinsichtlich der Gleichstellung von Lebenspartnerschaften, bringt hier deutliche Verbesserungen, die gleichwohl politisch und gesellschaftlich stark umstritten sind.

Auf eine spezifische Form der Diskriminierung, die Lesben in unserer heterosexuell dominierten Gesellschaft nach wie vor erfahren, möchte ich ausführlicher eingehen, da sie so subtil ist, dass sie, auch von Lesben selbst, kaum wahrgenommen wird.

Es ist das Unsichtbarmachen der lesbischen Lebensweise, indem selbstverständlich von Heterosexualität als einzig existierender Lebensform ausgegangen wird.

Im gesundheitlichen Bereich erleben Lesben zum Beispiel im Kontakt mit Personal häufig, dass sie als heterosexuell angesprochen werden; bei Informationsmaterial oder in Anamnesebefragungen werden andere Lebensweisen als die heterosexuelle meist ausgeschlossen³. Auch viele Studien beziehen sich explizit auf alle Frauen, implizit aber nur auf heterosexuelle⁴.

Diese Unsichtbarkeit (da lesbische Lebensweise äußerlich nicht sichtbar ist) hat zur Folge, dass Lesben im Alltag vielfach entscheiden können bzw. müssen, ob, wann und wie sie sich mit ihrer Lebensweise zeigen. Die meisten Lesben sind je nach Situation und Umfeld in einigen Lebensbereichen offen, in anderen nicht.

Durch das Verschweigen ihrer Lebensweise haben sie oft die Möglichkeit, direkter Diskriminierung zu entgehen. Die Folge ist jedoch eine Beeinträchtigung von sozialen Kontakten und psychische Belastung durch die Selbstabwertung, die mit dem Verheimlichen der Lebensweise verbunden ist.

Erlebte und befürchtete Diskriminierung, aber auch das Verstecken der Identität belasten die Gesundheit als spezifische Stressfaktoren vergleichbar mit Faktoren wie Armut, Migration oder anderen belastenden sozialen Faktoren. Das in verschiedenen Studien gefundene höhere Risiko für psychische Erkrankungen bei lesbisch lebenden Frauen oder für Beeinträchtigungen im Sozialleben kann als Folgen dieser Belastungen angesehen werden⁵. Insbesondere die Phase des Coming Out, des Bewusstwerdens der eigenen Homosexualität, kann als Lebenskrise angesehen werden, in der Frauen besonders vulnerabel gegenüber diesen Faktoren sind⁶. Wenn das Coming Out mit der ohnehin oft krisenhaften Lebensphase der Adoleszenz zusammentrifft, sind die Belastungen besonders groß. Bei homosexuellen Jugendlichen werden massive psychische Belastungen beschrieben, die auch mit dem in

² Stein-Hilbers 1999

³ Zum Beispiel indem nur nach einem Partner gefragt wird, anstatt nach Partner oder Partnerin; oder indem gefragt wird, wie eine Frau verhütet, und damit unterstellt wird, dass sie Verhütungsbedarf hat. Oder indem nach Geschlechtsverkehr gefragt wird, ein Begriff, unter dem meist heterosexueller Sex verstanden wird.

⁴ Beispiel 1: Frauengesundheitsbericht : ein Schwerpunkt ist der Zusammenhang zwischen verschiedenen Sozial- und Lebenslagen und der Gesundheit. Die lesbische Lebensweise wird jedoch nicht berücksichtigt. Stattdessen werden im Zusammenhang mit verschiedenen Lebensformen jeweils nur heterosexuelle Lebensformen genannt. Beispiel 2: Bei Schmidt (2003) wurden Beziehungsformen mit dem Schwerpunkt nicht-traditioneller Beziehungsformen bei 776 Frauen und Männer aus drei Generationen aus Hamburg und Leipzig untersucht. Lesben und Schwule tauchen darin nicht auf, es fehlt jeder Hinweis, dass es auch andere als die in der Studie erfassten heterosexuellen Beziehungen gibt.

⁵ Case 2004, Committee on Lesbian Health Research Priorities 1999, S.59-63, Gilman 2001, Dennert submitted

⁶ Wolf 2004

Studien beschriebenen höheren Risiko von Drogenmissbrauch und Suizid in Verbindung gebracht werden⁷.

Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung, Homophobie im Gesundheitsbereich

Vorurteile und eine negative Beurteilung der lesbischen Lebensweise bei MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich sind im englischen Sprachraum gut dokumentiert⁸. Auch Studien aus Deutschland enthalten zahlreiche Berichte von Lesben über negative Erfahrungen mit ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen⁹. Außer feindseligem und abwertendem Verhalten führt aber auch das Ignorieren anderer als der heterosexuellen Lebensweise dazu, dass Lesben sich unwohl fühlen. Das äußert sich in der bereits erwähnten selbstverständlichen Unterstellung von Heterosexualität im direkten Kontakt, sowie in Anamnesefragen, in denen Lesben sich nicht wieder finden können. Lesben beschreiben es auch als unangenehm, wenn sie auf die Offenlegung ihrer Lebensweise keinerlei Reaktion bekommen. Ein weiteres häufig genanntes Problem ist, dass die Partnerin nicht als nächste Angehörige akzeptiert wird, die zum Beispiel im Krankenhaus Auskunft erhält oder Besuchsrecht hat.

Für den englischen Sprachraum ist dokumentiert, dass diese Faktoren dazu führen, dass Lesben seltener präventive Angebote nutzen, und auch bei Beschwerden seltener und später gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen¹⁰. Für Deutschland existieren dazu keine repräsentativen Daten. Die Studie von G. Dennert¹¹ lässt vermuten, dass es zumindest eine Risikogruppe gibt, die von den vorhandenen gesundheitlichen Angeboten schlecht erreicht wird, nämlich die der versteckt lebenden Lesben.

Zusätzlich beeinträchtigt fehlendes Wissen von ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich die Versorgung von Lesben. Zum Teil sind Mängel in der Ausbildung dafür verantwortlich; spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Lesben sind darin kein Thema. Viele wichtige Fragen sind aber unbeantwortet, da es zu wenig Forschung zu gesundheitsrelevanten Aspekten lesbischer Lebensweise gibt.

Zum Beispiel gibt es falsche Annahmen zum Screening auf Gebärmutterhalskrebs. Da die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs mit der Häufigkeit von (heterosexuellem) Geschlechtsverkehr in Verbindung steht, war lange Zeit die Meinung verbreitet, dass Lesben ein geringes Risiko haben und kein Screening bräuchten. Inzwischen haben Studien gezeigt, dass das HP-Virus auch beim Sex zwischen Frauen übertragen wird¹². Screening sollte also für Lesben genauso angeboten werden, wie für heterosexuelle Frauen. Lesben brauchen jedoch möglicherweise spezielle Informationen und Motivationen dafür, unter anderem, weil sie seltener aus anderen Anlässen wie Verhütung oder Schwangerschaft zur Frauenärztin gehen.

Ins besondere in Bezug auf das Übertragungsrisiko von Infektionen bei Sex zwischen Frauen gibt es sehr wenig Wissen. Auch hier dominiert die Annahme, dass Lesben von sexuell übertragenen Infektionen nicht betroffen sind, ohne dass es wissenschaftliche Daten dazu gibt. Erste Studien zeigen aber, dass zumindest in einigen Gruppen von lesbisch lebenden Frauen STI nicht selten sind, und dass diese Frauen häufig riskante sexuelle Kontakte

⁷ Remafedi 1999, Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen 2001

⁸ Committee on Lesbian Health Research Priorities 1999, S. 37 ff, Morrissey 1996

⁹ Dennert 2005, Stein-Hilbers 1999

¹⁰ Dean 2000, Fish 2005

¹¹ Dennert 2005

¹² Marrazzo 2000, Marrazzo 2004

haben¹³. Das mangelnde Wissen erschwert die Beratung von Lesben über angemessenen Schutz.

Auch im Bereich der Psychotherapie beeinträchtigt oft eine Mischung von fehlendem Wissen und unreflektierten Defizittheorien über die lesbische Lebensweise die Behandlung von Lesben. Die Reflektion eigener Einstellungen und Bewertungen gegenüber Homosexualität ist, außer in explizit frauenorientierten Ausbildungen, meist kein Bestandteil von psychotherapeutischen Ausbildungen. Es besteht die Gefahr, dass die von der Klientin geäußerten Probleme mit Homosexualität an sich in Zusammenhang gebracht werden, und diese problematisiert wird. Es fehlt oft auch Wissen und Erfahrung, um die Auswirkungen von gesellschaftlicher Diskriminierung und verinnerlichter Abwertung der eigenen Lebensweise zu erkennen sowie Wissen über Prozesse des Coming out oder spezielle Aspekte und Dynamiken lesbischer Beziehungen.

Mit der Lebensweise verbundene gesundheitsrelevante Faktoren

Studien aus den USA sowie aus europäischen Ländern zeigen, dass Lesben häufiger rauchen, häufiger einen riskanten Alkoholkonsum haben, und mehr Drogen konsumieren¹⁴. Als Ursache werden Folgen der Marginalisierung wie Stress und Einsamkeit angesehen; aber auch der Besuch von Bars als wesentliche Kontaktmöglichkeit mit anderen Lesben, weil andere Treffpunkte fehlen.

In welcher Weise sich die Unterschiede in der Zahl von Schwangerschaften und Geburten zum Beispiel auf das Risiko von Brustkrebs oder Genitalkarzinome auswirkt, ist nicht geklärt.

In amerikanischen Studien haben Lesben ein durchschnittlich höheres Körpergewicht und damit verbunden ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Andererseits treiben sie mehr Sport als heterosexuelle Frauen¹⁵.

Es ist notwendig, viele offene Fragen durch Studien zu klären. Außerdem brauchen Lesben spezifische gesundheitliche Informationen und präventive Angebote.

Ressourcen

Die mit der lesbischen Lebensweise verbundenen Stärken und besonderen Ressourcen und ihre möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit finden deutlich weniger Beachtung in der Forschung als die Defizite, und sind kaum quantifizierbar. Trotzdem tauchen bestimmte Aspekte dazu immer wieder in der Literatur auf, und sind zumindest in qualitativen Untersuchungen bearbeitet. Auf diese möchte ich näher eingehen, und sie zunächst als Thesen formulieren:

These 1

Partnerschaft und Sexualität zwischen zwei Frauen mit deren weiblichen sozialen Kompetenzen erhöht die Chance auf gleichberechtigte Partnerschaft und Befriedigung der Bedürfnisse beider Partnerinnen im Bereich von Nähe und Intimität.

Studien über Familien mit gleichgeschlechtlichen Eltern und über gleichgeschlechtliche registrierte Partnerschaften zeigen eine gleichmäßigere Aufteilung von Haushaltsarbeiten,

¹³ Norman 1996, Lemp 1995, Fethers 2000

¹⁴ Hughes 2002, Roberts 2004

¹⁵ Aaron 2001, Case 2004, Dennert 2005

Kindererziehung und Finanzen. Außerdem beteiligen sich die Partnerinnen gleichmäßiger an der Kommunikation über Beziehungsthemen und Konflikte¹⁶.

These 2

Die Entwicklung einer Minderheitenidentität im Rahmen des Coming Out erfordert die bewusste Auseinandersetzung mit den Normen und Werten des gesellschaftlichen und persönlichen Umfelds, zum Teil schon in jugendlichem Alter. Dieser Prozess führt auch in anderen Bereichen der Persönlichkeit zu einer bewussteren Entwicklung eigener Werte und Überzeugungen, und erleichtert die Abgrenzung gegenüber Frauen entwertenden traditionellen gesellschaftlichen Normen. Dieser zum Teil als krisenhaft erlebte Prozess könnte die Entwicklung von Copingstrategien im Umgang späteren Stressbelastungen fördern.

Diese These wird gestützt durch Forschung zur Identitätsentwicklung. In einer Studie hatten StudentInnen mit einer Minderheitsidentität im Bereich der sexuellen Orientierung auch eine ausgeprägtere Entwicklung ihrer beruflichen, politischen und religiösen Identität¹⁷.

These 3

Lesbische Lebensweise unterstützt die Entwicklung einer positiven Einstellung zum eigenen Körper und zur eigenen Weiblichkeit. „In der Liebe zu Frauen finden Frauen auch die Liebe zu sich selbst“¹⁸.

Bei dem in unserer Gesellschaft stark von männlichen Normen bestimmten Ideal von Weiblichkeit und Schönheit ist es für Frauen sehr schwierig, ein liebevolles und wertschätzendes Verhältnis zum eigenen Körper zu entwickeln. Zudem sind Frauen darin stark von männlicher Bewertung und Anerkennung abhängig. Die Psychoanalytikerin Karin Flaake beschreibt, dass die Liebe zu einer Person und dem Körper des gleichen Geschlechts eine Chance ist, ein neues liebevolles Gefühl für den eigenen, weiblichen Körper zu entwickeln. Dies sei „ein Potential von Frauenbeziehungen, das auch in psychoanalytischen Studien, die eigentlich von einer generellen Pathologie weiblicher Homosexualität ausgehen, immer wieder beschrieben wird.“¹⁹

Mögliche Bedeutung für die Gesundheit

Das positive Verhältnis zum eigenen Körper zeigt sich in der größeren Zufriedenheit von Lesben mit ihrem Körper und Aussehen, das in verschiedenen Gesundheitssurveys gefunden wurde, obwohl zumindest US-amerikanische Lesben in diesen Studien ein höheres Körpergewicht haben und häufiger übergewichtig sind²⁰. Hier könnten auch Zusammenhänge bestehen mit der besseren Abgrenzung gegenüber bestehenden Normen und Schönheitsidealen.

In Studien zu Essstörungen bei homosexuellen und heterosexuellen Jugendlichen sind lesbische Mädchen zufriedener mit ihrem Körper. Unterschiede im Essverhalten finden sich in den Studien nur zum Teil. Beide Faktoren sind jedoch mehr mit einem flexiblen Umgang mit der weiblichen Rolle verbunden, als mit der lesbischen Orientierung selbst²¹.

Auch mit dem Altern scheinen lesbische Frauen anders umzugehen. In einer qualitativen Studie berichteten Lesben übereinstimmend, dass die Erfahrungen des Coming Out ihnen

¹⁶ Solomon 2005, Vanfraussen 2003

¹⁷ Konik 2004

¹⁸ Beckermann 2004

¹⁹ Flaake 1995

²⁰ Siever 1994, Cochran 2001

²¹ Austin 2004, Meyer 2001

halfen, sich gegenüber der gesellschaftlichen Diskriminierung und Abwertung älterer Frauen abgrenzen zu können. Sie konnten die persönliche Reife und Gelassenheit ihres Alters sehr genießen und fühlten sich in allen Lebensbereichen freier, als ihre heterosexuellen Freundinnen²². Die große Zufriedenheit mit dem Leben in mittlerem Alter unterschied sich deutlich von der heterosexueller Frauen.

In einer Studie über die Auswirkungen der Wechseljahre auf die Sexualität konnten Lesben mit den körperlichen Veränderungen kreativer umgehen und mehr Genuss an der Sexualität bewahren, als heterosexuelle Frauen²³. Das Verständnis ihrer Partnerinnen und die größere Flexibilität bei sexuellen Praktiken waren unterstützend dabei.

Die Partnerschaft und soziale Netzwerke zeigen sich immer wieder als wichtige Ressourcen für Lesben, um mit der Belastung von Diskriminierung und Marginalisierung umzugehen. Sie müssen deswegen unterstützt und gefördert werden. Partnerschaften müssen rechtlich abgesichert und gesellschaftliche anerkannt werden. Soziale Netzwerke können gefördert werden durch Schaffung und Unterstützung von Treffpunkten in Form von sozialen und kulturellen Einrichtungen.

Eine Studie zur Nutzung von komplementären und alternativen medizinischen Methoden ergab, dass diese von Lesben überdurchschnittlich häufig genutzt werden²⁴. Die Gründe werden zum Teil in Diskriminierungserfahrung mit dem traditionellen Medizinsystem gesehen, aber auch in allgemeinen Werten wie ganzheitlicher Sichtweise und der Wunsch nach mehr Wissen und Eigenverantwortung im Umgang mit Gesundheit. Auch bei Dennert haben Lesben ein hohes Gesundheitsbewusstsein und nutzen häufig alternative medizinische Methoden²⁵.

Lesben engagieren sich auch überproportional häufig in der Frauenbewegung und Frauengesundheitsbewegung. Das kann mit dem hohen Gesundheitsbewusstsein zusammenhängen, aber auch mit Diskriminierungserfahrungen und besonders mit der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen und Werten im Zusammenhang mit der Identitätsentwicklung. Für letzteres spricht, dass Lesben sich auch bei Themen engagiert haben, von denen sie kaum betroffen sind, wie zum Beispiel in der § 218-Bewegung. Lesben haben der Frauengesundheitsbewegung wichtige Impulse gegeben, zum Beispiel in Bezug auf die Hinterfragung des traditionellen Frauenbilds.

Fazit

Die Gesundheit von Lesben ist immer noch durch den Stress der Diskriminierungserfahrungen belastet und es gibt Defizite in der gesundheitlichen Versorgung.

Der AKF sollte im Rahmen seiner gesundheitspolitischen Arbeit Maßnahmen zur Beseitigung von Defiziten in der gesundheitlichen Versorgung initiieren und unterstützen.

Auch im AKF sollten bei allen Themen Aspekte der lesbischen Lebensweise mitgedacht und einbezogen werden. Dies sollte sich auf die vom AKF erstellten Informationsmaterialien, alle übrigen Veröffentlichungen, die Veranstaltungen der Tagungen und politische Aktivitäten beziehen.

Lesben sind auch im AKF überproportional häufig engagiert. Sie können aufgrund ihrer spezifischen Erfahrungen spezielle Impulse und Anregungen für die Verbesserung der Frauengesundheit geben. Dieses Potential sollte im AKF bewusst genutzt werden. Frauen mit

²² Howell 2004

²³ Winterich 2003

²⁴ Matthews 2005

²⁵ Dennert 2005

unterschiedlichem Erfahrungshintergrund können sich gegenseitig ergänzen und befruchten, wenn sie die Unterschiedlichkeit beachten und wertschätzen.

Notwendige Maßnahmen

Förderung der Akzeptanz lesbischer Lebensweise in der Gesellschaft und speziell im Gesundheitsbereich durch Auseinandersetzung mit Vorurteilen und Homophobie

- Integration dieser Auseinandersetzung in Ausbildungsinhalte für Gesundheitsberufe
- explizite Ansprache von Lesben und Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse in gesundheitlichen Einrichtungen
- Auseinandersetzung mit Diskriminierung gegenüber lesbischen Kolleginnen

Wissen herstellen über spezifische gesundheitsrelevante Faktoren der lesbischen Lebensweise durch

- mehr Forschung
- Fortbildung

Ressourcen stärken durch

- Unterstützung von Partnerschaft und sozialen Netzwerken
- Einsetzen des Wissens um persönliche Stärken und Ressourcen in der Beratung
- Nutzung der speziellen Erfahrungen und Kompetenzen lesbischer Professioneller

Literatur

Aaron DJ, Markovic N, et al. Behavioural risk factors for disease and preventive health practice among lesbians. *Am J Public Health* 2001; 91: 972-5

Austin SB, Ziyadeh N, et al. Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviours in adolescent girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 43: 1115-23

Beckermann MJ. Lesbisch lebende Frauen. Beckermann MJ, Perl FM. *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*. Schwabe-Verlag Basel 2004

Case P, Austin B, et al. Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the nurses' health study II. *J Women's Health* 2004; 13: 1033-47

Cochran SD, Mays VM, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviours among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health* 2001; 91: 591-7

Committee on Lesbian Health Research Priorities. Institute of Medicine. *Lesbian Health. Current Assessment and Directions for the Future*. National Academy Press Washington D. C. 1999

Dean L, Meyer IH, et al. Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health: Findings and Concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2000; 4

Dennert Gabriele. *Die Gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Centaurus Verlag, Herbolzheim 2005

Dennert Gabriele. *Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* (submitted)

Fethers K, Marks C. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections* 2000; 76: 345-9.

Fish J, Anthony D. UK national lesbians and health care survey. *J Women & Health* 2005; 41: 27-45

- Flaake K. Zwischen Idealisierung und Entwertung – Probleme und Perspektiven theoretischer Analysen zur weiblichen Homo- und Heterosexualität. *Psyche* 1995; 49: 867-85
- Gilman SE, Cochran SD, et al. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey. *Am J Public Health* 2001; 91: 933-9
- Howell LC, Beth A. Pioneers in our own lives: grounded theory of lesbians' midlife development. *Journal of Women & Aging* 2004; 16: 133-147
- Hughes TL, Eliason M. Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *J of Primary Prevention* 2002; 22: 263-98
- Konik J, Stewart A. Sexual identity development in the context of compulsory heterosexuality. *Journal of personality* 2004; 72: 815-44
- Lemp GF, Jones M. HIV seroprevalence and risk behaviors among lesbians and bisexual women in San Francisco and Berkeley, California. *American Journal of Public Health* 1995; 85: 1549-52.
- Marrazzo JM, Stine K. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 183: 770-4.
- Marrazzo JM. Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerging Infectious Diseases* 2004; 10: 1974-8. www.cdc.gov/eid
- Matthews AK, Hughes TL, et al. Complementary medicine practice in a community-based sample of lesbians and heterosexual women. *Health Care for Women International* 2005; 26: 430-47
- Meyer C, Blissett J, Oldfield C. Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 314-318.
- Morrissey M. Attitudes of practitioners to lesbian, gay and bisexual clients. *Br J of Nursing* 1996; 5: 488-95
- Norman AD, Perry MJ. Lesbian and bisexual women in small cities - at risk for HIV? *Public Health Reports* 1996; 111: 347-52
- Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *Journal of the American Medical Association* 1999; 282: 1291
- Roberts SJ, Patsdaughter CA, et al. Health related behaviours and cancer screening of lesbians: results of the Boston Lesbian Health Project II. *Women & Health* 2004; 39: 41-55
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin: Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. 2001
- Schmidt G, Starke K, et al. Beziehungsformen und Beziehungsverläufe im sozialen Wandel. Eine empirische Studie an drei Generationen. *Z Sexualforsch* 2003; 16: 195-231
- Siever MD. Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 252-60
- Solomon SE, Rothblum ED, Balsam KF. Money, housework, sex and conflict: same-sex couples in civil unions, those not in civil unions, and heterosexual married siblings. *Sex Roles* 2005; 52: 561-75
- Stein-Hilbers, Marlene; Holzenbecher, Monika (1999). Gewalt gegen lesbische Frauen. Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), 40190 Düsseldorf
- Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I, Brewaeyns A. Family functioning in lesbian families created by donor insemination. *Am J Orthopsychiatry* 2003; 73: 78-90
- Winterich JA. Sex, menopause, and culture. Sexual orientation and the meaning of menopause for women's sex lives. *Gender & Society* 2003; 17: 627-42

Wolf G. Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess.
Schriftenreihe: Frauen, Gesellschaft, Kritik ; Bd. 41 Centaurus-Verlag, Herbolzheim 2004