



GENDER LEITLINIEN

GENDER LEITLINIEN FÜR DAS PSYCHIATRISCHE-
UND SUCHTHILFESYSTEM IN BREMEN

DOING GENDER

INHALT

Geleitwort	3
1 Einleitung	5
2 Geschlecht.....	9
3 Geschlecht und Psyche	15
3.1 Biologische Ebene	17
3.2 Psychische und soziale Ebene	17
3.3 Minoritätenstress	19
4 Geschlecht im psychiatrischen und Suchthilfesystem	21
4.1 Gesamtgesellschaftlicher Kontext – strukturelle Ebene	23
4.2 Psychiatrisches und Suchthilfesystem – institutionelle Ebene	25
4.3 Mitarbeitende im psychiatrischen und Suchthilfesystem – individuelle Ebene	28
4.4 Geschlechtergerechte Versorgung im psychiatrischen und Suchthilfesystem	29
5 Gender Leitlinien	31
5.1 Geschlechtliche Selbstbestimmung	33
5.2 Gewaltschutz	35

5.3 Ausrichtung der Angebote und Zugangserschwerernisse	36
5.4 Inklusion binärer und nicht-binärer trans*, inter* Nutzer*innen	37
5.5 Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten	37
5.6 Geschlechterrelevante Datenerhebung	38
5.7 Pharmakologische Behandlung.....	38
5.8 Physische Räume.....	39
5.9 Therapeutische Räume	40
5.10 Fortbildungen.....	41
5.11 Ansprechpersonen	41
5.12 Organisationsentwicklung.....	43
5.13 Qualitätssicherung.....	43
5.14 Transparenz	44
6 Ausblick	45
7 Glossar	47
8 Literaturverzeichnis.....	59

GELEITWORT

der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Liebe Leser*innen, liebe Nutzer*innen, liebe Akteur*innen des Hilfesystems,

Sie halten die neuen und überarbeiteten Leitlinien für eine geschlechtergerechte psychiatrische Versorgung in Bremen in den Händen. Seit dem Beschluss der ersten Gender Leitlinien konnten wertvolle Erfahrungen gesammelt und zentrale Handlungsbedarfe ermittelt werden, die Eingang gefunden haben in die jetzt vorliegenden aktualisierten Gender Leitlinien. Ich begrüße besonders die vertiefte und notwendige Darstellung der Komplexität des Themas Geschlecht gegenüber der Vorgängerversion. Geschlechtsidentität und sexuelle Identität und die damit verbundenen Begrifflichkeiten und Definitionen unterliegen einem steten

Wandel. Über zehn Jahre nach Beschluss der ersten Leitlinien ist es wichtig, aus der traditionellen Vorstellung der Einteilung in Mann und Frau herauszutreten und geschlechtliche und sexuelle Vielfalt zu inkludieren.

Nicht-binären sowie binären trans* und inter* Menschen wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert, solange diese nicht diversitäts- und diskriminierungssensibel aufgebaut ist. Dabei wissen wir, dass das Risiko einer psychischen Erkrankung bei trans*, inter* und nicht-binären Menschen aufgrund von Diskriminierung und der damit einhergehenden Belastung, besonders hoch ist. Jahrelang erlebte Diskriminierung, seelische Verletzungen oder auch Gewalterfahrungen können unter anderem Depres-

sionen, Angst- und Stresszustände nach sich ziehen. Zudem ist die gesellschaftliche und medizinische Aufforderung, sich stetig in einem normativen, binären Bild von Geschlecht einzuordnen, für viele trans*, inter* und nicht-binäre Menschen ein alltäglicher Stressfaktor, nicht zuletzt auch in der psychiatrischen und Suchthilfe.

Um Benachteiligungen im psychiatrischen Hilfesystem zu vermeiden, braucht es deswegen eine diversitätssensible Perspektive bei Beschäftigten, also ein unter anderem geschlechtssensibles und rassismuskritisches Bewusstsein. Hier brauchen wir vereinbarte und überprüfbare Standards, die auf allen Ebenen des psychiatrischen Hilfesystems zum Tragen kommen und die Forderungen der sie betreffenden Communities einbeziehen. Natürlich reichen Leitlinien allein dafür nicht aus. Sie bieten aber viele Orientierungspunkte für eine tatsächliche Veränderung der

Versorgungsangebote, auch wenn nicht jeder strukturelle Vorschlag davon sofort umgesetzt werden kann.

Was wir brauchen ist eine deutliche Bereitschaft, ein gutes psychiatrisches Versorgungsangebot für alle Nutzer*innen und Patient*innen umzusetzen. Das bedeutet nicht in erster Linie Köpfe, sondern vor allem weitere Sensibilisierung und Fortbildungen zum Thema Trans- und Inter-geschlechtlichkeit für Fachkräfte aus der Praxis.

Ihre Claudia Bernhard
Senatorin für Gesundheit, Frauen
und Verbraucherschutz



1 EINLEITUNG

Die AG Genderⁱ des Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie hat 2011 mit der Verabschiedung der Gender Leitlinien Empfehlungen zum Umgang mit Geschlecht in der psychiatrischen und Suchthilfeversorgung Bremens herausgegeben.

Dies war ein erster Schritt in Richtung eines psychiatrischen und Suchthilfesystems, das auch Geschlecht mitdenkt. Denn auch in Bremen bestätigen sich laut einer 2021 durchgeführten Nutzer*in-

nenbefragung die Ergebnisse repräsentativer Studien: Weiterhin erleben bei der Inanspruchnahme von sozialen- und Gesundheitsdiensten die Mehrheit der Frauen, **trans*** und **inter*** Menschen Diskriminierung sowie ein großer Anteil von ihnen Gewalt und Ausschluss.^{1 ii}

Daher hat die AG Gender die hier vorliegenden Gender Leitlinien 2022 erstellt. Die AG Gender ist eine Arbeitsgruppe des Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie

i Gender ist der englische Begriff für Geschlecht.

ii In der Bremer Nutzer*innenbefragung von 2021 stimmen 20% der Teilnehmenden der Aussage stark zu, in den letzten zwei Jahren Gewalt durch Behandelnde oder Betreuende erlebt zu haben. Davon ist der prozentuale Anteil von Frauen und nicht-binären Menschen deutlich höher als der von Männern. Von Diskriminierung, Ausschluss und Benachteiligung berichten in Bremen 56% der trans*, inter* und nicht-binären Nutzer*innen. Bei einer bundesweiten Studie zu Schwarzen Lebensrealitäten 2020 berichten sogar 80% der **Schwarzen** trans*, inter* und nicht-binären Befragten von Diskriminierungen in der Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen.²

und bringt unterschiedliches Expert*innenwissen von Nutzer*innen, Mitarbeitenden psychiatrischer- und Suchthilfeinstitutionen und interessierter Personen zusammen. Ihre Mitglieder sind **nicht-binär**, sowie **Frauen** und **Männer**. Beim Ziel die Gender Leitlinien zu aktualisieren, wurde die AG Gender vom Modellprojekt Doing Gender (gefördert von der Senatorin für Gesundheit,

Frauen und Verbraucherschutz) unterstützt. Die Erkenntnisse aus der Nutzer*innenbefragung zu Geschlecht im Bremer psychiatrischen und Suchthilfesystem sowie aus dem intensiven Austausch in der AG Gender bilden die Basis für diese aktualisierten Gender Leitlinien.

PRAXIS-TIPP

Innerhalb dieser Gender Leitlinien möchten wir mit Tipps und Beispielen für die Praxis erste Impulse geben, wie im Konkreten kleine Veränderungen mit großer Wirkung möglich sind. Für ein gemeinsames Verständnis haben wir **grau markiert** Begriffe im Glossar in Kapitel 7 erläutert. Links zu weiterführenden Informationen sind **blau markiert** und können im PDF-Format angeklickt werden.

Im Rahmen eines Beteiligungsprozesses haben verschiedene Institutionen und Gremien sowie Teilnehmende eines Community-Events Feedback geäußert, welches in die hier vorliegenden Leitlinien eingeflossen ist.ⁱⁱⁱ

Mit ihrer Verabschiedung durch die Senatorin für Gesundheit, die Deputation für Gesundheit sowie der Fachausschüsse Allgemeinpsychiatrie und Sucht sind die Gender Leitlinien 2022 die Grundlage im Umgang mit Geschlecht in der Bremer psychiatrischen und Suchthilfeversorgung.

Durch bestehende Gesetze der Antidiskriminierung, wie dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz² sowie neuen Gesetzesänderungen wie der **3. Option**, gehen diese Leitlinien über ethische Empfehlungen hinaus: Sie basieren auf Rechtsansprüchen aller Menschen auf die Umsetzung ihrer Gleichstellung in der psychiatrischen und Suchthilfe.

Um diesen Rechtsansprüchen in der Praxis gerecht zu werden, müssen alle Akteur*innen des psychiatrischen und Suchthilfesystems handeln.

ⁱⁱⁱ Unter anderem gaben neben Organisationen, Gremien und der behördlichen Vertretung der psychiatrischen und Suchthilfe der Queerpolitische Beirat, die Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, Schattenriss, das Rat&Tat-Zentrum, das Bremer JungenBüro, das Büro des Landesbehindertenbeauftragten und Einzelpersonen Feedback. Die AG Gender bedankt sich herzlich für das hilfreiche Feedback.

Diese Gender Leitlinien möchten dafür den nächsten Anstoß geben und zeigen auf, an welchen konkreten Stellen auf struktureller, institutioneller und individueller Ebene Veränderungen notwendig sind. Für die Umsetzung der Gender Leitlinien empfehlen wir die Entwicklung einrichtungsspezifischer Strategien, sodass der Weg

zu einer geschlechtersensibleren psychiatrischen und Suchthilfe in Bremen nicht dem Zufall überlassen wird.

Wir als AG Gender freuen uns darauf, gemeinsam mit Ihnen und mithilfe dieser Leitlinien die nächsten Schritte auf diesem Weg gemeinsam zu gehen.

PRAXIS-TIPP

Aktuelle Informationen zu den Aktivitäten der AG Gender und des Projektes Doing Gender, die Ergebnisse der Nutzer*innenbefragung zu Geschlecht sowie weitere Informationen und Ansprechpersonen finden Sie unter: **geschlecht-psychische-gesundheit.de**



2 GESCHLECHT

Geschlecht ist ein komplexer Begriff, den viele Menschen unterschiedlich verwenden. Wir wissen, dass es bereits vor vielen hundert Jahren mehr Geschlechter als nur Männer und Frauen in allen Weltregionen gab.⁴

Denn erst im 18. Jahrhundert wurde in Europa die Theorie aufgestellt, Menschen in zwei eindeutig voneinander abgrenzbare Kategorien unterteilen

zu können: Männer oder Frauen.⁵

Die Unterteilung in zwei Gegensätze wurde für alle möglichen Bereiche wie Körper, Kleidung, Berufe, Rolle in der Familie und der Gesellschaft als natürlich gegeben definiert.⁶ Im Zuge der Kolonialisierung wurde diese Zweigeschlechtlichkeit weltweit als geltende Wertvorstellung gewaltsam durchgesetzt.⁷

Bei der Geburt werden Menschen meist mit Blick auf die äußeren Genitalien als Mädchen oder Junge eingeordnet. Seit 2012 besteht in Deutschland bei intergeschlechtlich geborenen Babys die Möglichkeit auf einen frei gelassenen Eintrag in der Geburtsurkunde, seit 2019 auch als divers. Trotzdem werden sie teilweise weiterhin durch Operationen in die Vorstellung von Zweigeschlechtlichkeit gezwängt. Für einen Teil der Menschen passt die Geschlechtszuordnung bei der Geburt ihr Leben lang. Andere Menschen stellen für sich fest, dass diese fremde Zuweisung nicht stimmig ist. Diese Menschen definieren sich zum Beispiel als trans* oder nicht-binär.

Menschen, die nicht inter* sind, werden als **endogeschlechtlich** bezeichnet. Menschen, die nicht trans* sind, als **cis**. Menschen, die sowohl endogeschlechtlich als auch cis sind, gelten in unserer Gesellschaft als Norm.

Wer nicht in diese Norm von zwei unveränderbaren, sich gegenüberstehenden Geschlechtern passt, gilt als Abweichung. Menschen, deren Geschlecht außerhalb der Zweigeschlechtlichkeit liegt, und die sich zum Beispiel als nicht-binär bezeichnen, erfahren tagtäglich den Druck, sich diesem Zweigeschlechtersystem unterordnen zu müssen (ausführlichere Informationen dazu in Kapitel 3 und 4). Unabhängig davon, ob Menschen cis, trans*, endo oder inter* sind: Für einige Menschen hängt ihr Geschlecht stark mit ihrem Körper zusammen, für andere weniger.

Eine weitere Ebene in der Norm des Zweigeschlechtersystems ist die gegenseitige heterosexuelle Anziehung von Männern und Frauen. Darüber hinaus bleiben auch heute noch alte Rollenbilder fest in der Gesellschaft verankert.⁸ Die Konsequenz daraus ist, dass Frauen und Männer, egal ob z.B. trans* Mann, inter* Frau oder endogeschlechtliche cis Frau,

aufgrund ihres als Abweichung wahrgenommenen Verhaltens benachteiligt werden. Diese Benachteiligungen sind Teil eines hierarchischen Geschlechterverhältnisses, in dem Männlichkeiten die Macht besitzen über Weiblichkeiten zu herrschen. Dazu gehört, dass es auch zwischen Männlichkeiten eine Hierarchie gibt und sich zum Beispiel Männer, die bisexuell und/oder Schwarz sind, der strukturellen Norm von u.a. heterosexueller, **weißer** Männlichkeit unterordnen müssen. Denn Geschlechterverhältnisse lassen sich nicht trennen von weiteren Machtverhältnissen, wie zum Beispiel **Rassismus, Ableismus, Klassismus**.⁹

All diese Machtverhältnisse zeigen sich sowohl auf struktureller, institutioneller als auch individueller Ebene.

Zur strukturellen Ebene gehören politische und ökonomische Strukturen sowie Rechtsvorstellungen. Die institutionelle Ebene zeigt sich in eingeschliffenen, ausschließenden Strukturen von Organisationen und die individuelle Ebene in Abwertungen und **Gewalt** in der persönlichen Interaktion.



Das Zusammenwirken dieser Ebenen hat enorme Konsequenzen wie Einkommensungleichheit, Gewalterfahrung, unterschiedliche Zugänge zu Macht und viele weitere Aspekte. Menschen erfahren geschlechtliche Zuweisungen und sind geschlechtlichen Erwartungen ausgesetzt. Darüber hinaus sind ihre Lebensrealitäten neben dem hierarchischen Geschlechterverhältnis auch durch andere gesellschaftliche Machtverhältnisse geprägt.

Diese gehen mit unterschiedlichen Privilegien oder strukturellen Benachteiligungen einher.

Das Geschlechterverständnis dieser Gender Leitlinien ist: Jeder Mensch definiert für sich selbst, welches das eigene Geschlecht zu jedem gegebenen Zeitpunkt ist. Diese Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht ist die Gesetzeslage.¹⁰

EIN BEISPIEL

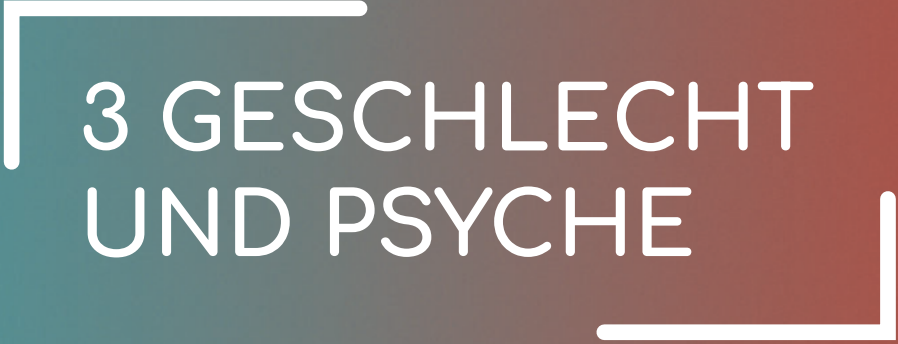
Ein Beispiel für dieses Zusammenwirken der Ebenen und unterschiedlichen Machtverhältnisse ist der Umgang mit sexualisierter Gewalt im Kontext von Rassismus.

Während in vielen Fällen Betroffenen unterstellt wird, ihre Erfahrungen von sexualisierter Gewalt nur zu erfinden, werden diese meist erst dann ernst genommen, wenn die Täter*innen **BIPoC** sind. Die Zuschreibung von Schwarzen Männern und Männern of Color als biologisch oder kulturell gewaltvoll und frauenfeindlich hat ihre Wurzeln in der Kolonialisierung.¹¹ Die daraus entstandene rassistische Erzählung, weiße Frauen müssten vor BIPOC Männern geschützt werden, zeigt sich auf struktureller Ebene u.a. darin, dass trotz vieler Jahre feministischer Öffentlichkeitsarbeit das Sexualstrafrecht nicht überarbeitet wurde. Nach den Übergriffen in der Silvesternacht in Köln 2015 durch u.a. nichtweiße

Täter ist jedoch in weniger als einem Jahr ein überarbeitetes Gesetz entstanden. Dieses hat zwar sexuelle Belästigung als Straftat anerkannt, jedoch wurde keine Lösung für das größte Problem gesucht: Sexualstraftäter*innen müssen häufig keine oder nur geringe rechtliche Konsequenzen fürchten. Das Gesetz hat sich stattdessen auf eine Vereinfachung für die Abschiebungen von Täter*innen ohne deutschen Pass fokussiert.¹²

Auch auf der institutionellen Ebene zeigt sich, dass rassistische Stereotype über „den sexuell übergriffigen Migranten“ z.B. im Kontext sexueller Bildung unterschwellig bis offen geäußert werden.¹³ Im psychiatrischen und Suchthilfesystem wird diese Verschränkung von Machtverhältnissen im Umgang mit sexualisierter Gewalt ebenso meist nicht mitgedacht. Eine Möglichkeit daran etwas zu ändern, ist die Nutzung und ggf. Anpassung von Gewaltschutzkonzepten (ausführlichere Informationen dazu in Kapitel 4.2).

Auf der individuellen Ebene kann sich die fehlende Selbstreflexion dieser rassistischen Stereotype zum Beispiel im Gespräch mit Fachkräften zeigen: Eine junge Frau berichtet ihrer Therapeutin von Gewalterfahrungen, die sie durch ihren Partner erlebt. Die Therapeutin geht davon aus, dass der Partner, genau wie ihre Klientin, muslimisch und migriert sei. Sie empfiehlt ihr, sich mehr in „deutschen Kreisen“ zu bewegen, wo eine andere Kultur gegenüber Frauen herrsche. Doch genau daher kommt ihr christlich-deutscher Partner. Die regelmäßige Erfahrung, sich vor rassistischen Zuschreibungen schützen zu müssen, führt dazu, dass viele BIPOC häufig nicht genügend Vertrauen entwickeln können, um Angebote im psychiatrischen und Suchthilfesystem für sich in Anspruch zu nehmen.¹⁴



3 GESCHLECHT UND PSYCHE

Bei der Entstehung und dem Verlauf psychischer Krisen und Erkrankungen sind drei sich gegenseitig beeinflussende Ebenen relevant. Auf der psychischen Ebene wird das Denken, Fühlen und Handeln betrachtet. Dieses wird zum Beispiel durch Bindungs- und Lernerfahrungen oder Traumatisierungen beeinflusst – aber auch über individuelle Bewäl-

tigungsstrategien. Die soziale Ebene umfasst die Einbettung von Individuen in ihre Umwelt. Dazu gehören familiäre, berufliche und gesellschaftliche Bedingungen, wie zum Beispiel Armut und strukturelle Diskriminierung. Die biologische Ebene umfasst körperliche Faktoren, zum Beispiel genetische, hormonelle und neurochemische Unterschiede zwischen Personen.¹⁵

Diese drei Ebenen interagieren miteinander, sowie mit dem ungleichen Verhältnis zwischen den Geschlechtern. Dabei ist es wichtig, genau hinzuschauen, wo Geschlechterunterschiede tatsächlich gegeben sind, an welchen Stellen sie ignoriert werden und wann Geschlecht als Kategorisierung fehl am Platz ist.

3.1 Biologische Ebene

Es gibt körperliche Merkmale von Personen, welche einen besonderen Einfluss auf die Unterschiede in der Entwicklung von Erkrankungen haben. Dazu gehören zum Beispiel Stoffwechselveränderungen im Gehirn und genetische Faktoren.¹⁶ Auch bei der Medikation spielen körperliche Merkmale eine wichtige Rolle, werden jedoch nicht immer ausreichend beachtet. Bezüglich der Bewegung eines Medikaments durch den Körper sowie der durch den Arzneistoff ausgelösten Effekte sind ver-

schiedene Aspekte relevant. Dazu gehören u.a. die Zusammensetzung der Sexualhormone, die Organdurchblutung, der Fett-Wasseranteil des Körpers oder ob eine Person menstruiert.^{17 18} Dies bedeutet, dass nicht verallgemeinernde Geschlechtskategorien, sondern die individuellen körperlichen Merkmale jeder einzelnen Person bei der Begleitung von Krisen betrachtet werden müssen.

3.2 Psychische und soziale Ebene

Im Laufe des Lebens wachsen Personen mit verschiedenen geschlechtlichen Stereotypen, Rollenbildern und Erwartungen auf. Diese sozialen Konstruktionen werden im Alltag jedoch häufig nicht mehr als solche wahrgenommen. Stattdessen werden sie als konkrete Eigenschaften von Personen gesehen, welche durch das Geschlecht verursacht sein sollen.¹⁹ So hat sich in Studien

3 Geschlecht und Psyche

für alle Geschlechter folgendes gezeigt: Je stärker bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Ängstlichkeit, Aggressivität, Abhängigkeit, Anpasstheit) von der jeweiligen geschlechtlichen Norm abweichen, desto eher wird eine psychische Störung diagnostiziert.²⁰

Das betrifft zum Beispiel zu große Ängstlichkeit oder allgemein Aggressivität bei Frauen, oder extreme Aggressivität oder soziale Unterordnung bei Männern.

Weiterhin beeinflussen unterschiedliche soziale und geschlechtliche Rollen und damit zusammenhängende Risiko- und Schutzfaktoren die Entstehung psychischer Belastungen.²¹

Dies bedeutet, dass bestehende geschlechtliche Stereotype und soziale Erwartungen an Personen, sowie individuelle Abweichungen davon, bei der Begleitung von Krisen genauer in Augenschein genommen werden müssen.



Ebenso spielen auf der psychischen und sozialen Ebene geschlechtsspezifische Traumata eine Rolle, die aufgrund von Machtverhältnissen entstehen oder begünstigt werden. Dazu gehören Erfahrungen sexualisierter Gewalt, die sich vor allem gegen Frauen²², nicht-binäre Menschen,

3.3 Minoritätenstress

Neben allgemeinem Stress, den alle Menschen mehr oder weniger in ihrem Alltag erleben, sind einige Gruppen mit zusätzlichem Stress konfrontiert. Dieser Minoritätenstress (Minorität = Minderheit) resultiert aus der Zugehörigkeit zu einer oder mehreren stigma-

BEISPIEL

Viele inter* Personen erleben irreversible Schäden durch Genitaloperationen im Kindesalter sowie das familiäre Verheimlichen darüber.²⁵ Die gleichzeitig verminderte Wahrscheinlichkeit als Schwarze Person eine Psychotherapie zu erhalten,²⁶ macht es besonders schwer für Schwarze inter* Menschen, ein Angebot zu finden, in dem ein vertrauensvoller Kontakt entstehen kann.

trans* und inter* Personen richtet,²³ aber auch gegen endogeschlechtliche cis-Männer.²⁴ Zusätzlich zeigen sich Traumata an der Schnittstelle verschiedener Machtverhältnisse (siehe Kasten mit Beispiel für Schwarze inter* Personen).

tisierten Gruppen und den damit einhergehenden Stressfaktoren.²⁷ Für die Gruppe von trans*, inter* und nicht-binären Personen können hierbei folgende Aspekte eine Rolle spielen: Diskriminierung, Gewalt, Zurückweisung und Nichtbestätigung durch Andere gegenüber dem eigenen Geschlecht oder Körper.

Ebenfalls sind die Angst vor dem Eintreten negativer Ereignisse in zukünftigen Situationen und die Entscheidung über ein „Outing“ mögliche Stressoren.²⁸

Dieser zusätzliche Stress kann starke Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben. Untersuchungen zeigen zum Beispiel ein höheres Aufkommen von sozialer Isolation, Einsamkeit, Traurigkeit und Suizidalität sowie den Diagnosen Angststörung, Essstörung und Depression bei trans* und inter* Personen im Vergleich zu endogeschlechtlichen cis Personen.²⁹ Als eine Strategie zur Bewältigung von Minoritätenstress zeigte sich bei bisexuellen Männern und Frauen ein teilweise zehnfach höherer Konsum von Substanzmitteln.³⁰

Dies bedeutet, dass insbesondere Angehörige einer stigmatisierten Gruppe zum einen vermehrt psychische Krisen, Diskriminierungserfahrungen sowie Gewalt erleben und zum anderen durch Helfende weiterem sozialen Stress ausgesetzt sein können.³¹ Somit sind Angehörige von stigmatisierten Gruppen besonders auf einen geschützten Raum und Helfende angewiesen, welche die besonderen sozialen Bedingungen dieser Gruppen verstehen.

Wichtig ist es dabei immer im Blick zu behalten, dass nicht das eigene inter*, trans*, nicht-binär sein Leiden verursacht, sondern die medizinische und gesellschaftliche Vorstellung, wie Geschlecht auszu-sehen hat.





4 GESCHLECHT IM PSYCHIATRISCHEN HILFESYSTEM

4 Geschlecht im psychiatrischen Hilfesystem

Wie relevant Geschlecht im psychiatrischen und Suchthilfesystem ist, zeigt sich für Nutzer*innen auf verschiedenen Ebenen. Auf struktureller Ebene definieren unter anderem Gesetze, Politik, Medien, Traditionen und historische Entwicklungen was Geschlecht ist, welches Verhältnis zwischen den Geschlechtern besteht und wie damit im psychiatrischen und Suchthilfesystem umgegangen werden soll.

Auf institutioneller Ebene werden in verschiedenen Einrichtungen und Organisationen entsprechende Strukturen angelegt und umgesetzt. Auf der individuellen Ebene wiederum stehen die Beschäftigten, welche ihr eigenes Geschlecht sowie ihre Vorstellung zum Umgang damit in die vorhandenen Strukturen einbringen. Diese Ebenen wirken immer gemeinsam und beeinflussen sich gegenseitig.

4.1 Gesamtgesellschaftlicher Kontext – strukturelle Ebene

Das psychiatrische und Suchthilfesystem steht nicht alleine in einem luftleeren Raum, sondern ist eingebettet in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext. In diesem Kontext spielen sowohl die historischen Wurzeln psychiatrischer Angebote als auch Gesetze und geschlechtliche Normen eine Rolle. Das hierarchische Geschlechterverhältnis ist Teil der Gesellschaft und wirkt somit auch im Hilfesystem.

In der historischen Entwicklung der Psychiatrie als Institution war ihre Aufgabe durch den gesellschaftlichen Auftrag bestimmt, Menschen außerhalb der Norm der Mehrheitsgesellschaft umzuerziehen oder zu verwahren.³² Dafür wurde definiert, wer der Kategorie krank und wer der Kategorie normal angehörte. Dies wurde mit direktem Zwang und

Gewalt durchgesetzt. Dazu gehörten auch Menschenversuche, Zwangssterilisierungen und das wissenschaftliche Legitimieren des (völker)mordenden Nationalsozialismus.³³ Diese historischen Wurzeln wirken weiterhin:

Zunächst stehen dem psychiatrischen und Suchthilfesystem bis heute Instrumente zur Verfügung, in denen direkter Zwang angewendet wird (Zwangseinweisung, Fixierungen, Zwangsmedikation). Daneben gibt es Zwangspraktiken, die sich indirekter zeigen.³⁴ Dazu gehört das Aufstellen von Bedingungen, die von den Hilfesuchenden erfüllt werden müssen, bevor eine Hilfe in Anspruch genommen werden kann. Beispiele dafür sind die Einnahme von Medikamenten vor dem Erhalt eines Platzes im Betreuten Wohnen.³⁵ Ein weiteres Beispiel ist der Zwang den trans* Menschen erleben, die nach dem sogenannten „Transsexuellengesetz“ den Vornamen und

4 Geschlecht im psychiatrischen Hilfesystem

Geschlechtseintrag ändern möchten: Dafür müssen sie neben einer verpflichtenden Psychotherapie in zwei, häufig von Psychiater*innen durchgeführten, Begutachtungen beweisen, ein „richtiger“ Mann oder eine „richtige“ Frau zu sein.³⁶

Darüber hinaus entscheiden noch immer gesellschaftliche Vorstellungen, wo das aktuelle Konzept von normal aufhört. Dementsprechend entstehen Diagnosen, wandeln sich und werden wieder aus Klassifikationskatalogen von Krankheiten gestrichen, wie der in Deutschland geltenden International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). An Geschlecht geknüpfte Diagnosen psychischer „Störungen“, die im Laufe der Zeit aus dem ICD verschwanden, sind zum Beispiel „Hysterie“ (1980),³⁷ „Homosexualität“ (1992)³⁸ oder „Transsexualismus“ (2022).³⁹ ^{IV} Diese Diagnosen sind nur durch den jahrelangen Aktivismus zur

Entpathologisierung von Frauen und **LSBTQI+** Menschen abgeschafft worden. Die diagnostischen Veränderungen haben jedoch an der pathologisierenden Denkweise in der Gesellschaft nur wenig geändert. Das Resultat davon ist, dass Frauen mit als „hysterisch“ geltendem Verhalten mithilfe neuer Diagnosenamen noch bis 2014 als krank definiert wurden.⁴⁰

Dies gilt auch weiterhin für trans* Menschen, deren Selbstaussagen über ihr Geschlecht teilweise als Ausdruck einer (teils falsch diagnostizierten) Psychose pathologisiert werden.⁴¹ Darüber hinaus gibt es trotz der offiziellen Entpathologisierungen 2021 weiterhin psychiatrische und weitere ärztliche Angebote in Deutschland, die anbieten „Hysterie“,⁴² „Transsexualismus“⁴³ oder auch „Homosexualität“⁴⁴ therapieren zu können.

- IV Die Begriffe Hysterie, Homosexualität und Transsexualismus sind pathologisierende Begriffe. Letzterer sollte im Umgang mit trans* Menschen nicht benutzt werden.

Die beschriebenen Formen von Zwang sowie die Praxis der gesellschaftlichen Definitionsmacht über die Trennung zwischen krank oder normal bleiben also ein unsichtbares Fundament der psychiatrischen Praxis.⁴⁵ Psychiatrische Angebote stehen somit zwischen dem Anspruch von Hilfe und Heilung einerseits und dem gesellschaftlichen Auftrag bestimmte Menschen aus Sicherheitsgründen zu behandeln und zu verwahren.⁴⁶ Vor diesem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklungen stehen sämtliche psychiatrische Angebote in der Verantwortung sich zu verorten und zu positionieren. Alle Akteur*innen im System müssen sich ihrer Machtinstrumente und Rolle bewusst sein, um zur Verbesserung der Situation für Hilfesuchende beizutragen.

4.2 Psychiatrisches und Suchthilfesystem – institutionelle Ebene

Im psychiatrischen und Suchthilfesystem zeigt sich zunächst ein Gender Bias.⁴⁷ Dies ist eine systematische geschlechtsbezo-

gene Wahrnehmungsverzerrung, welche sich im Gesundheitswesen auf zwei Arten zeigen kann:

1. Geschlechterunterschiede werden ignoriert und stattdessen eine Ähnlichkeit oder sogar Gleichheit angenommen.

In der Forschung wurden beispielsweise lange Zeit nur Männer als Testpersonen untersucht. Eine Konsequenz davon ist die teilweise noch bis heute andauernde zu hohe Dosierung von Medikamenten bei Frauen.⁴⁸ Hinzu kommt, dass (körperliche) Unterschiede in einer Gruppe von angeblich gleichen Frauen nur unzureichend beachtet werden. Nicht-binäre Menschen, sowie binäre trans* und inter* Menschen werden in Studien zu Psychopharmaka kaum berücksichtigt.

2. Geschlechterunterschiede werden künstlich geschaffen, obwohl keine (oder im Vergleich zu anderen Merkmalen nur geringe) Unterschiede zwischen den Geschlechtern existieren.

4 Geschlecht im psychiatrischen Hilfesystem

So wird zum Beispiel von „typischen Männer- und Frauenkrankheiten“ gesprochen. Hierbei ist jedoch nicht immer klar, wie es zu dieser Kategorisierung kommt. Eventuelle körperliche Merkmale, wie Sexualhormone, oder (erwartete) Geschlechterrollen können ebenso zu dieser Einteilung führen wie unterschiedliche Symptome.⁴⁹ Die einzelnen Institutionen und Organisationen im psychiatrischen und Suchthilfesystem bestimmen, ob sich Angebote nur an Männer oder Frauen richten, wer genau damit gemeint ist und ob das Angebot inklusiver gestaltet ist. Innerhalb bestehender Angebote kann es eine unterschiedlich starke Orientierung an Geschlechternormen geben, z.B. wenn das allgemeine Nähangenot vor allem Frauen vorgeschlagen wird.

Häufig erleben Frauen im psychiatrischen und Suchthilfesystem weitere Gewalt anstatt eines geschützten Raumes zur Aufarbeitung von Traumata.⁵⁰ Die im Zuge der zweiten Frauenbewegung erkämpften Schutzräume für endo-

geschlechtliche cis Frauen haben auch heute noch einen wichtigen Stellenwert, insbesondere für Betroffene, die unter geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen leiden. Die (finanzielle) Sicherstellung entsprechender bestehender Angebote im psychiatrischen und Suchthilfesystem muss daher auch weiterhin gewährleistet werden. Dazu gehören neben Angeboten ausschließlich für Frauen in stationären Settings abschließbare Zimmer und Stationen ohne endogeschlechtliche cis Männer.

Auch gibt es in vielen nach Geschlecht getrennten Angeboten Zugangsbarrieren bis hin zu Ausschlüssen. Das bedeutet, dass z.B. ein Angebot für Frauen möglicherweise bestimmte Frauen ausschließt. Dies kann sich u.a. in Form von fehlender Kinderbetreuung zeigen, rassistischem Personal, sprachlichen sowie räumlichen Barrieren und dem Festhalten an einer binären Körper- und Geschlechternorm.

Daher müssen Angebote oder Praxis-Konzepte zur Inklusion

derjenigen geschaffen werden, die aufgrund dieser Ausschlüsse keinen Schutzraum nutzen können.

In den Einrichtungen des Bremer psychiatrischen und Suchthilfesystems braucht es neben Schutzräumen vor allem wirksame Gewaltschutzkonzepte. Diese klären zunächst das Gewaltverständnis einer Einrichtung. Als nächstes bestimmen sie den Ablauf ab dem Moment, in dem sich eine Person als Betroffene*r offenbart. Darüber hinaus benennen sie die dafür eingesetzte(n) und qualifizierte(n) Ansprechperson(en) und bestimmen das Spektrum von Konsequenzen. Das Ziel eines Gewaltschutzkonzeptes ist es, durch seine Transparenz und klare Regelung von Verantwortung, den Umgang mit Gewalt nicht dem Zufall zu überlassen. Auf institu-

tioneller Ebene geht es also um die Frage nach dem strukturellen Umgang mit Geschlecht. Gibt es angemessene Angebote für alle Geschlechter? Wird Geschlecht in angemessenem Rahmen und ohne Gender-Bias berücksichtigt? Gibt es ein Gewaltschutzkonzept und ist dieses partizipativ entwickelt worden? Gibt es Verwaltungsvorschriften zur Abfrage von Geschlecht und dem Umgang mit Diversität? Gibt es Leitsätze und eine institutionell geregelte Umsetzung von Gewaltschutz? Gibt es eine Verpflichtung für die Beschäftigten, an Fortbildungen zum Thema Geschlechtervielfalt teilzunehmen? Und gibt es einen gleichberechtigten Zugang zu den Hilfsangeboten des psychiatrischen und Suchthilfesystems für alle Geschlechter?

LESE-TIPP

In der Broschüre „**Frauenräume und die Diskussion um Trans*-Offenheit**“⁵¹ werden Möglichkeiten besprochen, wie Schutzräume für Frauen ein geschützter Raum für cis und trans* Frauen sowie trans* Menschen weiterer Geschlechter sein können.

4 Geschlecht im psychiatrischen Hilfesystem

4.3 Mitarbeitende im psychiatrischen und Suchthilfesystem – individuelle Ebene

Auf der individuellen Ebene befinden sich die Beschäftigten des psychiatrischen und Suchthilfesystems. Diese unterscheiden sich sowohl in ihrem eigenen Geschlecht als auch in ihrer (geschlechtlichen) Rollenvorstellung zur Ausübung ihres Berufes.

Mitarbeitende ordnen Hilfesuchende im ersten Kontakt geschlechtlich ein. Der weitere konkrete Umgang mit der hilfesuchenden Person wird stark geprägt durch in Machtverhältnissen entstandenes Wissen und Bilder, z.B. über Geschlecht.

Neben den institutionellen Vorgaben entscheiden Mitarbeitende des psychiatrischen und Suchthilfesystems im Rahmen ihres Ermessens, welche konkrete Behandlung und Unterstützung sie anbieten. Sie bestimmen auch, inwiefern Hilfesuchende mit ihren Bedürfnissen ernst genommen werden und ob Formen von Gewalt angewendet

werden.⁵² Dabei spielt es eine erhebliche Rolle, ob sich Beschäftigte ihrer Position in den verschiedenen Machtverhältnissen und dem damit verbundenen Bias bewusst sind. Zum Beispiel kann es sein, dass eine Schwarze, alkoholsüchtige Klientin vergeblich versucht, gegenüber ihrer weißen Betreuerin das durch Rassismus verursachte Trauma in Verbindung mit ihrem Konsum zu bringen. Stattdessen interpretiert die Fachkraft die Wut der Klientin als Bestätigung eines rassistischen Bildes über Schwarze Frauen.

Fortbildungen können daher helfen, das eigene sowie das Verhalten von Klient*innen im Kontext von Machtverhältnissen besser einsortieren zu können, z.B. auch, wenn eine Person (unbewusst) versucht, sich als Überlebende*r von Gewalt zu outen.

Dank des Bundesteilhabegesetzes gibt es neue rechtliche Möglichkeiten, die das Wunsch- und Wahlrecht betonen. Diese ermöglichen zwar in einigen Fällen auf individueller Ebene Verbesserungen,

jedoch bleibt häufig ein strukturelles Problem bestehen: Wenn zum Beispiel eine Einrichtung traumasensibles Personal beschäftigt, ist das eine wichtige Grundlage für die therapeutische Arbeit. Wenn die Einrichtung jedoch keine therapeutischen Fachkräfte mit rassismuskritischem Fachwissen beschäftigt, haben Nutzer*innen mit Traumata an der Schnittstelle von sexualisierter Gewalt und Rassismus es schwer, da sich diese Erfahrungen nicht von weiteren Therapieinhalten trennen lassen. Zusätzlich kann die therapeutische Fachkraft durch fehlendes Wissen erneute Verletzungen verursachen.

In Bezug auf Geschlecht kann sich auch unter Mitarbeitenden ein Gender-Bias zeigen: In der Therapie werden zum Beispiel Gewalterfahrungen häufig als von Geschlechterverhältnissen unabhängige, individuelle Erfahrungen behandelt.⁵³ Auf der anderen Seite wird Geschlecht überbewertet. Dies passiert zum Beispiel, wenn ein Merkmal als behandlungswürdig definiert wird, obwohl die

Person diesbezüglich kein Unwohlsein empfindet.⁵⁴ Beispielhaft dafür ist die Pathologisierung von Intergeschlechtlichkeit oder des Wunsches einer Patientin keine Mutter zu werden.

4.4 Geschlechtergerechte Versorgung im psychiatrischen und Suchthilfesystem

Historisch hat sich die Vorstellung von binären, heterosexuellen Geschlechtern, die sich einer u.a. weißen Männlichkeit unterordnen, durchgesetzt. Diese konstruierte Vorstellung hat sich in Strukturen, Institutionen und in das individuelle Handeln eingeschrieben. Ein wenig reflektierter Umgang mit Geschlecht auf den verschiedenen genannten Ebenen, kann von Benachteiligung bis hin zu zwischenmenschlicher, institutioneller und struktureller Gewalt innerhalb der psychiatrischen Versorgung führen. Dies gilt für alle Geschlechter und trifft besonders diejenigen, die der Norm des u.a. weißen, heterosexuellen endogeschlechtlichen cis Mannes nicht entsprechen.

4 Geschlecht im psychiatrischen Hilfesystem

Um das Ziel einer geschlechtergerechten Versorgung zu erreichen, ist eine geschlechtersensible Perspektive der Beschäftigten ein wichtiger Schritt.

Damit diese Perspektive tiefgreifende Veränderungen mit sich bringt, müssen jedoch vor allem strukturelle Maßnahmen institutionell sowie institutionenübergreifend umgesetzt werden.⁵⁵ Nur so können nachhaltige und reale Verbesserungen angestoßen werden.

Die psychiatrische und Suchthilfe sollte das Ziel haben, das hierarchische Geschlechterverhältnis nicht weiter zu verstärken, sondern diejenigen zu unterstützen, die darunter leiden und Hilfe suchen. Die Gender Leitlinien sollen als Unterstützung für die Umsetzung dieser Veränderungen dienen.

PRAXIS-TIPP

Fortbilder*innen mit Eigenerfahrung

Suchen Sie für Fortbildungen Referent*innen aus, die aus der Expertise der eigenen Erfahrung referieren. Darüber hinaus hilft es, wenn sie geschlechtliche Vielfalt nicht nur auf sprachlicher Ebene behandeln und weitere Machtverhältnissen wie z.B. Rassismus mitdenken.



5 GENDER LEITLINIEN



Ziel der Gender Leitlinien ist eine gleichwertige Behandlung aller Geschlechter im psychiatrischen und Suchthilfesystem. Das bedeutet, dass (unbewusste) Andersbehandlung, Ausschlüsse, Diskriminierungen und geschlechtsbezogene Gewalt verhindert werden sollen.

Dafür hat die Bremer Gesundheitsbehörde auf Vorschlag der AG Gender des Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie die folgenden

Gender Leitlinien für das psychiatrische und Suchthilfesystem in Bremen verabschiedet. Diese gelten für alle Beratungs-, Behandlungs-, Rehabilitations-, Therapie-, Betreuungs- und Beschäftigungsangebote sowie ihre Verwaltungsstellen. Viele Aspekte lassen sich auf andere Bereiche wie die Somatik und Angebote der Sozialen Arbeit als auch gesamtgesellschaftlich übertragen.^V

V Für die Diagnostik, Beratung und Behandlung von trans* Menschen finden sich in der S3-Leitlinie „**Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit**“ richtungsweisende Empfehlungen⁵⁶

Im Konkreten umfassen die Gender Leitlinien unter anderem folgende Bereiche:

5.1 Geschlechtliche Selbstbestimmung

Welches Geschlecht ein Mensch hat, wird durch den Menschen selbst bestimmt und nicht durch äußerliche Zuschreibung, körperliche Merkmale oder den aktuellen Geschlechtseintrag in offiziellen Dokumenten. Im Aufnahmegespräch werden die gewünschte Ansprache und **Pronomen** erfasst. Sie werden gut sichtbar in der Akte und weiteren Dokumenten vermerkt. So werden die richtige Ansprache und Pronomen allen Mitarbeitenden mitgeteilt. Der Mensch entscheidet selbst, welches geschlechtsspezifische Hilfsangebot (z.B. Frauen-WG, nicht-binäre Gesangsgruppe, Männer-Therapiegruppe) und welche Unterbringung für sich geeignet ist.

Ein mögliches Aufnahmeformular:

Name _____

Geburtstag _____

Adresse _____

Telefon/Email _____

Geschlecht

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ nicht-binär
- ☐ _____

Ansprache

- ☐ Frau ...
- ☐ Herr ...
- ☐ Vorname Nachname
- ☐ _____

Pronomen

- ☐ sie
- ☐ er
- ☐ keine
- ☐ _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnr. _____

Ggf. abweichender Versicherungsname bei der Krankenkasse: _____

Mögliche Zimmerteilung

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ nur mit Frauen
- ☐ nur mit Männern
- ☐ nur mit nicht-binären Menschen
- ☐ gemischtgeschlechtlich
- ☐ Einzelzimmer

Zimmerteilung auf keinen Fall ...

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ nur mit Frauen
- ☐ nur mit Männern
- ☐ nur mit nicht-binären Menschen
- ☐ gemischtgeschlechtlich
- ☐ Einzelzimmer

(...)

Ihre Angaben behandeln wir vertraulich. Sie können uns Änderungen z.B. ihres Namens, Ansprache und Pronomens jederzeit gerne mitteilen.

5.2 Gewaltschutz

In allen Angeboten soll durch verbindliche Gewaltschutzkonzepte ein handlungsfähiges und transparentes System im Umgang mit Gewalt etabliert werden. Dieses spricht alle Geschlechter an und verhindert und sanktioniert verbale, tätliche, sexualisierte und diskriminierende Übergriffe. Bestandteil des Umgangs mit zwischenmenschlicher Gewalt sind also eine abgesicherte Interventionsplanung sowie Sanktionsmöglichkeiten. Zusätzlich sollten Gewaltschutzkonzepte beinhalten, wie institutionelle und strukturelle Gewalt abgebaut werden kann.

Jede Organisation benennt eine oder mehrere Ansprechpersonen, die sowohl für Betroffene von zwischenmenschlicher Gewalt als auch die Überprüfung des strukturellen Gewaltabbaus zuständig sind. Diese Ansprechpersonen bringen Qualifikationen sowohl im Bereich der Anti-Gewaltarbeit, der Geschlechterdiversität, der rassismuskritischen Arbeit und der Antidiskriminierungsarbeit mit weiteren benachteiligten Gruppen mit. Darüber hinaus sind diese Personen mit Handlungsmacht und Arbeitsstunden für diese Tätigkeit ausgestattet.

5.3 Ausrichtung der Angebote und Zugangserschwerenisse

Alle Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote sollen so ausgerichtet sein, dass sie allen Geschlechtern gleichermaßen den Zugang ermöglichen. Geschlechtsspezifische Angebote sollen alle Angehörigen dieses Geschlechtes ansprechen. Damit dies machbar ist, sollen Barrieren im Zugang abgebaut werden. Im Erstgespräch wird geklärt, ob ein besonderes Bedürfnis an Schutz und Unterstützung besteht. Außerdem wird über geschlechtsspezifische und weitere relevante Angebote sowie Ansprechpersonen, Rechte und Wahlmöglichkeiten informiert.



5.4 Inklusion binärer und nicht-binärer trans*, inter* Nutzer*innen

Alle Angebote des Hilfesystems sollen Angebote für nicht-binäre Nutzer*innen schaffen. Es sollen institutionelle Leitlinien geschaffen werden, um binäre trans* und inter* Nutzer*innen in das bisherige Angebot zu inkludieren.

5.5 Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten

Behandlungs- und Hilfeplanung, gutachterliche Stellungnahmen sowie die konkreten Behandlungs- und Betreuungsangebote sollen individuelle geschlechtsspezifische Besonderheiten und Ressourcen ausdrücklich berücksichtigen. In allen Versorgungsangeboten soll die Möglichkeit bestehen, sich das Geschlecht von Behandlungs- und Betreuungspersonal, Genesungsbegleiter*innen, Ansprechpersonen wie Fürsprecher*innen und weiteren auszusuchen.



5.6 Geschlechterrelevante Datenerhebung

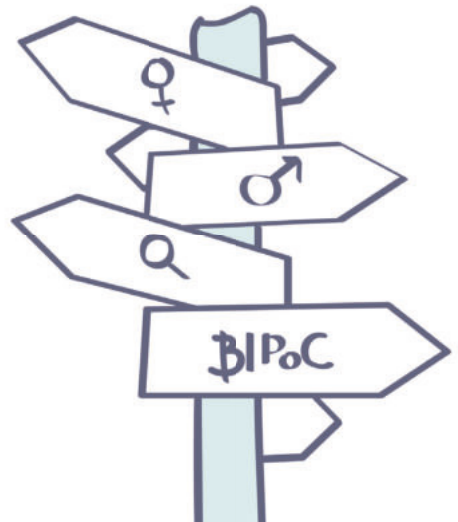
Es soll eine geschlechterrelevante Datenerhebung stattfinden. Das bedeutet, dass vor einer Erhebung abhängig vom Kontext zunächst entschieden wird, ob und wenn ja welche Daten wie erhoben werden sollen. Dabei soll geklärt werden, ob die Erhebung mit einer Differenzierung auf körperliche Merkmale, die Geschlechtsidentität oder eine bestimmte Diskriminierungserfahrung hinweisen möchte. Wenn Geschlecht erhoben wird, soll es neben den Kategorien männlich/ weiblich/ nicht-binär auch eine selbst ausfüllbare Option geben. Zusätzlich muss die Möglichkeit bestehen, keine Angaben zum Geschlecht zu machen.

5.7 Pharmakologische Behandlung

Die pharmakologische Behandlung und Beratung zu Risiken und Nebenwirkungen soll den aktuellen Stand der Forschung zu den Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und unterschiedlichen körperlichen Merkmalen berücksichtigen. Sie soll mit der Lebenssituation der Person abgestimmt sein und nur auf ihre ausdrückliche Zustimmung erfolgen. Die Einnahme von Medikamenten darf keine Bedingung für die Nutzung weiterer Angebote sein.

5.8 Physische Räume

Um Rückzug zu ermöglichen, sollen die Schlafräume abschließbar sein. Zusätzlich soll es für Frauen, Männer und nicht-binäre Menschen geschlechtsspezifische Rückzugsräume in den (teil-) stationären Versorgungsangeboten geben. Darüber hinaus sollen Akutstationen nur für Frauen und nicht-binäre Menschen sowie Stationen nur für Männer und nicht-binäre Menschen angeboten werden. Sowohl in der Region der Bremer Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) West und Nord sowie der Region der GPVs Mitte, Ost und Süd sollen diese beiden (Akut)stationen jeweils mindestens einmal angeboten werden. Die Aufteilung der Toiletten-, Wasch- und Umkleeräume soll sich für alle ihre Nutzer*innen ungefährlich anfühlen. Für nicht-binäre Menschen sowie binäre trans* und inter* Frauen und Männer soll die Aufteilung ermöglichen, ohne Angst vor Diskriminierung oder Gewalt zur Toilette gehen zu können. Diese Aufteilung soll geschehen, ohne dabei trans*, inter* und nicht-binäre Menschen automatisch zu outen. Räumliche Barrieren, wie zum Beispiel ein fehlendes Blindenleitsystem, sollen abgebaut werden.



5.9 Therapeutische Räume

Das therapeutische Angebot soll sich an alle Geschlechter richten. Geschlechtsspezifische Gruppen sollen für Frauen, Männer und Menschen aus einem nicht-binären Spektrum angeboten werden. Diese Gruppen sollten von geschlechtersensiblen Fachpersonal angeleitet werden. Die Umsetzung der **Inklusion** von trans* und inter* Nutzer*innen in geschlechtsspezifische Angebote soll mit Hilfe von Fortbildungen von den Trägern der Versorgungsangebote erarbeitet werden. Darüber hinaus soll ein trägerübergreifendes therapeutisches Angebot für trans*, inter* und nicht-binäre Nutzer*innen entstehen, wie zum Beispiel eine theatertherapeutische Gruppe. Analog dazu soll es ein ähnliches Angebot für Nutzer*innen geben, welche Rassismus erfahren. Für Nutzer*innen mit Kind oder Kinderbetreuung soll eine zeitliche Teilhabe garantiert werden. Die Sprachmittlung und ihre Finanzierung wird durch den*die Anbieter*in des Angebotes organisiert.

LESE-TIPP

Eine Vielzahl guter Ideen für eine Geschlechterdiversität inkludierende Betriebskultur und Personalgewinnung sowie einen geschlechtersensiblen Umgang mit Daten und Sanitäreinrichtungen finden sich in der **Broschüre Geschlechterdiversität in Beschäftigung und Beruf.**⁵⁷

5.10 Fortbildungen

Bisherige Fortbildungen sollen ihre jeweiligen Themen um eine geschlechtersensible und rassismuskritische Perspektive ergänzen, sodass sowohl trans* und inter* als auch nicht-binäre Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen mitgedacht werden. Alle Mitarbeitenden sollen sich in Fortbildungen mit Geschlechtervielfalt, geschlechtsbezogener Gewalt sowie dem hierarchischen Geschlechterverhältnis und weiteren Machtverhältnissen (wie u.a. Rassismus) auseinandersetzen. Leitungspersonal, Multiplikator*innen, Ansprechpersonen sowie Fortbildungsleiter*innen sollten darüber hinaus diese Auseinandersetzung stark vertiefen.

5.11 Ansprechpersonen

Da trotz Fortbildungen der Abbau von Diskriminierungen noch lange nicht vollzogen ist, sollen diskriminierungssensible Ansprechpersonen eingesetzt oder neu eingestellt werden. Ihre Funktion besteht darin, Nutzer*innen bei dem von ihnen gewünschten Umgang mit einer erlebten Diskriminierung zu unterstützen. Sie bringen Qualifikationen sowohl im Bereich der Geschlechterdiversität, der rassismuskritischen Arbeit und der Antidiskriminierungsarbeit mit weiteren benachteiligten Gruppen mit. Darüber hinaus sind diese Personen mit Handlungsmacht und Arbeitsstunden für diese Tätigkeit ausgestattet. Ihr Handlungsspielraum ist durch verbindliche Interventionsplanung sowie Sanktionsmöglichkeiten

institutionell geregelt. Es sollen Ansprechpersonen sowohl in einer zentralen Bremer Anlaufstelle als auch in den Strukturen der einzelnen Organisationen arbeiten.

PRAXIS-TIPP

Wenn eine Ansprechperson für LSBTQI+ Nutzer*innen zwar Wissen über die Diskriminierung von Lesben und Schwulen mitbringt, aber keines zu Intergeschlechtlichkeit und Rassismus, kann im Gespräch z.B. mit einem intergeschlechtlichen Muslim folgende Schwierigkeit entstehen: Da sich inter* sein häufig hinter wenig bekannten Diagnosenamen und Symptomen versteckt, können möglicherweise weder die Fachkraft noch der Nutzer seine biografischen Erzählungen als Teil einer inter* Erfahrung deuten. Als intergeschlechtlicher Muslim spielt zusätzlich das Stereotyp eine Rolle, dass Muslim*innen selten LSBTQI+ seien, noch dazu Wissen besäßen. Die Fachkraft wird also den unbewussten Outing-Versuch des inter* Nutzers möglicherweise nicht als solchen interpretieren, sondern als ein Verirren eines Muslims, der nicht ganz weiß, was LSBTQI+ bedeutet.

Es ist also besonders bei Ansprechpersonen wichtig, dass ein breites Fachwissen zur Auswirkung diskriminierungsspezifischer Erfahrungen vorhanden ist und stets erweitert wird. Vermeiden Sie, dass die hilfesuchende Person in die Rolle einer Fortbildungsleitung kommt und informieren Sie sich auf unserer Homepage geschlecht-psychische-gesundheit.de über Fortbildungsmöglichkeiten und Anlaufstellen. Fragen Sie die hilfesuchende Person, was sie möglicherweise von Ihnen braucht und holen sich oder ihr ggf. Unterstützung bei der **inter* Beratung Bremen**.

5.12 Organisationsentwicklung

Bei der Organisationsentwicklung der Einrichtungen (Qualitätsmanagement, Personal- und Leitungsstruktur) soll sowohl geschlechtersensibles als auch Personal welches trans*, inter* und nicht-binär ist und/oder BIPOC ist, Einstellungs-vorrang erhalten. Insbesondere geschlechter- und rassismussensible Genesungsbegleiter*innen sollen verstärkt Teil der jeweiligen Strukturen werden. Die spezifischen Barrieren, welche für aktuelles aber auch zukünftiges Personal existieren, welches trans*, inter*, nicht-binär ist, Ableismus und/oder Rassismus erfährt, sollen gesenkt werden.

5.13 Qualitätssicherung

Die jeweiligen Einrichtungen und Kliniken sollen ein System zur Umsetzung der Gender Leitlinien entwickeln. Die dort greifenden Mechanismen sollen auch einen Umgang mit der Nichteinhaltung der Leitlinien regeln.

5.14 Transparenz

In den jeweiligen Außendarstellungen der Einrichtungen, Kliniken und Angebote (z.B. Homepage, Flyer) sollen Nutzer*innen erfahren, an wen sich das Angebot richtet. Für Nutzer*innen relevante Informationen, wie zum Beispiel das Vorhandensein einer Kinderbetreuung, mehrsprachiger Fachkräfte, einer Rampe für Rollstuhlfahrer*innen, Ansprechpersonen für trans*, inter* und nicht-binäre Menschen oder das Gewaltschutzkonzept, sollen öffentlich erfahrbar sein.

PRAXIS-TIPP

Sprachliche transparente Umsetzung eines inklusiveren Angebotes für Frauen und nicht-binäre Menschen:

Dieses Angebot richtet sich ausschließlich an Frauen und nicht-binäre Menschen, also Menschen, die nicht (nur) Frau oder Mann sind. Alle Frauen und nicht-binären Menschen sind herzlich willkommen teilzunehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob in Ihrem Ausweis Ihr richtiges Geschlecht steht oder Sie uns um die Organisation einer Sprachmittlung bitten. Sie können montags und dienstags auch Ihr Kind mitbringen, dort ist eine Kinderbetreuung anwesend. Unser Gruppenraum ist mit einem Rollstuhl erreichbar, die Toilette leider nicht. Detailliertere Informationen, auch zur nächst gelegenen rollstuhlgerechten Toilette, finden Sie auf unserer Homepage.

6 AUSBLICK

Die hier vorgestellten Gender Leitlinien bilden einen Orientierungsrahmen für die Umsetzung rechtlicher Vorgaben im Bremer psychiatrischen und Suchthilfesystem, sodass alle Geschlechter gleichberechtigt Unterstützung erhalten können.

Dieses Ziel ist keine Frage eines Für und Widers. Es ist Bestandteil der Professionsverständnisse der Berufsgruppen im psychiatrischen und Suchthilfesystem sowie rechtlicher Vorgaben. Verschiedene Gruppen haben erreicht, dass ihre Rechte auf Gleichberechtigung und Schutz vor Gewalt auf höchster Ebene anerkannt werden.

Dazu gehören u.a. die Istanbul Konvention zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, die 3. Option sowie der Fürsorgegrundsatz und Rechtsanspruch aus dem Bremer PsychKG.

Viele notwendige gesellschaftliche und rechtliche Änderungen sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Leitlinien noch nicht umgesetzt, wie z.B. die Bremer Psychiatriereform oder das Selbstbestimmungsgesetz für trans*, inter* und nicht-binäre Menschen. Es ist jedoch höchste Zeit, die Praxis der psychiatrischen und Suchthilfe an bestehende Rechtsnormen und die professionellen Vorgaben ihrer Berufe weiter anzupassen.

Auch wenn diese Gender Leitlinien das Bremer psychiatrische und Suchthilfesystem betreffen, sind alle Menschen herzlich eingeladen, sie auf ihre Arbeitsbereiche zu übertragen, sie um weitere Themenbereiche zu erweitern und sie zu implementieren. Für die konkrete Umsetzung dieser Gender Leitlinien in den verschiedenen Angeboten bestehen unterschiedliche Möglichkeiten.

Von zentraler Bedeutung ist dabei die Implementierung auf allen Ebenen. Nur wenn sich die Strukturen ändern und alle beteiligten Akteur*innen - von der Leitungsebene bis zu Praktikant*innen - Verantwortung übernehmen, können nachhaltige Veränderungen entstehen.

Leitlinien laden dazu ein, schnelle Lösungen zu entwickeln, die für alle gleich gut passen sollen. Wichtig ist jedoch, sich der Komplexität einer geschlechtersensiblen psychiatrischen und Suchthilfe bewusst zu werden. Dafür können diese Leitlinien nur ein Türöffner sein. Zudem waren bei der Überarbeitung der Gender Leitlinien inter* und BIPOC Organisationen nicht beteiligt. Es fand nur ein Einholen von Feedback einzelner inter* und BIPOC Personen statt. Notwendig ist es daher, das eigene Wissen stets zu hinterfragen

und das Expert*innenwissen und die Forderungen der unterschiedlichen Selbstorganisationen von Beginn an zu zentrieren. Relevant ist ebenfalls die Zusammenarbeit der Organisationen untereinander sowie die Kooperation mit Behörden und Kostenträger*innen. Auch das Projekt Doing Gender steht mit seinen Angeboten, wie beispielsweise Fortbildungen, beratend zur Seite.

In Bremen hat sich mit der Auflösung der psychiatrischen Klinik in Blankenburg gezeigt, dass Veränderungen notwendig und möglich sind. Es liegt nun an allen Akteur*innen des psychiatrischen und Suchthilfesystems, die Selbstbestimmung und Gleichberechtigung von Nutzer*innen zu ermöglichen und als Orientierung für das eigene Handeln festzulegen.

LINK

Mehr dazu finden Sie unter:
geschlecht-psychische-gesundheit.de

7 GLOSSAR

7.1 *

Die Schreibweisen Nutzer_in, Nutzer:in, Nutzer*in, Nutzende machen gegenüber anderen Schreibweisen wie Nutzerinnen und Nutzer deutlich, dass es sich nicht nur um Männer und Frauen handelt, sondern Nutzer*innen aller Geschlechter gemeint sind. Die Verwendung des * ist aus der Praxis in trans*, inter* und nicht-binären Communities entstanden. Weder der : noch das * noch der _ ist für blinde Menschen und Menschen mit Lernschwierigkeiten barrierefrei.⁵⁸ In diesen Leitlinien gibt es daher eine Mischung aus neutralen Begriffen wie Mitarbeitende und gegenderten, aber weniger passiv wirkenden Begriffen wie Nutzer*innen.

7.2 Ableismus

Ableismus (able: engl. für fähig) ist die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung und wurde als Begriff von Wissenschaftler*innen mit Behinderung etabliert. Auch wenn alle Menschen unterschiedliche Fähigkeiten und Körper haben, bestimmt eine ableistische Gesellschaft, welche Körper und welche Psyche als normal gilt. Menschen, die auf körperlicher, seelischer und/oder geistiger Ebene dieser Norm nicht entsprechen, werden abgewertet und in ihrer selbstbestimmten Teilhabe in allen Lebensbereichen behindert. Die Folgen dieser gesell-

schaftlichen Behinderung zeigen sich im Ausschluss von Bildung, Kultur, Gesundheitsversorgung, Arbeitsmarkt und körperlicher Selbstbestimmung. Darüber hinaus ist die Konsequenz von Ableismus, dass Menschen mit Behinderung meist als belastend, minderwertig, bemitleidenswert oder auch als nicht lebenswert angesehen werden. Dies wird als Rechtfertigung genutzt, sie respektlos zu behandeln, ihnen (tödliche) Gewalt anzutun oder ihre Körper medizinisch einer Norm anzupassen.⁵⁹ Zum Beispiel kann es passieren, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ohne ihr informiertes Einverständnis mit Medikamenten therapiert werden, die eine Schwangerschaft erschweren oder verhindern können.

7.3 binär

Mit binär werden die zwei geschlechtlichen Kategorien von Mann und Frau bezeichnet. In einem binären Geschlechtersystem werden keine anderen Geschlechter zugelassen: Menschen außerhalb dieser etablierten geschlechtlichen Norm werden als „fremd“ und „anders“ ausgegrenzt. Im Kontrast zu nicht-binären Menschen, werden alle sich eindeutig den Kategorien Mann und Frau zuordnenden Menschen als binär bezeichnet, zum Beispiel cis und endogeschlechtliche Männer, trans* Frauen, inter* Männer.

7.4 BIPoC / Black, Indigenous and People of Color

BIPoC ist eine politische Selbstbezeichnung von und für Menschen, die Rassismuserfahrung erleben. Er vereint dabei die unterschiedlichen Gruppen und ihre unterschiedlichen Rassismuserfahrungen in einem Begriff. Dabei geht es nicht um Hautfarben sondern um die geteilte Erfahrung rassistischer Benachteiligung. Die Hervorhebung von Black und Indigenous verdeutlicht, dass ihre spezifischen rassistischen Erfahrungen explizit eingeschlossen sind.

7.5 cis / cisgeschlechtlich

Um deutlich zu machen, dass trans* sein genauso normal ist, wie nicht trans* zu sein, gibt es den Begriff cisgeschlechtlich bzw. cis Mann/ cis Frau (lat.: diesseits) in Abgrenzung zu trans* (lat.: jenseits, über hinaus). Ein cis Mann ist also ein Mann, dem bei seiner Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde und dies weiterhin für ihn stimmig ist.

7.6 Dritte Option

Die von inter* Menschen erkämpfte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes 1 BvR 2019/16 vom 10.10.2017 – bekannt unter dem Begriff Dritte Option – verpflichtet dazu, bei (räumlichen, formellen, sprachlichen) Erfassungen von Geschlecht mindestens eine dritte Option anzubieten.⁶⁰

7.7 endo / endogeschlechtlich

Ein Mensch ist endogeschlechtlich (griech.: innerhalb) und nicht inter*, wenn er mit einem Körper geboren wird, der sich nach den normativen Vorstellungen der Medizin eindeutig als nur weiblich oder nur männlich einordnen lässt. Ein Synonym für endogeschlechtlich ist auch dyadisch.

7.8 Frau

Die Bezeichnung Frau bezieht sich auf die Selbstidentifikation als solche. Frauen können cis und endogeschlechtlich sein, sie können inter* und/oder trans* Frauen sein, sie können weiß, Schwarz, Frauen of Color sein, mit Behinderung oder ohne und sich in weiteren Punkten unterscheiden oder ähneln. Wenn wir von Frauen sprechen, meinen wir all diese Frauen. Es gibt u.a. auch die Schreibweise Frauen*. Diese Schreibweise wird in Teilen verwendet, um eine Offenheit gegenüber trans* Menschen zu signalisieren. Diese Offenheit ist ein erster wichtiger Schritt, den wir gerne konkretisieren möchten. Aus der Praxiserfahrung gibt es leider häufig eine Unklarheit darüber, ob mit Frauen* neben endo cis Frauen auch trans* und inter* Frauen gemeint sind. Ebenso unklar bleibt häufig, ob auch alle nicht-binären Menschen gemeint sind oder nur diejenigen Menschen, denen „Frau sein“ zugeschrieben wird. Daher bevorzugen wir die Schreibweise Frauen, wenn wir endo cis, trans* und inter* Frauen meinen. Wenn wir Frauen und nicht-binäre Menschen meinen, schreiben wir dies aus.

7.9 Gewalt

Unter Gewalt wird teilweise nur körperliche Gewalt zwischen zwei Menschen verstanden. Hier wird Gewalt jedoch folgendermaßen definiert: Zwischenmenschliche Gewalt ist, wenn eine Person einen anderen Menschen verbal, körperlich und/oder sexuell bedrängt, bedroht, verängstigt, schädigt, herabwürdigt und/oder entmenslicht. Diese Gewalt findet nicht ohne den Rahmen von struktureller Gewalt statt. Unter struktureller Gewalt werden Bedingungen und Strukturen gesellschaftlicher, wirtschaftlicher oder institutioneller Art verstanden, welche benachteiligte Personen(gruppen) noch weiter benachteiligen. Wenn es nicht anderweitig spezifiziert wird, ist in diesen Leitlinien unter Gewalt immer das Zusammenwirken dieser Gewaltformen gemeint.

BEISPIEL

Ein mit Schizophrenie diagnostizierter Patient sucht bei der Stationsleitung Unterstützung, weil er von seinem Arzt gestalkt wird. Diese zwischenmenschliche Gewalt ist in den Rahmen der strukturellen Gewalt von Psychiatrie und Geschlechternormen eingebettet. Aufgrund seiner Diagnose wird ihm von den mit dem Täter befreundeten leitenden Ärzt*innen weniger Glauben geschenkt. Dies ist auch das Resultat der geschlechtsnormierenden Gewalt, die u.a. Männer selten als potentielle Betroffene von Gewalt in den Blick nimmt. Ein Resultat des Zusammenspiels dieser Gewaltverhältnisse ist, dass der Patient gerne die Klinik verlassen würde, jedoch die Ärzt*innen dies nicht erlauben.

7.10 Inklusion

Im engeren Sinne bedeutet Inklusion die Umsetzung eines Einschlusses von Menschen mit Behinderung in alle Lebensbereiche. Im weiteren Sinne werden darunter auch Handlungen verstanden, die die Exklusion weiterer ausgeschlossener Gruppen verringern.⁶¹ Inklusion ist das Gegenkonzept zu Integration: Nicht die ausgeschlossenen Gruppen sollen sich der Norm anpassen, sondern die Barrieren in der Mehrheitsgesellschaft sollen abgebaut werden, sodass alle, auch die bisher Ausgeschlossenen, teilhaben können. Der Begriff entstammt der Behindertenrechtsbewegung sowie den daraus entstandenen Disability Studies und Mad Studies, also den Wissenschaften von, über und für ver_rückte und be_hinderte Menschen.

7.11 inter* / intergeschlechtlich

„Inter* umschreibt die gelebte Erfahrung, mit einem Körper geboren zu sein, der den normativen Vorstellungen von männlich/Mann und weiblich/Frau nicht entspricht.“⁶² Diese normativen Vorstellungen drücken sich in einer Definition von Mann oder Frau über ihre Anatomie, Hormone und Chromosomen aus. Diese lassen sich jedoch biologisch auf keiner der drei Ebenen in weder zwei noch drei klar abgrenzbare Kategorien teilen.⁶³ Inter* oder auch intergeschlechtlich ist also kein, wie häufig angenommen, Drittes Geschlecht, sondern ein Oberbegriff für Menschen mit sehr unterschiedlichen Körpern, Geschlechtern und sexuellen Orientierungen. Viele inter* Babys werden genitalverstümmelnden Operationen unterzogen und gewaltvoll in die gesellschaftli-

chen Normen der Ästhetik von Genitalien und Geschlecht gezwängt. Die Praxis dieser irreversiblen Schäden ist in Deutschland zwar seit 2021 in bestimmten Fällen verboten, wird jedoch aufgrund größerer Gesetzeslücken weiter durchgeführt.⁶⁴ Inter* wird also weiterhin als eine Krankheit behandelt. Während einige inter* Menschen schon sehr früh erfahren, dass sie inter* sind, erfahren es viele durch die Geheimhaltung von Ärzt*innen und Eltern nie oder erst sehr viel später. Das Sternchen steht als Platzhalter für die Vielfalt der Selbstdefinitionen von inter* Menschen.

7.12 Klassismus

Klassismus bezeichnet die Diskriminierung und Vorurteile gegenüber Menschen aufgrund ihrer (vermuteten) sozialen Herkunft und/oder (vermuteten) aktuellen Zugehörigkeit zu einer als „niedriger“ eingestuften sozialen Klasse (z.B. Armuts- oder Arbeiter*innenklasse). Dies trifft zum Beispiel Menschen mit keinem oder geringem Einkommen, Menschen ohne Wohnung oder Menschen, deren Eltern nicht studiert haben. Es geht also nicht nur darum, ob ein Mensch gerade viel oder wenig Geld besitzt, sondern ob jemand aufgrund der sozialen Herkunft strukturell benachteiligt wird. Ein Beispiel für Klassismus ist die härtere Bestrafung von Kriminalität von armen Personen im Vergleich zu wohlhabenderen Personen.

7.13 LSBTQI+

LSBTQI+ versucht mithilfe der Anfangsbuchstaben für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, queere und inter* Menschen alle Identitäten zusammenzufassen, die nicht heterosexuell sowie cis- und endogeschlechtlich sind. Das + drückt aus, dass durch die Buchstaben nicht das gesamte Spektrum abgebildet wird, und viele weitere Identitäten und sexuelle Orientierungen wie u.a. asexuell oder pansexuell fehlen.

7.14 Mann

Die Bezeichnung Mann bezieht sich auf die Selbstidentifikation als solcher. Männer können cis und endogeschlechtlich sein, sie können inter* und/oder trans* Männer sein, sie können weiß, Schwarz, Männer of Color sein, mit Behinderung oder ohne und sich in weiteren Punkte unterscheiden oder ähneln. Wenn wir von Männern sprechen, meinen wir all diese Männer.

7.15 nicht-binär

Nicht-binär ist ein Sammelbegriff von Geschlechtsidentitäten außerhalb der zweigeschlechtlichen, binären Kategorie Mann oder Frau. Einige nicht-binäre Menschen verstehen sich gleichzeitig als trans* und/oder inter*. Zentral ist immer die Selbstdefinition. Nicht-binäre Geschlechtsidentitäten sind beispielsweise genderqueer oder genderfluid. Agender (= sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen) wird von manchen Personen auch als eine nicht-binäre Geschlechtsidentität eingeordnet und von anderen als eine weitere Kategorie angesehen.

7.16 Pronomen

„Maryama Mbele ist unsere neue Leitung. Sie hat uns das Du angeboten.“ In diesem Beispiel ist sie das Personal-Pronomen, welches für die neue Leitung verwendet wurde. In vielen Situationen wird anderen Menschen ein Geschlecht zugeschrieben und dementsprechend ein Pronomen für sie ausgewählt. Dabei ist unklar, ob diese Zuschreibung richtig ist. Deswegen ist es hilfreich, das Gegenüber nach seinen Pronomen und der richtigen Ansprache zu fragen. Pronomen können zum Beispiel sie, er, sie_er, per, they, dey oder auch keine sein. Mögliche Ansprachen der neuen Leitung können zum Beispiel Frau Mbele, Herr Mbele oder Maryama Mbele sein. Das richtige Pronomen und die richtige Ansprache zu verwenden, bedeutet, dass die geschlechtliche Identität der Person akzeptiert wird. Die falsche Ansprache oder Pronomen zu benutzen, wird als misgendern bezeichnet.

LESE-TIPP

Wichtig ist, ungewohnte Pronomen eigenständig einzuüben. Es kostet viel Energie und kann sehr belastend sein, Personen, die auch nach einer Umgewöhnungsphase weiterhin falsche Pronomen verwenden, jedes Mal darauf hinzuweisen. Ein gutes Praxis-Handbuch mit vielen Beispielen ist **„Wie schreibe ich divers? Wie spreche ich gendergerecht“**.⁶⁵

7.17 Rassismus

Rassismus konstruiert Menschen aufgrund tatsächlicher oder angeblicher körperlicher oder kultureller Merkmale (z. B. Hautfarbe, Herkunft, Sprache, Religion) zu einer homogenen Gruppen, wertet diese ab und grenzt sie aus. Rassismus stellt diesen Prozess der gewaltsamen Hierarchisierung als eine natürliche biologische oder kulturelle Gegebenheit dar. Der heute verbreitete Kultur-Rassismus nutzt die Behauptung der natürlich gegebenen kulturellen Unterschiede, um rassistische Hierarchien begründen zu können.⁶⁶ Die Konsequenzen dieses Machtverhältnisses sind historische als auch heutige Ausbeutungen, rassistische Ermordungen, Ausschlüsse vom Arbeits- und Wohnungsmarkt sowie dem Bildungswesen. Im Gesundheitswesen zeigt es sich z.B. darin, dass häufige, kleinere rassistische Äußerungen bei den davon Betroffenen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Depressionen und Angststörungen führen, diese jedoch nicht als Folgen von Rassismus anerkannt werden.⁶⁷

7.18 Schwarz

Die Selbstbezeichnung Schwarz beschreibt nicht eine biologische Tatsache oder Hautfarbe, sondern die gemeinsame Erfahrung von Rassismus und Kolonialismus. Der Begriff ist von und für Schwarze Menschen, die selbst oder in ihrer Familiengeschichte Bezüge zum afrikanischen Kontinent haben. Um deutlich zu machen, dass es sich nicht um eine Farbbezeichnung, sondern um eine politische Selbstbezeichnung handelt, wird das S groß geschrieben.

7.19 trans* / transgeschlechtlich

Trans* ist ein Überbegriff für Menschen, die sich nicht oder nur teils mit dem Geschlecht identifizieren, welches ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Trans* Menschen haben unterschiedliche Geschlechter, zum Beispiel Frau, Mann oder ein nicht-binäres Geschlecht. Ein trans* Mann ist also ein Mann, dem jedoch bei seiner Geburt ein anderes Geschlecht zugewiesen wurde und der deshalb einen Geschlechtseintrag als weiblich (oder auch divers oder einen offenen Eintrag) erhalten hat.

Unter trans* Menschen gibt es eine Vielzahl an Selbstbezeichnungen, wie zum Beispiel transgender, trans Frau, trans*, genderqueer. Das Sternchen hinter trans* symbolisiert diese Vielfalt unter einem Begriff. Dazu gehören auch Selbstbezeichnungen wie Two-Spirit, Muxe oder Hijra, die Bestandteil von pre-kolonialen Geschlechterentwürfen sind und teils seit über 1800 Jahren existieren. Der Begriff Transsexualität wird seltener als Selbstbezeichnung verwendet, da er eine pathologisierende Fremdbezeichnung aus der Medizin ist. Darüber hinaus verbindet er fälschlicherweise trans* sein mit einer sexuellen Orientierung. Genau wie alle Menschen auf der Welt, können trans* Menschen heterosexuell, lesbisch, bisexuell, schwul, queer, asexuell sein oder eine andere sexuelle Orientierung haben.

7.20 Transition

Eine Transition ist für trans* Menschen ein Prozess, das eigene Geschlecht auf sozialer, juristischer und/oder körperlicher Ebene auszudrücken. Auf der sozialen Ebene ist dies zum Beispiel das Verwenden eines neuen Namens und neuer Pronomen. Auf juristischer Ebene geht es um die rechtliche Änderung des Vornamens und Personenstandes. Auf körperlicher Ebene kann dies ein neuer Haarschnitt sein. Weitere geschlechtsbestätigende Möglichkeiten sind zum Beispiel eine Hormontherapie, logopädische Behandlungen oder auch eine Mastektomie (operative Brustreduktion).

7.21 Weiß

Der Begriff weiß beschreibt nicht eine biologische Tatsache oder Hautfarbe. Während Menschen, die Rassismus erleben als (fremde) Andere markiert werden, bleibt weiß sein eine nicht benannte Norm. Der Begriff weiß benennt also die Gruppe, die in Bezug auf Rassismus Privilegien hat. Dies zeigt sich unter anderem in erheblichen Unterschieden im Zugang zu Entscheidungsfunktionen, Wohnungs- und Arbeitsmarkt, Bildung, öffentlichem Leben, Gewaltschutz und auch dem Gesundheitswesen.

8 LITERATUR- VERZEICHNIS

- 1 Doing Gender (2022). Nutzer*innenbefragung Geschlecht im psychiatrischen und Suchthilfesystem in Bremen. [// FRA – European Union Agency for Fundamental Rights \(2020\). A long way to LGBTI equality. Publications Office of the European Union. \[https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality_en.pdf\]\(https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality_en.pdf\)](https://geschlecht-psychische-gesundheit.de/Nutzer_innenbefragung)
- 2 Aikins, M.A., Bremberger, T., Aikins, J.K., Gyamerah, D. & Yildirim-Caliman, D. (2021). Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. <https://afrozensus.de/reports/2020/Afrozensus-2020.pdf>
- 3 Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021). Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/AGG/agg_gleichbehandlungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile
- 4 Feinberg, L. (1996). Transgender warriors. Beacon Press.
- 5 Laqueur, T. (1990). Making sex: body and gender from the Greeks to Freud. Harvard University Press.
- 6 Siehe Quellenangabe 4
- 7 O'Sullivan, S. (2019). The Colonial Project of Gender (and Everything Else). *Genealogy* 2021, 5(67), 1-9.
- 8 Maiwald, K.O. & Speck, S. (2021). Paradoxien der Gleichheit. In L.Y. Haller & A. Schlender (Hrsg.), *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft*. Verlag Barbara Budrich.
- 9 Moradi, B. & Grzanka, P.R. (2017). Using Intersectionality Responsably: Toward Critical Epistemology, Structural Analysis, and Social Justice Activism. *Journal of Counseling Psychology*, 64(5), 500-513.
- 10 Bundesverfassungsgericht (2017). Leitsätze zum Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017. 1BvR 2019/16. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2017/10/rs20171010_1bvr201916.html
- 11 Kesinkilic, O. (2017). „Der orientalische Mann“ vor| nach Köln. Zur sexuell-kulturellen Dynamik des antimuslimischen Rassismus in der Fluchtdebatte. In G. Yurdakul, R. Römhild, A. Schwanhäußner & B. zur Nieden, *Witnessing the Transition: Moments in the Long Summer of Migration* (S. 61-77). <https://edoc.hu-berlin.de/bitstream/handle/18452/19415/witnessing-the-transition.pdf?sequence=1#page=61>
- 12 STGB. (2016). [// bff. \(o.D.\). Gewaltschutz und Flucht: Welche Auswirkungen hat das neue Sexualstrafrecht auf aufenthaltsrechtliche Regelungen? bff. <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/infothek/faq-gewaltschutz-und-flucht/begriffserklaerungen-glossar/welche-auswirkungen-hat-das-neue-sexualstrafrecht-auf-aufenthaltsrechtliche-regelungen.html>](https://dejure.org/gesetze/StGB/177.html)
- 13 Voss, H.-J. (2020). Intersektionale Reflexionen zu Grenzverletzungen und sexualisierter Gewalt. In K. Krolzik-Matthei, T. Linke & M. Urban (Hrsg.), *Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung* (S. 153-162). Psychosozial-Verlag.

8 Literaturverzeichnis

- 14 Siehe Quellenangabe 2
- 15 Egger J. (2015). Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In J. Egger (Hrsg.), *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_3
- 16 Tlach, L., Lambert, M., Weymann, N., Liebherz, S., Dirmaier, J. & Härter, M. (2022). *Psychische Gesundheit - Basiswissen*. psychenet.
<https://psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/basiswissen.html>
- 17 Kirchheiner, J. (2005). Geschlechtsunterschiede in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Psychopharmaka. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 2, 73–A60.
<http://doi.org/10.1055/s-2005-918146>
- 18 Ravens, U. (2013). Medikamentöse Therapie bei Frauen – Was gilt es zu beachten? *Clinical Research in Cardiolgy Supplements* 8, 32–37.
<https://doi.org/10.1007/s11789-013-0055-0>
- 19 Möller-Leimkühler, A.M. (2005). Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 6 (3), 29–35.
- 20 Kämmerer A. (2001). Weibliches Geschlecht und psychische Störungen – Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch* (S. 51–88). Hogrefe-Verlag.
- 21 Siehe Quellenangabe 16
- 22 bff (2014). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Fakten und Zahlen auf einen Blick. <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/infothek/gewalt-gegen-frauen/studien-ergebnisse/fra-studie-2014.html>
- 23 Täubrich, M., Busche, M., Hartmann, J., Könnecke, B. (2022). Sexualisierte Gewalt gegen trans*, inter* und nicht-binäre Menschen. Eine weitgehende Leerstelle in der Gewaltforschung. In: D. Doll, B. Kavemann, B. Nagel, A. Etzel (Hrsg.), *Beiträge zur Forschung zu Geschlechterbeziehungen, Gewalt und privaten Lebensformen*. Verlag Barbara Budrich.
- 24 Busche, M., Hartmann, J., Könnecke, B., Scambor, E., Täubrich, M. (2022): *Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Jungen*. Männlichkeits- und heteronormativitätskritische Perspektiven in der Bildungsarbeit*. Beltz Juventa.
- 25 TransInterQueer-Projekt »Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*, Organisation Intersex International (OI Germany) (2016). *Medizinische Eingriffe an Inter* und deren Folgen: Fakten & Erfahrungen*. <https://oiigermany.org/medizinische-eingriffe-an-inter-und-deren-folgen-fakten-und-erfahrungen/>
- 26 Yeboah, A. (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In: K. Fereidooni, E. Meral (Hrsg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S.143-161). Springer VS.
- 27 Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- 28 Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- 29 Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., de Vries, L, Kroh, M., Kühne, S., Richter, D. & Zindel, Z. (2021). Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. *DIW Wochenbericht*, 6.

- 30 Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (o.D.). Sucht-Erkrankungen bei Lesben, Schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen (LSBTI). <https://www.lsvd.de/de/ct/2615-Gesundheit-von-LSBTI>
- 31 FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2020). A long way to LGBTI equality. Publications Office of the European Union. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality_en.pdf // Fütty, T.j.j. (2019). Gender und Biopolitik: Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans* Menschen. Transcript Verlag.
- 32 Foucault, M. (1973). Wahnsinn und Gesellschaft. Suhrkamp.
- 33 Klee, E. (2009). Euthanasie im NS-Staat: die Vernichtung lebensunwerten Lebens. Fischer.
- 34 Pieters, V. (2003). Macht – Zwang – Sinn. Psychiatrie-Verlag. // Thesing, P. (2019). „Dafür sind Sie nicht stabil genug“ – Mechanismen der Unterwerfung und des Widerstands in der Psychiatrie. In E. Mader, C. Schmechel, K. Kawalska & A. Steinweg (Hrsg.). Gegendiagnose II: Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie (S. 77-89). Edition assemblage.
- 35 Weigand, S. (2015). Inklusiv und repressiv, Zur Herrschaftshörigkeit der reformierten Psychiatrie. In C. Schmechel, F. Dion, K. Dudek & M. Roßmüller (Hrsg.). Gegendiagnose: Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie (S. 20-46). Edition assemblage.
- 36 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2020). Begutachtungsanleitung – Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). MDS. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/BGA_Transsexualismus_201113.pdf
- 37 Zaudig, M. (2015). Entwicklung des Hysteriekonzepts und Diagnostik in ICD und DSM bis DSM-5. Psychotherapie – Hysterie, 20(1), 27-49. CIP-Medien. <https://sbt-in-berlin.de/cip-medien/03.-Zaudig.pdf>
- 38 Cochran, S.D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., Mairais, A., Vieira, E. M. & Reed, G.M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-11). Bulletin of the World Health Organization, 92, 672–679.
- 39 Rauchfleisch, U. (2018, 8. August). Medizinische Einordnung von Trans*identität. bpb. <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/245353/medizinische-einordnung-von-transidentitaet?p=all>
- 40 Siehe Quellenangabe 36
- 41 Smith, W. B., Goldhammer, H. & Keuroghlian, A. (2018). Affirming Gender Identity of Patients With Serious Mental Illness. Psychiatric Services, 70(1). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800232>
- 42 Praxis Dr. Golling & Kollegen (o.D.). Hysterie. <https://www.psychotherapie-golling.de/glossar/hysterie-muenchen/> // Wicker Kliniken (o.D.). Hysterie. <https://www.wicker.de/kliniken/hardtwaldklinik-ii/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/hysterie/>
- 43 Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (2019). Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Bestandsaufnahme von Erkenntnissen über sog. „Konversionstherapien“. https://mh-stiftung.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_BMH_neu.pdf
- 44 Deker, C. [STRG_F]. (2020). Von schwul zu hetero: Was ich bei Ärzten erlebte | STRG_F [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=NCQU9UDcmnQ> // Stamm, H. (2018, 22. Mai). Der fromme Arzt, der kein Schwulenheiler sein will. hpd. <https://hpd.de/artikel/fromme-arzt-kein-schwulenheiler-sein-will-15616>

8 Literaturverzeichnis

- 45 Middleton, H. (2013). Mental health service users' experiences and epistemological fallacy. In P. Staddon (Hrsg.), *Mental Health Service Users in Research. Critical sociological perspectives* (S. 11-23). Policy Press.
- 46 Zinkler, M., von Peter, S. (2019). Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 4, 203-209.
- 47 Jahn, I. (2016). Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich*. (2., vollst. überarb. und erw. Aufl). Hogrefe.
- 48 Latz, M. & Welzel, S. (2021, 23. Juni). Gender Medizin – eine gerechte Medizin für alle. <https://www.ndr.de/nachrichten/info/Gender-Medizin-eine-gerechte-Medizin-fuer-alle,gendermedizin102.html>
- 49 Siehe Quellenangabe 46 // Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 785–795.
- 50 Becker-Fischer, M., Fischer, G (2018): Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin. Asanger.
- 51 Gladt (2011). Frauenräume und die Diskussion um Trans*-Offenheit. https://diskriminierungsfreeszenenfueralle.files.wordpress.com/2012/05/safer_spaces_online-2-auflage.pdf
- 52 Siehe Quellenangabe 33
- 53 Rimke, H. (2016). Introduction – Mental and Emotional Distress as a Social Justice Issue: Beyond Psychocentrism. *Studies in Social Justice*, 10(1), 4-17. <https://doi.org/10.26522/ssj.v10i1.1407>
- 54 Guimaoutdinov, N. & Tram, J.M. (2021). Transgender People's Perceptions of Medical Treatment: Implications for Providers and Loved Ones. *The Family Journal*. <https://doi.org/10.1177/10664807211052308>
- 55 Güldenring, A., van Trotsenburg, M. & Flütsch, N. (2019): Queering Medicine – Dringlichkeit einer bedürfnisorientierten und evidenzbasierten Transgendergesundheitsversorgung. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 12, 84-94. <https://doi.org/10.1007/s41969-019-00075-8>
- 56 Nieder, T. O. & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32, 70–79. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001k_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2020-03.pdf
- 57 Fütty, T. J., Sancho Höhne, M., Llavera Caselles, E., Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.) (2020). Geschlechterdiversität in Beschäftigung und Beruf. Bedarfe und Umsetzungsmöglichkeiten von Antidiskriminierung für Arbeitgeber_innen. <https://www.regenbogenportal.de/materialien/geschlechterdiversitaet-in-beschaefigung-und-beruf>
- 58 Kundert, H. (2020). Diskriminiert das Gender-Sternchen blinde Menschen? <https://heikos.blog/2020/11/08/diskriminiert-das-gender-sternchen-blinde-menschen/>
- 59 #Ableismus tötet (2022). *Ableismus & Gewalt*. <https://ableismus.de/toetet/de/ableismus-und-gewalt>

- 60 Ghattas, D. C., Organisation Intersex International (OII Germany) (2018). Interessiert an der Dritten Option? Fragen und Antworten zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Dritten Geschlechtseintrag vom 10.10.2017
https://oiigermany.org/wp-content/uploads/2018/01/Interessiert-an-der-Dritten-Option_IVIM_OII-Germany.pdf
- 61 Budde, J., Offen, S., Tervoore, A., (2016). Das Geschlecht der Inklusion – Eine Einleitung. In: J. Budde, S. Offen, A. Tervooren (Hrsg.). Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft. Das Geschlecht der Inklusion. Verlag Barbara Budrich.
- 62 Organisation Intersex International – OII Germany (o.D.). - <https://oiigermany.org/>
- 63 Voss, H. J. (2021). The Intricacy of the Human Sexes. Psychosozial-Verlag.
<https://www.psychosozial-verlag.de/7806>
- 64 Beckmann, L. & von Stosch, F. (2021, 07. Juni). Zwangsoperationen an intergeschlechtlichen Kindern. Wie viel Schutz bietet das neue Gesetz wirklich? Legal Tribune Online.
<https://www.lto.de/recht/justiz/j/gesetz-zum-verbot-geschlechtszuweisender-operationen-bei-intergeschlechtlichen-kindern-in-kraft-menschenrechte/>
- 65 Hornscheidt, L., Sammla, J. (2021): Wie schreibe ich divers? Wie spreche ich gendergerecht. Ein Praxis-Handbuch zu Gender und Sprache. w_orten & meer.
- 66 Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusarbeit e.V (o.D.). Glossar: Rassismus. <https://www.idaev.de/recherchetools/glossar>
- 67 Siehe Quellenangabe 26

IMPRESSUM

PROJEKT DOING GENDER

c/o Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V.
Waller Heerstr. 193
28219 Bremen
doing.gender@izsr.de

V.i.S.d.P.: Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V.,
vertreten durch den Vorstand Heidi Mergner, Sven Bechtolf
Vereinsregister Amtsgericht Bremen: VR 3809

vorstand@izsr.de
izsr.de

AUTOR*INNEN

Projekt Doing Gender in Kooperation mit der AG Gender.
Das Projekt Doing Gender ist ein von der Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz gefördertes Modellprojekt.

In der AG Gender haben zum Zeitpunkt der Finalisierung der Gender
Leitlinien im Dezember 2021 unabhängige Einzelpersonen sowie folgen-
de Institutionen mitgearbeitet: Unabhängige Fürsprache und Beschwer-
destelle West • Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. • Arbeiter-Sama-
riter-Bund Gesellschaft für Seelische Gesundheit mbH • AMEOS Klinikum
Bremen • Verein für Innere Mission in Bremen • Klinikum Bremen-Ost •
Hans-Wendt-Stiftung • AWOIntegra Bremen • Institutsambulanz für Kin-
der- und Jugendpsychiatrie Gesundheit Nord gGmbH

LAYOUT, SATZ UND CORPORATE DESIGN

Jakob Leitenmeier **herznsgut.com**
Titelbild von **Julian Mora**

DRUCK

Bomhoff GmbH



DOING GENDER